

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LA ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL PARA NIÑOS DE PRIMARIA:
EL ESTRÉS VITAL COMO PREDICTOR DE LA SALUD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ANA MARINA REYES SANDOVAL

DIRECTOR: DRA. LAURA ACUÑA MORALES

SINODALES: DRA. GEORGINA ORTÍZ HERNÁNDEZ
DR. CARLOS A. BRUNER ITURBIDE
DRA. CORINA CUEVAS RENAUD
DR. JULIO ESPINOSA RODRÍGUEZ

MÉXICO, D. F.

ABRIL 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mis abuelos,
Doña Lola y Don Maca,
por que siempre están conmigo.*

Tabla de contenido

	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN GENERAL	3
PROPÓSITO DEL ESTUDIO	14
ESTUDIO 1	16
Método	19
Participantes	19
Instrumentos	19
Procedimiento	21
Resultados	24
Discusión	47
ESTUDIO 2	61
Método	72
Participantes	72
Instrumentos	73
Procedimiento	74
Resultados	77
Discusión	101

DISCUSIÓN GENERAL	117
REFERENCIAS	129
APÉNDICE A	144
APÉNDICE B	148
APÉNDICE C	156
APÉNDICE D	165
APÉNDICE E	173

Lista de tablas

	Página
Tabla 1. Características demográficas de los 192 maestros que conformaron la muestra del Estudio 1	20
Tabla 2. Correlaciones por rangos correspondientes a los puntajes LCU asignados por la muestra total de jueces mexicanos y los asignados por los jueces divididos en diferentes submuestras	25
Tabla 3. Puntajes LCU promedio asignados por la muestra total de 192 maestros y por lo jueces hombres y mujeres. También se muestran sus respectivos rangos (R)	26
Tabla 4. Puntajes LCU promedio asignados por los maestros con edad de 17 a 40 y por los maestros entre 41 y 71 años. También se muestran sus respectivos rangos (R)	28
Tabla 5. Puntajes LCU promedio asignados por maestros solteros y casados. También se muestran sus respectivos rangos (R)	29
Tabla 6. Puntajes LCU promedio asignados por maestros que no tenían hijos y por los que tenían hijos. También se muestran sus respectivos rangos (R)	30
Tabla 7. Puntajes LCU promedio asignados por maestros según sus años de experiencia docente. También se muestran sus respectivos rangos (R)	31
Tabla 7. (Continuación) Puntajes LCU promedio asignados por maestros según sus años de experiencia docente. También se muestran sus respectivos rangos (R) ...	32

Tabla 8. Puntajes LCU promedio asignados por maestros según el grado de primaria en el que enseñaban: primero o segundo, tercero o cuarto y quinto o sexto. También se muestran sus respectivos rangos (R)	33
Tabla 9. Puntajes LCU promedio asignados por maestros de la escuela pública y de la privada. También se muestran sus respectivos rangos (R)	34
Tabla 10. Puntajes LCU promedio asignados por maestros de acuerdo a su grado máximo de estudios (preparatoria o licenciatura) También se muestran sus respectivos rangos (R)	35
Tabla 11. Eventos vitales juzgados de forma diferente por los maestros en función de su estado civil: solteros o casados. Se muestran los puntajes LCU medianos y se señala con un signo (< ó >) la dirección de las diferencias encontradas	38
Tabla 12. Eventos vitales juzgados de forma diferente por los maestros en función de sí tenían hijos o no. Se muestran los puntajes LCU medianos y se señala con un signo (< ó >) la dirección de las diferencias encontradas ...	38
Tabla 13. Eventos vitales juzgados de forma diferente por los jueces mexicanos en función de su experiencia docente en años. Se muestran con un signo (< ó >) la dirección de las diferencias encontradas	39

Tabla 14. Eventos vitales juzgados de forma diferente por los maestros en función del grado de primaria en el que enseñaban. Se muestran los puntajes LCU medianos y se señala con un signo (< ó >) la dirección de las diferencias encontradas	40
Tabla 15. Eventos vitales juzgados de forma diferente por los jueces mexicanos en función del tipo de escuela en la que enseñaban: pública o privada. Se muestra con un signo (< ó >) la dirección de las diferencias encontradas .	41
Tabla 16. Correlaciones por rangos (<i>Rho</i> de Spearman) correspondientes a los puntajes LCU reportados por Coddington (1972a) (E.U.A.) y los encontrados en el presente estudio tanto con la muestra total de jueces (Todos), como divididos en diferentes submuestras conforme distintas variables sociodemográficas	42
Tabla 17. Puntajes LCU promedio y sus rangos correspondientes (R) para los jueces maestros, psiquiatras y pediatras estadounidenses (E.U.A.) del estudio de Coddington (1972a) y por los jueces maestros mexicanos (Méx) del presente estudio a cada uno de los 36 eventos vitales incluidos en el SRRS para niños de primaria	44

<p>Tabla 18. Eventos vitales y sus respectivos rangos en los que existió una diferencia entre rangos de cinco puntos o más entre el ordenamiento de los eventos según los jueces maestros, pediatras y psiquiatras del estudio de Coddington (1972a) y según los maestros mexicanos. La columna titulada diferencia muestra la resta entre el rango de la muestra estadounidense menos el rango de la muestra mexicana</p>	45
<p>Tabla 19. Características de la muestra total de 287 niños y las 156 díadas padre-niños.....</p>	72
<p>Tabla 20. Coeficientes de correlación de Pearson entre los puntajes LCU y los puntajes en la ESFP en función de las variables sociodemográficas (género, grado escolar y tipo de escuela)</p>	79
<p>Tabla 21. Coeficientes de correlación de Pearson entre los puntajes LCU y los puntajes en la ESFP globales y en cada uno de sus tres factores</p>	80
<p>Tabla 22. Coeficiente <i>Ppos</i> para el grado de acuerdo entre los reportes de las 156 díadas de padres e hijos sobre los eventos vitales experimentados por los niños</p>	87
<p>Tabla 23. Coeficientes <i>Ppos</i> y número de niños y sus padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los eventos vitales del SRRS. Se muestran los eventos cuyo coeficiente <i>Ppos</i> fue menor a .70 para las díadas padre-niños en función del sexo, el grado escolar y el tipo de escuela de los niños</p>	90

Tabla 24. Coeficiente <i>Ppos</i> para el grado de acuerdo entre los reportes de las 156 díadas de padres e hijos sobre los síntomas experimentados por los niños	95
Tabla 25. Coeficiente <i>Ppos</i> para el grado de acuerdo entre los reportes de las 156 díadas de padres e hijos sobre los síntomas experimentados por los niños con coeficientes menores de .70	97
Tabla 25. (Continuación) Coeficiente <i>Ppos</i> para el grado de acuerdo entre los reportes de las 156 díadas de padres e hijos sobre los síntomas experimentados por los niños con coeficientes menores de .70	98

RESUMEN

Existe evidencia de que la acumulación de eventos vitales está relacionada con la propensión de los niños para adquirir una enfermedad. Para medir los eventos vitales y la salud de los niños, se han empleado auto-reportes, los de sus padres o los de ambos. En cualquiera de los casos, se ha encontrado que los eventos vitales predicen confiablemente la presencia de enfermedad, pero que el grado de acuerdo entre los reportes de padres e hijos tiende a ser bajo. Uno de los instrumentos más utilizados para medir el estrés vital es la Escala de Reajuste Social (SRRS, por sus siglas en inglés). El grado de estrés que experimenta un niño ante cada evento vital se ha cuantificado pidiéndole a jueces independientes que evalúen la magnitud de estrés que produce cada suceso, utilizando uno de los eventos como punto de referencia. Al promedio de puntajes asignados por los jueces a cada evento se le conoce como Unidad de Cambio de Vida (o puntaje LCU, por sus siglas en inglés). El propósito del presente estudio fue conocer la magnitud y el orden de los puntajes LCU asignados por jueces maestros de primaria mexicanos a los eventos vitales de una versión en español del SRRS para niños de primaria y determinar tanto su consistencia intrajueces como su similitud con los jueces estadounidenses del estudio original. Un segundo propósito fue conocer si los puntajes LCU efectivamente predicen confiablemente la salud de los niños, tanto mediante el reporte hecho por los padres, como por los propios niños. Un tercer propósito fue conocer la congruencia entre los reportes de padres e hijos respecto a los eventos vitales y al estado de salud de los niños. Se realizaron dos estudios para cumplir con estos propósitos. En el Estudio 1 se tradujo el SRRS al español y se pidió a 192 maestros de primaria que actuaran como jueces para evaluar la magnitud de los distintos eventos. Los resultados mostraron que los puntajes LCU promedio asignados por los jueces mexicanos fueron muy similares tanto intrajueces (i.e., divididos conforme su sexo, edad, estado civil, número de

hijos, años de experiencia docente y grado de primaria que enseñaban) como con los de la muestra estadounidense del estudio original. En el Estudio 2 se pidió a 287 niños de dos escuelas primarias, una pública y la otra privada, que respondieran el SRRS y la Escala de Síntomas Físicos y Psicológicos. Los padres de 156 niños también respondieron los cuestionarios. Se encontró que los eventos vitales predijeron confiablemente la frecuencia con la que los niños experimentaron una serie de síntomas físicos y psicológicos, pero su determinación fue mayor según los reportes de los padres que según los de los niños. Los resultados también mostraron que padres e hijos no coincidieron en sus reportes, siendo que los niños reportaron la ocurrencia de un mayor número de eventos y de síntomas que sus padres. Esta diferencia fue consistente independientemente del sexo, del grado escolar o de la escuela de los niños. La contribución más importante de ambos estudios fue el contar con una versión del SRRS en español confiable para medir el estrés vital entre niños mexicanos de primaria y consecuentemente permitir futura investigación sobre la relación estrés-enfermedad.

Propósito del Estudio

Si bien se cuenta con una versión en español del SRRS, validada para una población de adultos mexicanos (Bruner et al., 1994), no existen versiones en español de las versiones del SRRS para niños. El propósito del presente estudio fue conocer si jueces maestros mexicanos juzgarían la severidad de los diferentes eventos vitales de la versión del SRRS para niños de primaria de forma similar tanto entre sí (i.e., divididos en diferentes subgrupos en función de sus características sociodemográficas), como en relación con los jueces estadounidenses del estudio de Coddington (1972a). Un segundo propósito fue conocer la relación entre el estrés vital y el estado de salud de los niños y determinar la congruencia entre los auto-reportes de los niños

sobre los eventos vitales experimentados y sobre su estado de salud con el reporte de sus padres. Para cumplir con estos propósitos, se llevaron a cabo dos estudios. En el Estudio 1 se tradujo al español la versión del SRRS para niños de primaria y se obtuvieron los puntajes LCU y en el Estudio 2 se buscó conocer la relación existente entre la magnitud de los puntajes LCU y la salud de los niños de primaria, conforme al reporte de ambos, niños y padres. A continuación se describe cada uno de los dos estudios realizados.

Estudio 1

Bruner et al. (1994) encontraron que los jueces mexicanos que participaron en su estudio divididos según su sexo y clase social mostraron un alto grado de acuerdo en el orden de los puntajes LCU que asignaron a los diferentes eventos vitales del SRRS para adultos (*Rho*'s entre .97 y .99). A pesar de este acuerdo global, comparaciones por pares mediante pruebas *U* de Mann-Whitney mostraron que las mujeres juzgaron como más severos que los hombres eventos relacionados con la expresión de las emociones y la preocupación por los demás, como por ejemplo la muerte de un familiar cercano, el cambio importante en la salud de un miembro de la familia, la muerte de un amigo cercano o un cambio importante en la frecuencia de discusiones con el cónyuge. Los jueces con menos recursos juzgaron como más severos que los jueces con mayores recursos eventos relacionados con la esfera económica, como por ejemplo el despido del trabajo, el reajuste mayor en el negocio, el adquirir una hipoteca o la adquisición de un préstamo. Los resultados de Bruner et al. también mostraron que existió una alta correlación (*Rho* = .88) entre los rangos de los puntajes LCU asignados por los jueces mexicanos y por los jueces estadounidenses del estudio original de Holmes y Rahe (1967). Respecto a la magnitud de los puntajes LCU, los asignados por los jueces mexicanos tendieron a concentrarse más alrededor del evento matrimonio que los puntajes LCU asignados por los jueces estadounidenses (puntajes que variaron entre 21 y 77, en el caso de los jueces mexicanos y entre 11 y 100, en el caso de los jueces estadounidenses). Respecto al ordenamiento de los eventos, los jueces mexicanos juzgaron como más severo al evento encarcelamiento que al evento divorcio y a la muerte de un familiar cercano como más severo que al evento separación matrimonial, siendo que los jueces estadounidenses los juzgaron al revés.

Relativo al SRRS para niños, Coddington (1972a) dividió a su muestra de jueces en función de su profesión: maestros, psiquiatras y pediatras y en función de los años de experiencia que tenían trabajando con niños: 0 a 9, 10 a 19 y 20 o más años. Respecto a la profesión de los jueces, encontró que los puntajes LCU asignados por los jueces maestros se concentraron más alrededor del evento nacimiento de un hermano o hermana que en el caso de los jueces pediatras y psiquiatras, quienes no difirieron entre sí (puntajes entre 30 y 85 y entre 22 y 100, respectivamente). Relativo a los años de experiencia de los jueces trabajando con niños, encontró que los jueces con la mayor experiencia (i.e., 20 o más años) tendieron a juzgar ciertos eventos (muerte de uno de los padres, muerte de un hermano, el embarazo no deseado de una hermana adolescente y el que un hermano se vaya de la casa) como más severos que los que tenían entre 10 y 19 años trabajando con niños. Los maestros, psiquiatras y pediatras que sólo tenían entre cero y nueve años de trabajar con niños consideraron que la muerte de un abuelo y el que un hermano se mude de la casa requerían un mayor reajuste para los niños, en comparación con los jueces que tenían entre 10 y 19 años de experiencia. Por su parte, Monaghan et al. (1979) encontraron que maestros, psiquiatras y pediatras británicos acordaron globalmente con los estadounidenses del estudio de Coddington (1972a) respecto a la severidad de los eventos vitales del SRRS para niños de primaria, pero también encontraron algunas diferencias. Monaghan et al. eliminaron dos eventos de la lista (inicio por el niño en el uso de drogas o bebidas alcohólicas y tener una deformidad congénita visible) por considerar que no representaban eventos que los niños de primaria británicos experimentaran frecuentemente. Además incluyeron un espacio para que los maestros, psiquiatras y pediatras pudieran escribir aquellos eventos que consideraban estresantes en la vida de un niño y que no estaban incluidos en la lista original. En función de las respuestas de sus jueces, incluyeron en la lista cinco nuevos eventos (abuso sexual del niño,

muerte de una mascota, problemas con sus maestros, problemas mentales o psiquiátricos de uno de los padres y que el niño esté obeso). Relativo a la magnitud de los puntajes LCU asignados por los maestros, pediatras y psiquiatras británicos éstos se alejaron un poco más del evento nacimiento de una hermana o hermano en comparación con los puntajes LCU asignados por los maestros, pediatras y psiquiatras estadounidenses (entre 20 y 95 en el caso de los jueces británicos y entre 25 y 91 en el caso de los estadounidenses). Respecto al ordenamiento de los puntajes, encontraron que ciertos eventos, como por ejemplo el tener una enfermedad seria que requiere la hospitalización del niño o el descubrimiento de ser un hijo adoptado, fueron juzgados por los jueces británicos como más severos en comparación con los jueces estadounidenses. Monaghan et al. no reportaron diferencias entre los puntajes LCU asignados a los diferentes eventos en función de variables sociodemográficas, no obstante sus resultados permiten concluir que la cultura puede tener un papel importante en cómo se juzga la severidad de los diferentes eventos vitales incluidos en el SRRS para niños de primaria.

El propósito del Estudio 1 fue conocer la magnitud y el orden de los puntajes LCU asignados por jueces maestros de primaria mexicanos a los eventos vitales de una versión en español del SRRS para niños de primaria y determinar su consistencia tanto entre los propios maestros mexicanos (i.e., divididos en diferentes subgrupos en función de sus características sociodemográficas), como respecto a los jueces estadounidenses del estudio de Coddington (1972a).

MÉTODO

Participantes

Participaron voluntariamente 192 maestros de 15 diferentes escuelas primarias del Distrito Federal y del Estado de México. De ese total, 105 enseñaban en escuelas primarias públicas (20 hombres y 85 mujeres) y 87 en escuelas primarias privadas (15 hombres y 72 mujeres). La edad de los maestros de las escuelas públicas varió entre los 23 y los 60 años, con una media de 41 años. El rango de edad de los maestros de las escuelas privadas varió entre los 17 y los 71 años, con una media de 39 años. Del total de los maestros participantes en el estudio, 34 (17.7 %) eran solteros y 154 (80.2%) estaban casados o tenían pareja. La experiencia docente de los maestros varió entre uno y 50 años, con una media de 18 años. Los maestros participantes enseñaban en alguno de los seis años de la escuela primaria. En la Tabla 1 se muestran las características demográficas de los maestros participantes en el estudio.

Instrumentos

Versión en español del SRRS para niños de primaria (Coddington, 1972a). Este instrumento lista 36 diferentes eventos vitales. La tarea de los maestros consistió en asignar a cada evento vital calificaciones mayores, menores o iguales a los 500 puntos asignados arbitrariamente al evento nacimiento de un hermano o hermana, con base en su experiencia profesional y personal. El puntaje que podían asignar a cada evento no tenía un límite, es decir podía ser tan alto o tan bajo como cada juez quisiera. Al igual que lo hicieron Monaghan et al. (1979) se incluyeron espacios al final de la lista para que los jueces escribieran eventos que a su juicio eran comúnmente experimentados por los niños de primaria. En el Apéndice A se incluye la versión del SRRS que respondieron los maestros.

Tabla 1
 Características demográficas de los 192 maestros que conformaron la muestra del Estudio 1

Sexo	Número	Edad	Número	Edo. Civil	Número	Hijos	Número	Experiencia Docente	Número	Grado	Número	Escuela	Número	Estudios	Número
Hombres	35	17-40	89	Soltero	34	Sin hijos	34	0-9	47	1°- 2°	67	Púb.	105	Prep.	100
Mujeres	157	41-71	91	Con pareja	154	Con hijos	123	10-19	55	3°-4°	47	Priv.	83	Univ	85
								20-29	56	5°-6°	48				
								30 o más	26						
Sin dato	0		12		4		35		8		30		4		7
Total	192		192		192		192		192		192		192		192

Cuestionario de Datos Personales. Este cuestionario pedía a los maestros información sobre su sexo, su edad, su estado civil, el número de hijos y sus respectivas edades, el número de años de experiencia docente, el grado de primaria en el que eran docentes al momento de responder el cuestionario, el tipo de escuela (pública o privada) en la que enseñaban y su grado máximo de estudios.

Procedimiento

Para contar con una versión del SRRS en español apropiada para que los maestros evaluaran la magnitud del reajuste necesario ante cada evento vital por un niño de primaria se empleó la técnica de traducción-retraducción (Brislin, Lonner, & Thorndike, 1973). En primer lugar se pidió a una persona que dominaba el inglés y el español que tradujera al español tanto las instrucciones como la lista de los eventos vitales. Se pidió a un segundo bilingüe que retradujera al inglés la versión en español hecha por el primer bilingüe. Un tercer bilingüe comparó la versión original en inglés del SRRS con la versión retraducida, asegurándose que ambas versiones fueran equivalentes en significado. Se repitió el procedimiento de traducción-retraducción en los casos en los que el tercer bilingüe señaló diferencias en significado, hasta que la versión en español fue equivalente en significado a la original en inglés. La versión en español del SRRS fue posteriormente examinada por cinco jueces independientes, quienes se aseguraron de que la redacción de las instrucciones y de la lista de eventos vitales fuera correcta y comprensible.

Una vez que se contó con la versión en español del SRRS, se acudió a las diferentes escuelas primarias y se pidió la participación voluntaria de los maestros para actuar como jueces. Las escuelas se seleccionaron por conveniencia. Se pidió la autorización de los directivos para que permitieran la aplicación de los cuestionarios a los maestros. Se entregó a los maestros

ambos, el cuestionario de datos personales y el SRRS. En las escuelas que lo permitieron, se proporcionó a los maestros una breve explicación sobre cómo asignar los puntajes a los diferentes eventos y se resolvieron las dudas que surgieron. En algunas escuelas, el investigador permaneció en las instalaciones durante el tiempo que los maestros tardaron en responder los cuestionarios y se recogieron inmediatamente. En otras escuelas, en cambio, se entregaron los cuestionarios y se recogieron en una fecha posterior establecida por los directivos de cada institución. Las instrucciones textuales que se dio a los maestros fueron las siguientes:

Estimado(a) Maestro(a): Queremos su ayuda para conocer la importancia de ciertos eventos que afectan el ajuste social de niños y niñas de entre 6 y 12 años. El ajuste social incluye la cantidad y la duración de un cambio en el patrón de vida usual de un niño o niña como resultado de ciertos acontecimientos. El reajuste social implica la intensidad y el periodo de tiempo necesario para acomodarse a un evento vital, independientemente de qué tan deseable sea el evento. En otras palabras, el nacimiento de un hermano o hermana puede ser considerado un evento excitante e interesante o un evento no deseado, pero en cualquier caso, requiere una cierta cantidad de reajuste social. Le pedimos que puntúe una serie de eventos vitales en función del grado relativo de ajuste necesario para niños y niñas de primaria. Para asignar los puntajes, utilice toda su experiencia, tanto personal, como la que ha adquirido de otras personas. Algunos niños se acomodan a los cambios más rápidamente que otros y algunos se ajustan con particular facilidad o dificultad sólo a ciertos eventos. Por lo tanto, trate de dar su opinión sobre el *grado promedio* de ajuste necesario para cada evento, más que basada en los extremos. La forma para asignar los puntajes es la siguiente. Al Evento 1, nacimiento de un hermano o hermana, se le asignó arbitrariamente un valor de 500 puntos. Lea cada uno de los eventos en la lista y pregúntese ¿será que este evento requiere un mayor o un menor ajuste por parte del niño o niña que el

nacimiento de un hermano o hermana? ¿Será que el ajuste requerirá un mayor o un menor tiempo que el nacimiento de una hermana o hermano? Si usted decide que el evento requiere de un mayor ajuste y de un lapso mayor de tiempo que el Evento 1, entonces asígnele un número proporcionalmente mayor y escríbalo en la línea que aparece junto a cada evento (columna titulada *valores*). Si usted decide que el evento requiere un menor ajuste, entonces indique qué tanto menor, escribiendo un número proporcionalmente menor en la línea correspondiente. (Si un evento requiere un ajuste intenso en un periodo corto de tiempo, puede ser aproximadamente igual en valor a un evento que requiere un menor ajuste sobre un periodo largo de tiempo). Si el evento requiere el mismo grado de ajuste que el Evento 1, asígnele un valor de 500. No hay límite para los números que usted puede usar, pero por favor acuérdesese que estamos interesados en su opinión sobre el grado promedio de ajuste necesario para cada evento, no en valores extremos. Agradecemos de antemano su ayuda.

RESULTADOS

Con fines de claridad, se presentan primero los resultados relativos a las comparaciones entre los jueces mexicanos en función de sus características sociodemográficas. Posteriormente se presentan los resultados encontrados en este estudio y su comparación con los reportados en el estudio original de Coddington (1972a).

Comparación entre los subgrupos del estudio actual

Para computar los puntajes LCU correspondientes a cada evento vital, al igual que lo hizo Coddington (1972a), se calculó la media geométrica de los puntajes asignados por cada uno de los maestros que participaron en el estudio. Se utilizó la media geométrica debido a que no se establecieron límites a los puntajes que los jueces podían asignar a cada evento vital. La media geométrica se dividió entre 10 para obtener puntajes LCU de dos dígitos.

Con el fin de determinar si el orden de los puntajes LCU asignados por los jueces mexicanos divididos en diferentes submuestras (i.e., según su sexo, edad, estado civil, si tenían o no hijos, sus años de experiencia docente, el grado escolar en el que enseñaban, el tipo de escuela en el que eran docentes y su grado máximo de estudios) fueron similares entre sí y relativos a los obtenidos con los de la muestra total de 192 maestros, se computaron correlaciones por rangos (*Rho* de Spearman). En la Tabla 2 se muestran los coeficientes encontrados. Como muestra esta tabla, las correlaciones por rangos entre los diferentes subgrupos y la muestra total variaron entre .84 y .99. Las intercorrelaciones de los diferentes subgrupos fueron también elevadas, oscilando entre .72 y .99.

Tabla 2

Correlaciones por rangos correspondientes a los puntajes LCU asignados por la muestra total de jueces mexicanos y los asignados por los jueces divididos en diferentes submuestras

	Todos	H	M	Jóv	Adul	Sol	Cas	Sh	Ch	E1	E2	E3	E4	1°-2°	3°-4°	5°-6°	Púb	Pri	Prep
Sexo:																			
Hombres (H)	.95																		
Mujeres (M)	.91	.83																	
Edad:																			
17-39 años (Jóv)	.98	.92	.91																
Mayores 39 (Adul)	.95	.93	.87	.91															
Edo.Civil:																			
Soltero (Sol)	.96	.89	.87	.95	.90														
Casado (Cas)	.99	.96	.91	.98	.95	.94													
No. Hijos:																			
Sin hijos (Sh)	.84	.79	.76	.84	.79	.85	.82												
Con hijos (Ch)	.99	.95	.91	.97	.96	.94	.99	.80											
Experiencia Docente:																			
1-10 (E1)	.97	.91	.90	.97	.90	.95	.97	.84	.96										
11-20 (E2)	.97	.92	.91	.98	.92	.94	.97	.84	.96	.93									
21-30 (E3)	.97	.94	.88	.94	.95	.95	.97	.80	.97	.93	.93								
31 ó + (E4)	.89	.93	.78	.87	.88	.82	.91	.72	.90	.88	.84	.86							
Grado Actual																			
1°-2°	.98	.92	.92	.98	.92	.95	.98	.82	.98	.96	.98	.95	.85						
3°-4°	.97	.92	.89	.96	.93	.96	.97	.84	.97	.96	.95	.96	.88	.94					
5°-6°	.93	.97	.83	.91	.91	.89	.93	.79	.93	.90	.92	.92	.91	.90	.92				
Escuela:																			
Pública	.92	.91	.82	.88	.90	.86	.92	.93	.90	.88	.89	.91	.83	.88	.90	.89			
Privada	.97	.91	.89	.98	.91	.95	.97	.83	.96	.98	.95	.92	.89	.96	.95	.90	.85		
Grado Estudios:																			
Preparatoria	.98	.97	.90	.96	.95	.96	.98	.82	.98	.96	.96	.98	.91	.96	.97	.97	.92	.95	
Licenciatura	.99	.93	.91	.99	.94	.95	.99	.83	.99	.98	.98	.95	.88	.98	.97	.92	.90	.98	.97

En la Tabla 3 se muestran los puntajes LCU y sus respectivos rangos para la muestra total de 192 maestros mexicanos y divididos según su sexo. Los eventos están ordenados en la tabla conforme con los rangos correspondientes a los puntajes LCU de la muestra total. Los números a la izquierda de cada evento vital corresponden con el orden de presentación de los eventos en el SRRS.

Tabla 3

Puntajes LCU promedio asignados por la muestra total de 192 maestros y por los jueces hombres y mujeres. También se muestran sus respectivos rangos (R)

Eventos Vitales	SEXO					
	Todos		Hombres		Mujeres	
	LCU	R	LCU	R	LCU	R
2. Muerte del padre o de la madre	76	1	86	1	74	2
9. Divorcio de los padres	74	2	67	6	75	1
11. Separación de los padres	71	3	70	3	72	3
31. Adquisición de una deformidad visible	66	4	74	2	64	6
27. Muerte de un hermano o hermana	65	5	68	4.5	65	5
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres	64	6	68	4.5	63	8
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre	63	7	61	8	63	8
7. La madre o el padre se vuelve a casar	62	8.5	60	9	63	8
35. El niño tiene una deformidad congénita visible	62	8.5	59	10	62	10
16. Enfermedad grave que requiere hospitalización de alguno de los padres	60	10	53	15	61	11
24. Inicio por el niño de uso de drogas o bebidas alcohólicas	59	11	63	7	58	12
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño(a)	56	12.5	53	15	57	13.5
18. Descubrimiento de ser un hijo(a) adoptado(a)	56	12.5	53	15	57	13.5
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos	54	14	55	12.5	54	15
36. Reprobación de un grado escolar	50	16	50	19	50	17.5
1. Nacimiento de un hermano o hermana	50	16	50	19	50	17.5
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre	50	16	58	11	48	20
32. Obtención por el niño(a) de un logro personal sobresaliente	49	18	40	25	52	16
15. Aumento en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	48	20.5	48	22	47	22.5
29. Muerte de un abuelo o abuela	48	20.5	49	21	48	20
30. Un hermano o hermana se va de la casa	48	20.5	50	19	47	22.5
28. Cambio en la situación financiera de los padres	48	20.5	52	17	48	20
3. La madre empieza a trabajar	47	23	55	12.5	45	24
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de la casa	44	24	47	23.5	44	25
5. Enfermedad seria de un hermano o hermana que requirió hospitalización	43	25	47	23.5	42	26.5
22. Muerte de un(a) amigo(a) cercano(a)	40	26.5	39	26	40	28
25. Asistencia a la escuela por primera vez	40	26.5	35	29	42	26.5
21. Cambio de escuela	39	28	38	27	37	29
8. Algún adulto se mudó a vivir a la casa del niño(a)	37	29	31	33	69	4
4. Cambio en la aceptación del niño(a) por sus compañeros(as)	35	30.5	36	28	34	32
14. Suspensión de la escuela	35	30.5	30	34	36	30
23. Disminución en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	34	32.5	32	31.5	34	32
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	34	32.5	34	30	34	32
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada	33	34	32	31.5	33	34
17. Inicio de un nuevo grado escolar	30	35.5	28	35	30	35.5
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de una iglesia	30	35.5	27	36	30	35.5

Como muestra la Tabla 3, los maestros hombres asignaron puntajes LCU que variaron entre 27 y 86 y se dispersaron más alrededor del evento nacimiento de un hermano o hermana, en comparación con la magnitud de los puntajes asignados por la muestra total de maestros (puntajes entre 30 y 76). En cambio las maestras asignaron puntajes que variaron entre 30 y 74 y que fueron muy similares a la magnitud de los puntajes asignados por la muestra total.

Al igual que se hizo en estudios anteriores (e.g., Bruner et al., 1994; Coddington, 1972a), para conocer si los jueces hombres y mujeres difirieron en la magnitud y orden de severidad con la que juzgaron los diferentes eventos vitales, se realizaron comparaciones por pares utilizando la *U* de Mann Whitney. Los puntajes LCU medianos asignados a los diferentes eventos por los jueces hombres y mujeres no difirieron significativamente entre sí en ningún caso.

En la Tabla 4 se muestran los puntajes LCU promedio y sus respectivos rangos, para la muestra total y en función de la edad de los maestros. Se dividió a los maestros en dos grupos de edad: entre 17 y 40 y entre 41 y 71 años. Como muestra esta tabla, los jueces más jóvenes asignaron puntajes entre 27 y 78, que se concentraron menos alrededor del evento nacimiento de un hermano o hermana que en el caso de la muestra total (puntajes entre 30 y 76). Los maestros de mayor edad asignaron puntajes LCU similares (entre 33 y 78) a los de la muestra total. Las comparaciones por pares mostraron que los puntajes LCU medianos asignados por los maestros no variaron confiablemente en función de su edad.

En el mismo formato que en las tablas anteriores, en las Tablas de la 5 a la 10 se muestran los puntajes LCU para la muestra total de jueces maestros y divididos, respectivamente, conforme su estado civil: solteros o casados, con y sin hijos, años de experiencia docente: 0 a 9, 10 a 19, 20 a 29 y 30 o más años, grado escolar del que eran docentes: primero o segundo, tercero o cuarto y

quinto o sexto, tipo de escuela: pública o privada y nivel máximo de estudios: preparatoria o licenciatura.

Tabla 4

Puntajes LCU promedio asignados por los maestros con edad de 17 a 40 y por los maestros de entre 41 y 71 años. También se muestran sus respectivos rangos (R)

Eventos Vitales	EDAD					
	Todos		17-40 años		41-71 años	
	LCU	R	LCU	R	LCU	R
2. Muerte del padre o de la madre	76	1	78	1	78	1
9. Divorcio de los padres	74	2	75	2	76	2
11. Separación de los padres	71	3	72	3	74	3
31. Adquisición de una deformidad visible	66	4	68	6	67	4.5
27. Muerte de un hermano o hermana	65	5	70	4	63	7
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres	64	6	63	8	67	4.5
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre	63	7	66	7	59	10
7. La madre o el padre se vuelve a casar	62	8.5	62	9.5	65	6
35. El niño tiene una deformidad congénita visible	62	8.5	69	5	58	12
16. Enfermedad grave que requiere hospitalización de alguno de los padres	60	10	62	9.5	59	10
24. Inicio por el niño de uso de drogas o bebidas alcohólicas	59	11	58	11.5	61	8
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño(a)	56	12.5	58	11.5	55	14
18. Descubrimiento de ser un hijo(a) adoptado(a)	56	12.5	57	13.5	59	10
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos	54	14	55	15	56	13
36. Reprobación de un grado escolar	50	16	51	17	49	19
1. Nacimiento de un hermano o hermana	50	16	50	19.5	50	17
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre	50	16	49	21	51	15
32. Obtención por el niño(a) de un logro personal sobresaliente	49	18	57	13.5	44	23
15. Aumento en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	48	20.5	51	17	45	22
29. Muerte de un abuelo o abuela	48	20.5	51	17	50	17
30. Un hermano o hermana se va de la casa	48	20.5	50	19.5	16	36
28. Cambio en la situación financiera de los padres	48	20.5	48	22	50	17
3. La madre empieza a trabajar	47	23	45	23	48	20
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de la casa	44	24	42	25	46	21
5. Enfermedad seria de un hermano o hermana que requirió hospitalización	43	25	44	24	42	24
22. Muerte de un(a) amigo(a) cercano(a)	40	26.5	40	27	40	26
25. Asistencia a la escuela por primera vez	40	26.5	41	26	41	25
21. Cambio de escuela	39	28	36	29	37	27
8. Algún adulto se mudó a vivir a la casa del niño(a)	37	29	39	28	36	29
4. Cambio en la aceptación del niño(a) por sus compañeros(as)	35	30.5	33	32	36	29
14. Suspensión de la escuela	35	30.5	31	34	35	31.5
23. Disminución en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	34	32.5	33	32	36	29
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	34	32.5	33	32	35	31.5
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada	33	34	34	30	33	33.5
17. Inicio de un nuevo grado escolar	30	35.5	29	35	31	35
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de una iglesia	30	35.5	27	36	33	33.5

Tabla 5

Puntajes LCU promedio asignados por maestros solteros y casados. También se muestran sus respectivos rangos (R)

Eventos Vitales	ESTADO CIVIL					
	Todos		Solteros		Casados	
	LCU	R	LCU	R	LCU	R
2. Muerte del padre o de la madre	76	1	67	1	79	1
9. Divorcio de los padres	74	2	66	2.5	77	2
11. Separación de los padres	71	3	66	2.5	74	3
31. Adquisición de una deformidad visible	66	4	62	4	68	4
27. Muerte de un hermano o hermana	65	5	61	6	67	5
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres	64	6	55	12	66	6
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre	63	7	59	8.5	65	7
7. La madre o el padre se vuelve a casar	62	8.5	61	6	64	8
35. El niño tiene una deformidad congénita visible	62	8.5	61	6	63	9
16. Enfermedad grave que requiere hospitalización de alguno de los padres	60	10	57	10	61	10
24. Inicio por el niño de uso de drogas o bebidas alcohólicas	59	11	54	13	60	11
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño(a)	56	12.5	56	11	57	13
18. Descubrimiento de ser un hijo(a) adoptado(a)	56	12.5	59	8.5	57	13
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos	54	14	52	14	57	13
36. Reprobación de un grado escolar	50	16	48	17	51	16
1. Nacimiento de un hermano o hermana	50	16	50	15.5	50	18.5
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre	50	16	41	25.5	52	15
32. Obtención por el niño(a) de un logro personal sobresaliente	49	18	46	20	50	18.5
15. Aumento en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	48	20.5	50	15.5	47	22.5
29. Muerte de un abuelo o abuela	48	20.5	46	20	50	18.5
30. Un hermano o hermana se va de la casa	48	20.5	46	20	49	21
28. Cambio en la situación financiera de los padres	48	20.5	43	24	50	18.5
3. La madre empieza a trabajar	47	23	46	20	47	22.5
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de la casa	44	24	44	23	44	24.5
5. Enfermedad seria de un hermano o hermana que requirió hospitalización	43	25	38	30	44	24.5
22. Muerte de un(a) amigo(a) cercano(a)	40	26.5	39	28	40	26.5
25. Asistencia a la escuela por primera vez	40	26.5	46	20	40	26.5
21. Cambio de escuela	39	28	40	27	37	29
8. Algún adulto se mudó a vivir a la casa del niño(a)	37	29	38	30	38	28
4. Cambio en la aceptación del niño(a) por sus compañeros(as)	35	30.5	36	33	34	31
14. Suspensión de la escuela	35	30.5	41	25.5	33	33.5
23. Disminución en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	34	32.5	38	30	34	31
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	34	32.5	37	32	34	31
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada	33	34	32	35	33	33.5
17. Inicio de un nuevo grado escolar	30	35.5	33	34	30	36
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de una iglesia	30	35.5	26	36	31	35

Tabla 6

Puntajes LCU promedio asignados por los maestros que no tenían hijos y por los que tenían hijos. También se muestran sus respectivos rangos (R)

Eventos Vitales	HIJOS					
	Todos		Sin hijos		Con hijos	
	LCU	R	LCU	R	LCU	R
2. Muerte del padre o de la madre	76	1	67	1.5	76	1.5
9. Divorcio de los padres	74	2	66	3	76	1.5
11. Separación de los padres	71	3	64	5	73	3
31. Adquisición de una deformidad visible	66	4	61	7	66	4.5
27. Muerte de un hermano o hermana	65	5	62	6	64	6
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres	64	6	55	11.5	66	4.5
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre	63	7	59	8.5	63	7
7. La madre o el padre se vuelve a casar	62	8.5	59	8.5	62	8
35. El niño tiene una deformidad congénita visible	62	8.5	65	4	60	10
16. Enfermedad grave que requiere hospitalización de alguno de los padres	60	10	56	10	61	9
24. Inicio por el niño de uso de drogas o bebidas alcohólicas	59	11	54	13.5	58	11
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño(a)	56	12.5	54	13.5	56	13.5
18. Descubrimiento de ser un hijo(a) adoptado(a)	56	12.5	55	11.5	56	13.5
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos	54	14	52	15	57	12
36. Reprobación de un grado escolar	50	16	45	23	50	16
1. Nacimiento de un hermano o hermana	50	16	50	17.5	50	16
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre	50	16	41	26.5	50	16
32. Obtención por el niño(a) de un logro personal sobresaliente	49	18	50	17.5	48	19
15. Aumento en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	48	20.5	51	16	45	23
29. Muerte de un abuelo o abuela	48	20.5	47	20	48	19
30. Un hermano o hermana se va de la casa	48	20.5	48	19	46	21.5
28. Cambio en la situación financiera de los padres	48	20.5	42	25	48	19
3. La madre empieza a trabajar	47	23	46	21.5	46	21.5
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de la casa	44	24	43	24	44	24
5. Enfermedad seria de un hermano o hermana que requirió hospitalización	43	25	40	29	42	25
22. Muerte de un(a) amigo(a) cercano(a)	40	26.5	37	33	39	26.5
25. Asistencia a la escuela por primera vez	40	26.5	46	21.5	39	26.5
21. Cambio de escuela	39	28	40	29	35	29.5
8. Algún adulto se mudó a vivir a la casa del niño(a)	37	29	40	29	36	28
4. Cambio en la aceptación del niño(a) por sus compañeros(as)	35	30.5	67	1.5	32	34
14. Suspensión de la escuela	35	30.5	41	26.5	33	32
23. Disminución en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	34	32.5	38	31.5	35	29.5
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	34	32.5	38	31.5	34	31
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada	33	34	32	34.5	32	34
17. Inicio de un nuevo grado escolar	30	35.5	32	34.5	29	36
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de una iglesia	30	35.5	26	36	32	34

Tabla 7

Puntajes LCU promedio asignados por los maestros según sus años de experiencia docente. También se muestran sus respectivos rangos (R)

Eventos Vitales	EXPERIENCIA DOCENTE					
	Todos		0-9 años		10-19 años	
	LCU	R	LCU	R	LCU	R
2. Muerte del padre o de la madre	76	1	75	1	82	2
9. Divorcio de los padres	74	2	74	2	84	1
11. Separación de los padres	71	3	69	5.5	78	3
31. Adquisición de una deformidad visible	66	4	70	3	68	7
27. Muerte de un hermano o hermana	65	5	69	5.5	70	6
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres	64	6	59	12	72	4.5
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre	63	7	69	5.5	65	9
7. La madre o el padre se vuelve a casar	62	8.5	60	9.5	64	10
35. El niño tiene una deformidad congénita visible	62	8.5	69	5.5	72	4.5
16. Enfermedad grave que requiere hospitalización de alguno de los padres	60	10	60	9.5	67	8
24. Inicio por el niño de uso de drogas o bebidas alcohólicas	59	11	61	8	55	14.5
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño(a)	56	12.5	57	15	60	11
18. Descubrimiento de ser un hijo(a) adoptado(a)	56	12.5	59	12	57	13
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos	54	14	58	14	55	14.5
36. Reprobación de un grado escolar	50	16	59	12	46	22.5
1. Nacimiento de un hermano o hermana	50	16	50	19	50	17.5
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre	50	16	49	20.5	50	17.5
32. Obtención por el niño(a) de un logro personal sobresaliente	49	18	54	17.5	58	12
15. Aumento en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	48	20.5	46	23	52	16
29. Muerte de un abuelo o abuela	48	20.5	54	17.5	47	20.5
30. Un hermano o hermana se va de la casa	48	20.5	55	16	46	22.5
28. Cambio en la situación financiera de los padres	48	20.5	49	20.5	47	20.5
3. La madre empieza a trabajar	47	23	45	24.5	48	19
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de la casa	44	24	42	27	45	24
5. Enfermedad seria de un hermano o hermana que requirió hospitalización	43	25	45	24.5	43	25
22. Muerte de un(a) amigo(a) cercano(a)	40	26.5	43	26	36	27
25. Asistencia a la escuela por primera vez	40	26.5	47	22	35	28
21. Cambio de escuela	39	28	40	29	33	29
8. Algún adulto se mudó a vivir a la casa del niño(a)	37	29	41	28	38	26
4. Cambio en la aceptación del niño(a) por sus compañeros(as)	35	30.5	36	30.5	31	31.5
14. Suspensión de la escuela	35	30.5	36	30.5	31	31.5
23. Disminución en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	34	32.5	35	32.5	30	34
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	34	32.5	33	35	31	31.5
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada	33	34	35	32.5	31	31.5
17. Inicio de un nuevo grado escolar	30	35.5	34	34	27	35
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de una iglesia	30	35.5	30	36	23	36

Tabla 7 (Continuación)

Puntajes LCU promedio asignados por maestros según los años de experiencia docente. También se muestran sus respectivos rangos (R)

Eventos Vitales	EXPERIENCIA DOCENTE					
	Todos		20-29 años		30 o más años	
	LCU	R	LCU	R	LCU	R
2. Muerte del padre o de la madre	76	1	73	1	84	1
9. Divorcio de los padres	74	2	71	2	71	4
11. Separación de los padres	71	3	69	3	76	2
31. Adquisición de una deformidad visible	66	4	63	5	67	6.5
27. Muerte de un hermano o hermana	65	5	60	7	69	5
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres	64	6	62	6	64	9
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre	63	7	59	8.5	65	8
7. La madre o el padre se vuelve a casar	62	8.5	66	4	67	6.5
35. El niño tiene una deformidad congénita visible	62	8.5	52	13.5	61	12
16. Enfermedad grave que requiere hospitalización de alguno de los padres	60	10	57	10	59	15
24. Inicio por el niño de uso de drogas o bebidas alcohólicas	59	11	56	11.5	72	3
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño(a)	56	12.5	52	13.5	60	14
18. Descubrimiento de ser un hijo(a) adoptado(a)	56	12.5	59	8.5	53	20.5
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos	54	14	56	11.5	53	20.5
36. Reprobación de un grado escolar	50	16	47	16.5	55	17
1. Nacimiento de un hermano o hermana	50	16	50	15	50	25
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre	50	16	46	18.5	61	12
32. Obtención por el niño(a) de un logro personal sobresaliente	49	18	38	26	51	23.5
15. Aumento en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	48	20.5	46	18.5	43	30.5
29. Muerte de un abuelo o abuela	48	20.5	43	21.5	62	10
30. Un hermano o hermana se va de la casa	48	20.5	43	21.5	54	18
28. Cambio en la situación financiera de los padres	48	20.5	47	16.5	57	16
3. La madre empieza a trabajar	47	23	44	20	61	12
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de la casa	44	24	41	23	53	20.5
5. Enfermedad seria de un hermano o hermana que requirió hospitalización	43	25	37	27	53	20.5
22. Muerte de un(a) amigo(a) cercano(a)	40	26.5	39	24.5	49	26
25. Asistencia a la escuela por primera vez	40	26.5	39	24.5	51	23.5
21. Cambio de escuela	39	28	33	32.5	48	27.5
8. Algún adulto se mudó a vivir a la casa del niño(a)	37	29	34	30	42	32
4. Cambio en la aceptación del niño(a) por sus compañeros(as)	35	30.5	33	32.5	44	29
14. Suspensión de la escuela	35	30.5	34	30	40	33
23. Disminución en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	34	32.5	34	30	43	30.5
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	34	32.5	36	28	37	35
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada	33	34	32	34	36	36
17. Inicio de un nuevo grado escolar	30	35.5	27	36	39	34
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de una iglesia	30	35.5	30	35	48	27.5

Tabla 8

Puntajes LCU promedio asignados por maestros según el grado de primaria en el que enseñaban: primero o segundo, tercero o cuarto y quinto o sexto. También se muestran sus respectivos rangos (R)

Eventos Vitales	GRADO ESCOLAR							
	Todos		1°-2°		3°-4°		5°-6°	
	LCU	R	LCU	R	LCU	R	LCU	R
2. Muerte del padre o de la madre	76	1	76	1	71	2	85	1
9. Divorcio de los padres	74	2	75	2	73	1	76	3
11. Separación de los padres	71	3	70	3	69	3	75	4
31. Adquisición de una deformidad visible	66	4	66	5.5	63	5	64	7
27. Muerte de un hermano o hermana	65	5	68	4	61	7	65	5
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres	64	6	62	9.5	61	7	64	7
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre	63	7	65	7.5	61	7	64	7
7. La madre o el padre se vuelve a casar	62	8.5	65	7.5	66	4	61	9
35. El niño tiene una deformidad congénita visible	62	8.5	66	5.5	55	12	60	10.5
16. Enfermedad grave que requiere hospitalización de alguno de los padres	60	10	62	9.5	59	9	58	12
24. Inicio por el niño de uso de drogas o bebidas alcohólicas	59	11	60	11.5	52	14.5	60	10.5
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño(a)	56	12.5	57	14	57	11	56	13
18. Descubrimiento de ser un hijo(a) adoptado(a)	56	12.5	58	13	58	10	52	16
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos	54	14	60	11.5	53	13	55	14
36. Reprobación de un grado escolar	50	16	50	19.5	48	17	51	17
1. Nacimiento de un hermano o hermana	50	16	50	19.5	50	16	50	18
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre	50	16	52	16.5	41	24.5	53	15
32. Obtención por el niño(a) de un logro personal sobresaliente	49	18	56	15	46	20	43	23.5
15. Aumento en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	48	20.5	52	16.5	43	22.5	45	21.5
29. Muerte de un abuelo o abuela	48	20.5	49	22	52	14.5	48	19.5
30. Un hermano o hermana se va de la casa	48	20.5	50	19.5	47	18	45	21.5
28. Cambio en la situación financiera de los padres	48	20.5	50	19.5	46	20	48	19.5
3. La madre empieza a trabajar	47	23	48	23	46	20	79	2
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de la casa	44	24	43	27.5	43	22.5	43	23.5
5. Enfermedad seria de un hermano o hermana que requirió hospitalización	43	25	47	24.5	41	24.5	42	25
22. Muerte de un(a) amigo(a) cercano(a)	40	26.5	43	27.5	40	26	37	26.5
25. Asistencia a la escuela por primera vez	40	26.5	47	24.5	35	28	37	26.5
21. Cambio de escuela	39	28	38	32	37	27	36	28
8. Algún adulto se mudó a vivir a la casa del niño(a)	37	29	46	26	34	29	33	30
4. Cambio en la aceptación del niño(a) por sus compañeros(as)	35	30.5	35	34.5	33	30	34	29
14. Suspensión de la escuela	35	30.5	39	31	32	31	30	32.5
23. Disminución en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	34	32.5	40	30	30	33	29	34
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	34	32.5	41	29	30	33	30	32.5
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada	33	34	37	33	30	33	31	31
17. Inicio de un nuevo grado escolar	30	35.5	35	34.5	26	36	28	35
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de una iglesia	30	35.5	32	36	28	35	27	36

Tabla 9

Puntajes LCU promedio asignados por maestros de la escuela pública y de la escuela privada. También se muestran sus respectivos rangos (R)

Eventos Vitales	ESCUELA					
	Todos		Pública		Privada	
	LCU	R	LCU	R	LCU	R
2. Muerte del padre o de la madre	76	1	77	1.5	77	1
9. Divorcio de los padres	74	2	77	1.5	72	2
11. Separación de los padres	71	3	74	3	70	3
31. Adquisición de una deformidad visible	66	4	66	6	67	5
27. Muerte de un hermano o hermana	65	5	64	8.5	69	4
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres	64	6	70	4	57	14
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre	63	7	66	6	61	8.5
7. La madre o el padre se vuelve a casar	62	8.5	66	6	61	8.5
35. El niño tiene una deformidad congénita visible	62	8.5	63	10	62	6.5
16. Enfermedad grave que requiere hospitalización de alguno de los padres	60	10	61	11	59	11
24. Inicio por el niño de uso de drogas o bebidas alcohólicas	59	11	57	13	62	6.5
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño(a)	56	12.5	56	15	58	13
18. Descubrimiento de ser un hijo(a) adoptado(a)	56	12.5	57	13	59	11
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos	54	14	57	13	54	16
36. Reprobación de un grado escolar	50	16	50	17.5	51	17
1. Nacimiento de un hermano o hermana	50	16	50	17.5	50	18.5
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre	50	16	52	16	47	21
32. Obtención por el niño(a) de un logro personal sobresaliente	49	18	43	25.5	59	11
15. Aumento en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	48	20.5	49	19.5	45	23
29. Muerte de un abuelo o abuela	48	20.5	45	23.5	56	15
30. Un hermano o hermana se va de la casa	48	20.5	47	22	50	18.5
28. Cambio en la situación financiera de los padres	48	20.5	49	19.5	49	20
3. La madre empieza a trabajar	47	23	48	21	46	22
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de la casa	44	24	45	23.5	43	26
5. Enfermedad seria de un hermano o hermana que requirió hospitalización	43	25	43	25.5	43	26
22. Muerte de un(a) amigo(a) cercano(a)	40	26.5	38	27.5	43	26
25. Asistencia a la escuela por primera vez	40	26.5	38	27.5	44	24
21. Cambio de escuela	39	28	35	30.5	40	28
8. Algún adulto se mudó a vivir a la casa del niño(a)	37	29	37	29	38	29
4. Cambio en la aceptación del niño(a) por sus compañeros(as)	35	30.5	64	8.5	35	32
14. Suspensión de la escuela	35	30.5	34	32.5	35	32
23. Disminución en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	34	32.5	34	32.5	36	30
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	34	32.5	35	30.5	33	35
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada	33	34	32	34	35	32
17. Inicio de un nuevo grado escolar	30	35.5	27	36	34	34
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de una iglesia	30	35.5	28	35	32	36

Tabla 10

Puntajes LCU promedio asignados por los maestros de acuerdo a su grado máximo de estudios (preparatoria o licenciatura) También se muestran sus respectivos rangos (R)

Eventos Vitales	GRADO ESTUDIOS					
	Todos		Preparatoria		Licenciatura	
	LCU	R	LCU	R	LCU	R
2. Muerte del padre o de la madre	76	1	79	1	73	1.5
9. Divorcio de los padres	74	2	76	2	73	1.5
11. Separación de los padres	71	3	74	3	70	3
31. Adquisición de una deformidad visible	66	4	70	4	64	4.5
27. Muerte de un hermano o hermana	65	5	67	5	64	4.5
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres	64	6	66	6.5	62	7.5
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre	63	7	65	8	62	7.5
7. La madre o el padre se vuelve a casar	62	8.5	66	6.5	60	10
35. El niño tiene una deformidad congénita visible	62	8.5	62	9.5	63	6
16. Enfermedad grave que requiere hospitalización de alguno de los padres	60	10	59	12	61	9
24. Inicio por el niño de uso de drogas o bebidas alcohólicas	59	11	62	9.5	55	12.5
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño(a)	56	12.5	56	13	57	11
18. Descubrimiento de ser un hijo(a) adoptado(a)	56	12.5	60	11	54	14
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos	54	14	55	14	55	12.5
36. Reprobación de un grado escolar	50	16	51	16	50	17.5
1. Nacimiento de un hermano o hermana	50	16	50	17.5	50	17.5
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre	50	16	50	17.5	50	17.5
32. Obtención por el niño(a) de un logro personal sobresaliente	49	18	45	23.5	53	15
15. Aumento en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	48	20.5	49	20.5	46	22
29. Muerte de un abuelo o abuela	48	20.5	49	20.5	50	17.5
30. Un hermano o hermana se va de la casa	48	20.5	49	20.5	47	21
28. Cambio en la situación financiera de los padres	48	20.5	49	20.5	48	20
3. La madre empieza a trabajar	47	23	52	15	42	24
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de la casa	44	24	45	23.5	42	24
5. Enfermedad seria de un hermano o hermana que requirió hospitalización	43	25	44	25	42	24
22. Muerte de un(a) amigo(a) cercano(a)	40	26.5	41	26.5	38	27
25. Asistencia a la escuela por primera vez	40	26.5	41	26.5	41	26
21. Cambio de escuela	39	28	37	29	37	28.5
8. Algún adulto se mudó a vivir a la casa del niño(a)	37	29	38	28	37	28.5
4. Cambio en la aceptación del niño(a) por sus compañeros(as)	35	30.5	35	31.5	34	31.5
14. Suspensión de la escuela	35	30.5	35	31.5	34	31.5
23. Disminución en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	34	32.5	35	31.5	34	31.5
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	34	32.5	35	31.5	33	34
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada	33	34	33	34	34	31.5
17. Inicio de un nuevo grado escolar	30	35.5	31	35	29	36
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de una iglesia	30	35.5	30	36	30	35

Como muestra la Tabla 5, los maestros solteros asignaron puntajes LCU más compactos (entre 26 y 67), en comparación con los puntajes asignados por los maestros casados (entre 31 y 79) y por la muestra global (entre 30 y 76). La Tabla 6 muestra que los maestros que no tenían hijos también asignaron puntajes LCU más compactos (entre 26 y 67) que los que tenían hijos (entre 32 y 76). Relativo a los años de experiencia docente de los maestros, la Tabla 7 muestra que los maestros con la menor experiencia docente (i.e., cero a nueve años) y los que tenían entre 20 y 29 años de experiencia asignaron puntajes LCU que tuvieron una variación similar entre sí (entre 30 y 75 y entre 30 y 73, respectivamente) y con la muestra total (entre 30 y 76). Los maestros cuya experiencia era de entre 10 y 19 años asignaron puntajes que se dispersaron más alrededor del evento nacimiento de un hermano o hermana (entre 23 y 82) y los maestros con la mayor experiencia docente (i.e. 30 años o más) asignaron puntajes LCU más altos que los otros maestros (entre 48 y 84). La Tabla 8 muestra que los maestros de primer y segundo año de primaria asignaron puntajes LCU muy similares a los de la muestra total (entre 32 y 76 y entre 30 y 76, respectivamente). En cambio, los puntajes asignados por los maestros de tercero y cuarto de primaria y de quinto y sexto se dispersaron más alrededor del evento nacimiento de un hermano o hermana, tanto respecto a los de los dos primeros grados, como con la muestra total (puntajes entre 28 y 71 y entre 27 y 85, respectivamente). En la Tabla 9 se muestra que los puntajes LCU promedio asignados por los maestros de la escuela pública se dispersaron más alrededor del evento de comparación que en el caso de los maestros de las escuelas privadas (puntajes entre 28 y 77 y entre 32 y 77, respectivamente). La Tabla 10 muestra que la variación en la magnitud de los puntajes LCU fue similar en función del máximo grado de estudios de los maestros (entre 30 y 79 en el caso de los maestros con grado de preparatoria y entre 30 y 73 en el caso de los maestros con una licenciatura) y en ambos casos fueron similares a los obtenidos

cuando se consideró a la muestra total (entre 32 y 76). A pesar de estas diferencias en la magnitud de los puntajes, como mostraron las correlaciones por rangos, el orden de severidad de los eventos fue juzgado de forma similar por los maestros de las diferentes submuestras.

Mediante pruebas U de Mann-Whitney, se comparó la magnitud y el orden de los puntajes LCU medianos asignados por los maestros solteros y casados, en función de si tenían o no hijos, de la escuela pública o privada en la que enseñaban y en función de su grado máximo de estudios. En el caso de los grupos de maestros en función de su experiencia docente (0 a 9, 10 a 19, 20-29 y 30 o más años) y en relación al grado de primaria en el que impartían clases (primero o segundo, tercero o cuarto y quinto o sexto de primaria), se compararon los puntajes LCU para cada evento mediante análisis de varianza no paramétricos de Kruskal-Wallis. Cuando el análisis de varianza mostró que existieron diferencias significativas, se realizaron pruebas post hoc utilizando la U de Mann-Whitney para comparaciones entre pares.

En la Tabla 11 se muestran los eventos vitales del SRRS y sus respectivos puntajes LCU medianos en los que se encontró una diferencia significativa en función del estado civil de los maestros. Con un signo de mayor o menor se señala la dirección de las diferencias encontradas. Se encontró que los maestros solteros juzgaron como menos severos que los maestros que estaban casados o vivían en pareja cuatro eventos: muerte del padre o de la madre $U = 2004$, $z = -2.183$, $p = .03$, encarcelamiento por un año o más de cualquiera de los padres $U = 1999$, $z = -2.088$, $p = .04$, divorcio de los padres $U = 1942.5$, $z = -2.345$, $p = .02$ y separación de los padres $U = 2042$, $z = -1.934$, $p = .05$.

Tabla 11

Eventos vitales juzgados de forma diferente por los maestros en función de su estado civil: solteros o casados. Se muestran los puntajes LCU medianos y se señala con un signo (< ó >) la dirección de las diferencias encontradas

Eventos Vitales	EDO. CIVIL	
	Soltero LCU	Con pareja LCU
2. Muerte del padre o de la madre	60	< 80
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre	50	< 70
9. Divorcio de los padres	60	< 80
11. Separación de los padres	55	< 80

En la Tabla 12 se muestran los eventos en los que difirieron los puntajes LCU asignados por jueces que tenían hijos y por los que no tenían hijos. Como muestra esta tabla, existieron dos eventos que fueron juzgados como más severos por los jueces con hijos en comparación con los jueces sin hijos: divorcio de los padres $U = 1628.5$, $z = -1.946$, $p = .05$ y separación de los padres $U = 1591$, $z = -2.041$, $p = .04$.

Tabla 12

Eventos vitales juzgados de forma diferente por los maestros en función de si tenían o no hijos. Se muestran los puntajes LCU medianos y se señala con un signo (< ó >) la dirección de las diferencias encontradas

Eventos Vitales	HIJOS	
	Sin hijos LCU	Con hijos LCU
9. Divorcio de los padres	60	< 80
11. Separación de los padres	55	< 80

En la Tabla 13 se muestran los eventos cuyo puntaje LCU varió en función de los años de experiencia docente de los maestros. El análisis de varianza no paramétrico mostró que hubo diferencias confiables en función de los años de experiencia como docentes en el evento cambio en la aceptación del niño por sus compañeros $X^2(3) = 8.587$, $p < .05$; en el evento inicio de un nuevo grado escolar $X^2(3) = 8.161$, $p < .05$; así como también en el evento cambio de escuela

$X^2(3) = 10.065, p < .05$; también en el evento muerte de un amigo cercano $X^2(3) = 8.018, p < .05$, y finalmente en el evento el niño se convierte en miembro activo de la iglesia $X^2(3) = 21.993, p < .05$. Las pruebas U de Mann-Whitney que se realizaron después del análisis de varianza mostraron que los maestros con la mayor experiencia docente (i.e., con 30 años o más) tendieron a juzgar como más severos que los maestros con menos años de experiencia cinco eventos (cambio en la aceptación del niño por sus compañeros $U = 495, z = -2.365, p = .018$, inicio de un nuevo grado escolar $U = 439.5, z = -2.638, p = .008$, cambio de escuela $U = 423.5, z = -2.993, p = .003$, muerte de un amigo cercano $U = 476, z = -2.534, p = .001$, y el niño se convierte en miembro activo de la iglesia $U = 299, z = -4.224, p = .000$). Los maestros con la menor experiencia docente (i.e., entre 0 y 9 años) coincidieron con los de la mayor experiencia en cómo juzgaron la severidad de los eventos inicio de un nuevo grado escolar y cambio de escuela, en comparación con los que tenían entre 10 y 19 años, quienes los consideraron como menos severos.

Tabla 13

Eventos vitales juzgados de forma diferente por los jueces mexicanos en función de su experiencia docente en años. Se muestra con un signo (< ó >) la dirección de las diferencias encontradas

Eventos vitales	EXPERIENCIA DOCENTE	
	LCU (años exp.)	LCU (años exp.)
4. Cambio en la aceptación del niño por sus compañeros	50 (30 o más años)	> 30 (10-19 años) 40 (20-29 años)
17. Inicio de un nuevo grado escolar	50 (30 o más años) 45 (0-9 años)	> 30 (20-29 años)
21. Cambio de escuela	50 (30 o más años) 50 (0-9 años)	> 40 (10-19 años) 30 (20-29 años)
22. Muerte de un amigo(a) cercano(a)	60 (30 o más años)	> 40 (10-19 años) 40 (20-29 años)
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de la iglesia	50 (30 o más años)	> 30 (0-9 años) 20 (10-19 años) 30 (20-29 años)

En la Tabla 14 se muestran los eventos cuyos puntajes LCU medianos difirieron confiablemente en función del grado de primaria en el que enseñaban los maestros. El análisis de varianza no paramétrico mostró que hubo diferencias confiables para el evento algún adulto (i. e. abuelo, tío, etc.) se mudó a la misma casa que habita el niño $X^2(2) = 7.146, p < .05$, también para el evento disminución en el número de discusiones entre los padres $X^2(2) = 6.146, p < .05$ y finalmente para el evento disminución en el número de discusiones del niño con sus padre $X^2(2) = 6.026, p < .05$. Las pruebas U de Mann-Whitney que se realizaron después del análisis de varianza mostraron que los maestros que eran docentes del primer y segundo año de primaria juzgaron como más severos que los que enseñaban en quinto y sexto tres eventos: un adulto se muda a la casa que habita el niño $U = 1144.5, z = -2.54, p = .01$, disminución del número de discusiones entre los padres $U = 1184, z = -2.05, p = .04$ y disminución en el número de discusiones del niño con sus padres $U = 1156.5, z = -2.210, p = .03$. Sólo el segundo de estos tres eventos también fue juzgado por los maestros de primero y segundo como más severo en relación con los maestros del tercer o cuarto grado de primaria $U = 1091, z = 2.115, p = .03$.

Tabla 14

Eventos vitales juzgados de forma diferente por los maestros en función del grado de primaria en el que enseñaban. Se muestran los puntajes LCU medianos y se señala con un signo (< ó >) la dirección de las diferencias encontradas

Eventos vitales	GRADO		
	LCU		LCU
8. Algún adulto (i.e., abuelo, tíos, etc) se mudó a la misma casa que habita el niño	50 (1°-2°)	>	30 (5°-6°)
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	50 (1°-2°)	>	33 (3°-4°) 30 (5°-6°)
23. Disminución en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	40 (1°-2°)	>	30 (5°-6°)

En la Tabla 15 se muestra que existieron dos eventos en los que hubo diferencias en los puntajes LCU medianos asignados por los maestros que enseñaban en las escuelas públicas y privadas. Los maestros de las escuelas públicas juzgaron como más severo al evento aumento en

el número de pleitos entre los padres $U = 3485$, $z = -2.373$, $p = .02$, mientras que los maestros de las escuelas privadas juzgaron al evento obtención de un logro personal sobresaliente como más estresante que los de las escuelas públicas $U = 3322.5$, $z = -.784$, $p = .05$.

Tabla 15

Eventos vitales juzgados de forma diferente por los maestros en función del tipo de escuela en la que enseñaban: pública o privada. Se muestran los puntajes LCU medianos y se señala con un signo (< ó >) la dirección de las diferencias encontradas

Eventos Vitales	TIPO DE ESCUELA	
	Pública LCU	Privada LCU
12. Aumento en el número de discusiones entre los padres	80	> 60
32. Obtención de un logro personal sobresaliente	43	< 59

Relativo al grado máximo de estudios de los maestros, preparatoria o licenciatura, únicamente se encontraron diferencias en cómo juzgaron un evento vital: la madre empieza a trabajar $U = 3362$, $z = -2.370$, $p = .018$, siendo que los que tenían estudios a nivel preparatoria lo juzgaron como más severo que los maestros que tenían una licenciatura (puntajes LCU iguales a 52 y a 42, respectivamente).

Puntajes LCU que se obtuvieron en el estudio actual y su comparación con los reportados por Coddington (1972a)

Para determinar si la severidad de los eventos fue juzgada de forma similar por los jueces maestros mexicanos y por los jueces maestros, pediatras y psiquiatras estadounidenses, se computaron correlaciones por rangos de Spearman. En la Tabla 16 se muestran las correlaciones obtenidas entre los rangos de los puntajes LCU promedio asignados a los eventos vitales por los 192 maestros mexicanos y divididos en las distintas submuestras y por los maestros, psiquiatras y

pediatras estadounidenses. Como muestra esta tabla, hubo un alto grado de consistencia en la forma en la que los 192 maestros mexicanos y los maestros, pediatras y psiquiatras estadounidenses juzgaron la severidad de los diferentes eventos vitales ($Rho = .81, p < .01$). También se encontró que hubo un alto grado de acuerdo entre los maestros mexicanos divididos en función de sus características sociodemográficas con los jueces estadounidenses en la forma en la que juzgaron la severidad de los eventos (correlaciones entre .69 y .81, $p < .05$).

Tabla 16

Correlaciones por rangos (Rho de Spearman) correspondientes a los puntajes LCU reportados por Coddington (1972a) (E.U.A.) y los encontrados en el presente estudio tanto con la muestra total de jueces (Todos), como divididos en diferentes submuestras conforme distintas variables sociodemográficas

	Sexo		Edad		Edo.Civil		Hijos		Experiencia Docente				Grado			Escuela		Estudios		
	Todos	H	M	17-40	41+	Sol	Cas	Sin	Con	0-9	10-19	20-29	30+	1°-2°	3°-4°	5°-6°	Púb	Pri	Prep	Lic
EUA	.81	.74	.75	.79	.79	.84	.78	.81	.77	.81	.76	.79	.69	.76	.80	.76	.82	.78	.81	.79

La Tabla 17 muestra los 36 eventos vitales incluidos en el SRRS para niños de primaria ordenados conforme el orden por rangos encontrado por Coddington (1972a). En la primera columna de la tabla se muestran los puntajes LCU promedio reportados por Coddington y en la segunda columna se muestran los rangos correspondientes a cada evento vital. En las dos siguientes columnas se muestran los puntajes LCU promedio y sus respectivos rangos encontrados en el presente estudio con la muestra total de 192 maestros.

Como muestra la Tabla 17, los puntajes LCU asignados por los maestros mexicanos se agruparon alrededor del evento nacimiento de un hermano o hermana en mayor grado que los puntajes LCU asignados por los jueces estadounidenses (puntajes entre 30 y 76 en el caso de la muestra mexicana y entre 25 y 91 en el caso de la muestra estadounidense). Como también muestra esta tabla, los eventos muerte del padre o de la madre, divorcio de los padres, separación

de los padres, adquisición de una deformidad visible y muerte de un hermano o hermana fueron juzgados, en ese orden, como los más severos por los jueces de ambos países. El evento el niño se convierte en miembro activo de una iglesia fue juzgado por los jueces de ambos países como el menos severo.

Tabla 17

Puntajes LCU promedio y sus rangos correspondientes (R) para los jueces maestros, psiquiatras y pediatras estadounidenses (E.U.A.) del estudio de Coddington (1972a) y por los jueces maestros mexicanos (Méx) del presente estudio a cada uno de los 36 eventos vitales incluidos en el SRRS para niños de primaria

Eventos Vitales	E.U.A.		Méx.	
	LCU	R	LCU	R
2. Muerte del padre o de la madre	91	1	76	1
9. Divorcio de los padres	84	2	74	2
11. Separación de los padres	78	3	71	3
31. Adquisición de una deformidad visible	69	4	66	4
27. Muerte de un hermano o hermana	68	5	65	5
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre	67	6	63	7
7. La madre o el padre se vuelve a casar	65	7	62	8.5
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño (a)	62	8	56	12.5
24. El niño(a) se inicia en el uso de drogas o de bebidas alcohólicas	61	9	59	11
35. El niño(a) tiene una deformidad congénita visible	60	10	62	8.5
36. El niño(a) reprobó un grado escolar	57	11	50	16
16. Enfermedad grave que requiere hospitalización de alguno de los padres	55	12	60	10
22. Muerte de un(a) amigo(a) cercano(a)	53	13	40	26.5
18. Descubrimiento de ser un hijo(a) adoptado(a)	52	14	56	12.5
4. Cambio importante en la aceptación del niño(a) por sus compañeros(as)	51	15.5	35	30.5
12. Aumento en el número de discusiones entre los padres	51	15.5	64	6
1. Nacimiento de un hermano o hermana	50	17	50	16
15. Aumento en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	47	18	48	20.5
14. Suspensión de la escuela	46	20	35	30.5
21. Cambio de escuela	46	20	39	28
25. Asistencia a la escuela por primera vez	46	20	40	26.5
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de la casa	45	22	44	24
3. La madre empieza a trabajar	44	23.5	47	23
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos	44	23.5	54	14
5. Enfermedad seria de un hermano o hermana que requiere hospitalización	41	25.5	43	25
8. Algún adulto (e.g., abuelos, tíos, etc.) empieza a vivir en la misma casa del niño(a)	41	25.5	37	29
32. Obtención por parte del niño(a) de un logro personal sobresaliente	39	27	49	18
29. Muerte de un abuelo o abuela	38	28.5	48	20.5
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre	38	28.5	50	16
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada	36	30.5	33	34
30. Un hermano o hermana se va de la casa	36	30.5	48	20.5
28. Cambio importante en la situación financiera de los padres	29	32	48	20.5
17. Inicio de un nuevo grado escolar	27	33.5	30	35.5
23. Disminución en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	27	33.5	34	32.5
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	25	35.5	34	32.5
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de una iglesia	25	35.5	30	35.5

A pesar de que los maestros mexicanos y los maestros, psiquiatras y pediatras estadounidenses coincidieron en la forma en que se ordenaron los eventos respecto a su severidad, también hubieron diferencias. Si se observan los rangos de los diferentes eventos vitales presentados en la Tabla 17, se puede apreciar que, con excepción de los cinco primeros eventos y el último de la lista, en el caso de los otros 26 eventos los rangos correspondientes a los puntajes LCU asignados por los jueces estadounidenses y por los mexicanos no fueron idénticos. Consecuentemente sería imposible enumerar por separado cada una de las diferencias entre los rangos. Con el fin de resaltar los eventos en los que hubo las diferencias más notables, en la Tabla 18 se muestran aquellos sucesos en los que existió una diferencia de cinco o más puntos en el ordenamiento por rangos obtenido en Estados Unidos y en México.

Tabla 18

Eventos vitales y sus respectivos rangos en los que existió una diferencia entre rangos de cinco puntos o más entre el ordenamiento de los eventos según los jueces maestros, pediatras y psiquiatras del estudio de Coddington (1972a) y según los maestros mexicanos. La columna titulada diferencia muestra la resta entre el rango de la muestra estadounidense menos el rango de la muestra mexicana

Eventos Vitales	E.U.A.	Mex.	Diferencia
	R	R	
4. Cambio importante en la aceptación del niño(a) por sus compañeros	15.5	30.5	-15
22. Muerte de un amigo(a) cercano	13	26.5	-13.5
14. Suspensión en la escuela	20	30.5	-10.5
21. Cambio de escuela	20	28	-8
25. Asistencia a la escuela por primera vez	20	26.5	-6.5
36. El niño(a) reprueba un grado escolar	11	16	-5
28. Cambio importante en la situación financiera de los padres	32	20.5	12.5
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre	28.5	16	12.5
30. Un hermano o hermana se va de la casa	30.5	20.5	10
12. Aumento importante en el número de discusiones entre los padres	15.5	6	9.5
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos	23.5	14	9.5
32. Obtención por parte del niño(a) de un logro personal sobresaliente	27	18	9
29. Muerte de un abuelo o abuela	28.5	20.5	8

Como muestra la Tabla 18, existieron seis eventos cuyos rangos difirieron por cinco o más puntos y que fueron juzgados por los jueces estadounidenses como más severos en comparación con los jueces mexicanos (cambio importante en la aceptación del niño por parte de sus compañeros, muerte de un amigo cercano, suspensión de la escuela, cambio de escuela, asistencia a la escuela por primera vez y el niño reprueba un grado escolar). Por su parte, los jueces mexicanos juzgaron como más severos que los estadounidenses siete eventos (cambio importante en la situación financiera de los padres, pérdida del trabajo por alguno de los padres, un hermano se va de la casa, aumento en el número de discusiones entre los padres, encarcelamiento de alguno de los padres, obtención por parte del niño de un logro personal sobresaliente y muerte de alguno de los abuelos). Los eventos que fueron juzgados como más severos por los jueces estadounidenses en general se refieren a eventos relacionados con el éxito en la escuela y con las relaciones del niño con sus compañeros. Los jueces mexicanos, en cambio, dieron más importancia a eventos de índole financiera y relacionados con los padres y con familia en general.

DISCUSIÓN

El propósito del Estudio 1 fue conocer la magnitud y el orden de los puntajes LCU asignados por jueces maestros de primaria mexicanos a los eventos vitales de una versión en español del SRRS para niños de primaria y determinar su consistencia tanto entre los propios maestros mexicanos (i.e., divididos en diferentes subgrupos en función de sus características sociodemográficas), como respecto a los jueces estadounidenses del estudio de Coddington (1972a).

Con fines de claridad, los resultados se discutirán en el mismo orden en que se presentaron los resultados obtenidos. Es decir, primero se discuten los resultados obtenidos al comparar los puntajes LCU asignados por los jueces mexicanos divididos en diferentes submuestras. Posteriormente se discuten los resultados del presente estudio en comparación con los reportados por Coddington (1972a) cuando construyó la versión del SRRS para niños de primaria.

Comparación de los hallazgos entre los subgrupos del estudio actual

El resultado más importante del Estudio 1 que hay que destacar es que se encontró que existió un alto grado de acuerdo en la forma en que los maestros en su conjunto y divididos en función de sus características sociodemográficas evaluaron la severidad de los eventos vitales incluidos en el SRRS. La consistencia en el orden y en la magnitud de los puntajes LCU asignados por los maestros que actuaron como jueces, muestra que la versión en español del SRRS para niños de primaria es un instrumento confiable para medir el grado de estrés vital al que ha estado sometido un niño durante un periodo de tiempo. El que los jueces hayan coincidido respecto a la severidad de los eventos vitales, es un resultado similar a los de

investigaciones anteriores en las que también se encontró que jueces divididos en función de distintas variables sociodemográficas han tendido a asignar puntajes LCU similares, tanto en el caso de adultos, como en el caso de niños (e.g., Bruner et al., 1994; Coddington, 1972a; Spuergon et al., 2001).

A pesar del acuerdo general que hubo entre los jueces de las diferentes submuestras, se encontró que para ciertos eventos los puntajes LCU fueron confiablemente diferentes entre los miembros de una misma submuestra. Con excepción de Coddington (1972a), quien comparó los puntajes LCU en función de los años de experiencia profesional de sus jueces, ninguno de los otros autores que obtuvieron puntajes LCU para las versiones del SRRS para niños en diferentes países reportaron diferencias en función de distintas variables sociodemográficas, por lo que no hay forma de comparar los resultados del presente estudio con los de esos estudios anteriores (e.g., Fasano & Muratori, 1996; Liakopoulou et al., 1997; Monaghan et al., 1979). No obstante, hay información relativa a variaciones en la magnitud de los puntajes LCU en función de distintas variables sociodemográficas entre los jueces que han evaluado los eventos vitales incluidos en la versión del SRRS para adultos, por lo que los resultados se compararán con dichos hallazgos.

En el presente estudio no se encontraron diferencias debidas al sexo o a la edad de los jueces. Respecto al sexo, Bruner et al. (1994) con jueces mexicanos encontraron que las mujeres que participaron en su estudio juzgaron como más severos eventos relacionados con la esfera emocional, en comparación con los jueces hombres. En estudios en los que se han utilizado jueces estadounidenses existen hallazgos no consistentes respecto a diferencias por sexo. Por ejemplo, mientras que Masuda y Holmes (1978) también encontraron que las mujeres tendieron a evaluar ciertos eventos de tipo emocional como más severos que los hombres, Spuergon et al.

(2001) reportaron que no hubo diferencias respecto a cómo los jueces hombres y mujeres juzgaron la severidad de los diferentes eventos incluidos en el SRRS. Con jueces de otras nacionalidades también hay hallazgos no consistentes respecto al efecto del sexo. Por ejemplo, en algunos estudios se reportó que no existieron diferencias en los puntajes LCU de jueces mujeres y hombres japoneses y europeos (e.g., Harmon, Masuda, & Holmes, 1970; Masuda & Holmes, 1967). En otros estudios, en cambio, se encontró que jueces mujeres malayas y españolas evaluaron ciertos eventos como más severos que los hombres de esas mismas nacionalidades (e.g., Celdran, 1979; Woon, Masuda, Wagner, & Holmes, 1967a). A pesar de estos resultados inconsistentes, en general los investigadores han reportado que las mujeres tienden a dar mayor significancia emocional a los eventos vitales que los hombres (e.g., Jewell, 1977). Los datos de este estudio no confirmaron esta tendencia por parte de las jueces mujeres.

Respecto a la edad, en estudios anteriores se ha reportado que en general los jueces más viejos (i.e., mayores de 60 años) tienden a juzgar ciertos eventos como menos estresantes que los jueces más jóvenes (i.e., entre 17 y 59 años) (e.g., Masuda & Holmes, 1978; Spurgeon et al., 2001). Masuda y Holmes sugirieron que esta tendencia de los jueces jóvenes a evaluar eventos como más severos posiblemente se deba a que los jóvenes han experimentado un menor número de eventos que los más viejos y que el no saber lo que les espera les genere ansiedad o bien que los de mayor edad tienen más experiencia para lidiar ecuánimemente con los eventos que experimentan. En el presente estudio no se encontraron diferencias debidas a la edad. Posiblemente la diferencia entre los hallazgos de este trabajo y los de estudios anteriores radique en el hecho de que en los estudios anteriores los jueces evaluaron la magnitud de eventos que experimentan personas también adultas. En cambio, en este trabajo jueces adultos evaluaron la magnitud de los eventos para niños de primaria, lo cual pudo proporcionarles un punto de vista

más objetivo y más homogéneo. A diferencia de los jueces adultos jóvenes de los estudios anteriores que podrían temer por la magnitud del reajuste que les implicaría un cambio futuro que no habían experimentado, los jueces adultos que participaron en el presente estudio bien podrían haber experimentado en su niñez los diferentes eventos o saber por su edad y experiencia la magnitud de ajuste que le requiere a los niños cada uno de los eventos incluidos en la lista. No obstante, futuras investigación deberán confirmar si este es el caso.

Si bien no se encontraron diferencias debidas al sexo y a la edad de los maestros, se encontró que la severidad de algunos eventos fue juzgada de forma distinta en función de su estado civil, de tener o no hijos, de los años de experiencia como docentes, del año de primaria en el que daban clases, de ser un maestro en una escuela pública o privada y de su grado máximo de estudios.

Respecto del estado civil, se encontró que los maestros que estaban casados juzgaron como más severos que los que estaban solteros cuatro eventos (muerte del padre o la madre, encarcelamiento de alguno de los padres por un año o más, el divorcio y la separación de los padres). Respecto a tener o no hijos, se encontró que los jueces que tenían hijos juzgaron como más severos que los que no tenían hijos dos de los mismos eventos que los casados: divorcio y separación de los padres. Así, los resultados de este estudio mostraron una tendencia por parte de los jueces solteros y sin hijos de considerar como menos importantes que sus contrapartes eventos relacionados con la estabilidad matrimonial. Este hallazgo es similar a los resultados reportados por Mendels y Weinstein (1972), quienes encontraron que los jueces que participaron en su estudio y que estaban casados y tenían hijos tendieron a asignar puntajes LCU más altos a eventos relacionados con la desintegración de la familia que los jueces solteros y sin hijos. El hecho de que los maestros casados, en el presente estudio, hayan considerado como más severos

que los solteros eventos relacionados con la desintegración familiar, ya sea por muerte, separación o divorcio o por el alejamiento temporal de uno de los padres debido a su encarcelamiento podría deberse a que los jueces casados y con hijos tienen más experiencia personal respecto al efecto que la desaparición o el alejamiento de uno de los padres realmente tiene sobre un niño, en comparación con los jueces solteros. De hecho existe evidencia de que el divorcio de los padres tiene efectos dañinos importantes sobre la salud mental de los niños, siendo que los niños de padres divorciados son más agresivos, tienen menos habilidades sociales, una autoestima más baja, menos amigos, habilidades para lidiar con el estrés menos efectivas y presentan más síntomas de depresión que los niños de familias integradas (e.g., Felner, Stolberg, & Cowen, 1975; Kurtz, 1994; Neher & Short, 1998). También existe evidencia de que los niños a quienes se les ha muerto un padre presentan más síntomas de ansiedad, necesidad de tratamiento por desórdenes mentales, disminución en las calificaciones escolares y mayor retraimiento social que los niños cuyos padres están vivos (e.g., Cowen, Pryor-Brown, & Lotyczewski, 1989; Pillay & Descoins, 2006; Wetzel, 2002). Esta evidencia sugiere que los maestros casados y con hijos fueron más realistas al evaluar los eventos relacionados con la desintegración familiar que los maestros solteros y sin hijos.

Relativo a los años de experiencia docente de los maestros, se encontró que los que tenían mayor experiencia (i.e., 30 años o más) tendieron a juzgar como más severos que los maestros cuya experiencia varió entre 10 y 29 años cinco eventos: cambio en la aceptación del niño por sus compañeros, muerte de un amigo cercano, el niño se convierte en miembro activo de una iglesia, cambio de escuela e inicio de un nuevo grado escolar. Curiosamente, los maestros con la menor experiencia docente (i.e., entre cero y nueve años) tendieron a coincidir en sus juicios sobre los dos últimos de estos eventos con los de la mayor experiencia. Este resultado es similar al

reportado por Coddington (1972a), quien también encontró que los maestros, pediatras y psiquiatras que tenían mucha experiencia trabajando con niños juzgaron como más severos que los otros jueces ciertos eventos como la muerte del padre o de un hermano o hermana y que los jueces con pocos años de experiencia docente también juzgaron ciertos eventos como más severos en comparación con quienes tenían una experiencia intermedia. Es posible que los maestros que tienen muchos años de trabajar e interactuar con los niños sean más realistas respecto al estrés que experimenta un niño cuando acontecen los sucesos que los de menor experiencia. No obstante, esto también tendría que ser evaluado en futuros estudios.

Los puntajes LCU asignados a los diferentes eventos variaron en función del grado escolar que enseñaban los maestros. Los resultados mostraron que los maestros de los primeros dos años de primaria juzgaron como más severos que los maestros de años más avanzados (i.e., de tercero a sexto) tres eventos: el que un adulto se mudara y se quedara a vivir en la casa del niño, la disminución del número de discusiones entre los padres y la disminución en el número de discusiones del niño con sus padres. Estos resultados son difíciles de explicar dada la falta de hallazgos anteriores con los cuales compararlos. Si bien parece de sentido común el que la incorporación de un adulto a la familia pueda generarle a un niño un alto grado de estrés, la razón por la que los maestros de los dos primeros años de primaria consideraron que disminuciones en la frecuencia con la que los padres discuten entre sí o con el niño le produzcan a los niños grados de estrés mayores que los considerados por maestros de grados más elevados es un misterio. Dado que en estudios anteriores no se han comparado los juicios de los maestros en función del grado escolar que enseñan, los resultados del presente estudio servirán como punto de comparación en futuras investigaciones.

Respecto de la clase social, se encontró que los maestros de las escuelas públicas juzgaron como más severo al evento aumento en el número de discusiones entre los padres, que los de las escuelas privadas. A su vez, éstos últimos juzgaron como más severo que sus contrapartes al evento obtención de un logro personal sobresaliente. Bruner et al. (1994) encontraron que los jueces que participaron en su estudio y que estudiaban en universidades públicas juzgaron como más severos que los estudiantes de universidades privadas eventos relacionados con la esfera económica (e.g., despido del trabajo, reajuste mayor en el negocio, adquisición de un préstamo). A diferencia de estos resultados, en este estudio las diferencias encontradas entre los puntajes LCU asignados por los maestros de escuelas públicas y privadas no fueron eventos relacionados con sucesos de tipo económico. La razón por la cual los maestros de las escuelas públicas consideraron que un aumento en la frecuencia con la que discuten los padres es un evento que requiere más reajuste que los de las privadas, es difícil de explicar. Una posibilidad es que en estudios anteriores se ha encontrado que las personas con menos recursos tienden a experimentar un mayor número de eventos estresantes que las personas con más recursos (e.g., Dohrenwend, 1973). En base a estos hallazgos se podría especular que los padres de niños con menos recursos tienden a discutir con mayor frecuencia entre sí que los padres de niños con más recursos y que los maestros de las escuelas públicas han tenido mayor experiencia respecto a la influencia de dichas discusiones entre sus estudiantes. No obstante, no existe evidencia empírica que sustente esta especulación, por lo que será necesario realizar futuras investigaciones que permitan conocer la razón por la que los jueces con menos recursos consideraron que el aumento de discusiones entre los padres causa un mayor grado de estrés que los jueces con mayores recursos. Si bien no está documentada la frecuencia con la que los padres de niños de diferente clase social discuten entre sí, se sabe que las discusiones entre los padres pueden tener una influencia nociva sobre los

hijos, siendo que los niños que provienen de familias con padres que tienen muchos problemas de pareja tienen más síntomas psicósomáticos, niveles más altos de ansiedad, agresividad y depresión que los niños de familias en las que los padres tienen una relación armoniosa (e.g., Fogas, Wolchik, Braver, & Freedom, 1993; Johnston, 2006). Esta evidencia sugiere que los maestros de las escuelas públicas fueron más realistas que los de las privadas al considerar que el que los padres discutan frecuentemente es un evento muy estresante para un niño. La razón por la que los maestros de las escuelas privadas consideraron que el obtener un logro personal sobresaliente requiere un mayor reajuste por parte de los niños que los maestros de las escuelas públicas es aún más difícil de explicar. Una posibilidad es que existe evidencia de que ser un triunfador puede generar altos niveles de estrés, dado el tiempo y esfuerzo que requiere mantenerse en una posición de logro. Por ejemplo, en varios estudios se ha encontrado que cuando una persona se ubica en una posición de éxito (i.e., un actor, político, deportista o científico famoso) en una edad temprana en la vida, el costo de la fama tiene consecuencias potencialmente nocivas para la salud e incluso se ha encontrado que dichas personas tienen una expectativa de vida menor que aquellos no tan famosos a su misma edad (e.g., Abel, & Kruger, 2005; Barry, 1969; McCann, 2001). También existe evidencia de que la clase social de las personas es un determinante importante del éxito profesional, de la prosperidad y del estatus social de una persona, siendo que los individuos con menos recursos tienden a tener menos logros personales que aquellos con más recursos (e.g., Nesbit, 2006). Esta evidencia sugiere que los maestros de las escuelas privadas tuvieron razón al considerar que la obtención de un logro personal sobresaliente requiere de un reajuste considerable y posiblemente tengan mayor experiencia que los maestros de las escuelas públicas en relación con el grado de estrés que les ha causado a sus alumnos el tener éxitos. No obstante, también existe evidencia de que los logros,

aunque estresantes, pueden tener consecuencias positivas. Por ejemplo, Muratori y Fasano (1997) investigaron la relación entre la ocurrencia de ciertos eventos vitales y la depresión en niños de primaria y encontraron que los niños que no estaban deprimidos reportaron haber obtenido un logro personal sobresaliente en mayor grado que los niños deprimidos. Concluyeron que la obtención de logros personales actúa como protector contra la depresión. Kashani, Hodges, Simonds, y Hilderbrand (1981) compararon los eventos vitales experimentados por niños hospitalizados por alguna enfermedad con niños sanos. Sus resultados mostraron que mientras que el evento más frecuentemente experimentado por los niños enfermos fue el cambiarse de escuela, el evento más reportado por los niños sanos fue el haber obtenido un logro personal sobresaliente. También existe evidencia de que las personas que son exitosas y mantienen su nivel de éxito a lo largo de la vida tienen una mejor salud y una mayor expectativa de vida, que las personas no exitosas (e.g., Warner & Hayward, 2006). En consecuencia, parece que el efecto del éxito ha producido resultados contradictorios en la literatura y es imposible concluir si los maestros de las escuelas privadas fueron más realistas que los de las públicas al evaluar la magnitud del reajuste necesario cuando un niño obtiene un logro personal sobresaliente.

En función del grado máximo de estudios de los jueces (i.e., preparatoria o universidad) el evento la madre empieza a trabajar fue juzgado de forma diferente, siendo evaluado como más severo por los maestros con menos estudios. Este hallazgo es similar al reportado por Miller, Benty, Aponte, y Brogan (1974) quienes encontraron que los jueces que tenían estudios de preparatoria o menores tendieron a juzgar ciertos eventos como más severos que los jueces con un grado universitario. No obstante, Masuda y Holmes (1978) encontraron resultados contrapuestos, ya que en su estudio los jueces con educación universitaria fueron los que

tendieron a considerar ciertos eventos como más estresantes que los jueces con menor educación. Consecuentemente, al parecer no existe consistencia en la forma en que personas de diferentes niveles de educación juzgan la severidad de los diferentes eventos.

A pesar de las diferencias encontradas entre cómo fueron juzgados ciertos eventos por los jueces mexicanos en función de sus características sociodemográficas, es importante resaltar que el grado de acuerdo entre los jueces en cuanto al ordenamiento de los eventos según su grado de severidad fue muy alta.

Comparación de los hallazgos del presente estudio con los de Coddington (1972a)

El segundo resultado importante del Estudio 1 ha destacar es que se encontró que existió un alto grado de acuerdo en el ordenamiento de los puntajes LCU asignados tanto por el conjunto de maestros mexicanos, como subdivididos según sus características sociodemográficas con los rangos correspondientes a los puntajes LCU de los maestros, psiquiatras y pediatras estadounidenses del estudio original de Coddington (1972a). Este hallazgo confirma que los puntajes LCU que se obtuvieron pueden ser utilizados de manera confiable para medir el grado de estrés vital experimentado por un niño de primaria durante un lapso de tiempo.

El hecho de que los rangos de los puntajes LCU que se obtuvieron en el presente estudio hayan sido similares a los reportados por Coddington (1972a) parece un hecho sorprendente, si se considera que el estudio de Coddington fue hecho hace más de 30 años. El que jueces independientes juzguen de manera similar el reajuste necesario ante diferentes eventos vitales durante lapsos de tiempo largos, tiene precedentes en la literatura. Por ejemplo, Scully, Tosi, y Banning (2000) y Spuergon et al. (2001) reportaron que después de 30 años de construido el SRRS para adultos, los rangos de los puntajes LCU que estos autores obtuvieron fueron muy

similares a los encontrados por Holmes y Rahe (1967) cuando construyeron la escala. La semejanza encontrada entre México y Estados Unidos también muestra que los eventos vitales incluidos en el SRSS son experimentados actualmente por niños mexicanos que cursan estudios de educación elemental y que los llevan a experimentar grados de estrés similares a los que experimentan los niños estadounidenses. Este hecho fue confirmado porque a pesar de que en el cuestionario se incluyeron espacios para que los maestros escribieran eventos adicionales en la lista que fueran importantes en la vida de los niños, sólo unos cuantos mencionaron algún otro evento, pero no hubo un acuerdo general entre los jueces de la existencia de eventos no incluidos en la lista que habría que adicionar.

La alta correlación encontrada entre los rangos de los puntajes LCU de la versión en español del SRSS para niños de primaria y los de la versión original en inglés muestra que jueces de diferentes culturas tienden a juzgar la magnitud del reajuste necesario para cada evento vital de forma similar. Este mismo hallazgo había sido reportado en investigaciones anteriores en las que se obtuvieron puntajes LCU para las versiones del SRSS para niños con jueces de diferentes nacionalidades (i.e., con británicos, Monaghan et al., 1979; con italianos, Fasano & Muratori, 1996; con griegos, Liakopoulou et al., 1997).

A pesar de que los jueces mexicanos coincidieron globalmente con los jueces estadounidenses respecto a la magnitud y al orden de los puntajes LCU asignados a los 36 eventos vitales del SRSS, también existieron algunas diferencias. Respecto a la magnitud de los puntajes LCU, se encontró que los puntajes asignados por la muestra total de jueces mexicanos se agruparon más alrededor del evento nacimiento de un hermano o hermana, variando entre 30 y 76, que en el caso de los jueces estadounidenses, quienes asignaron puntajes entre 25 y 91. Esto a diferencia de por ejemplo los jueces británicos del estudio de Monaghan et al. (1979) quienes

asignaron puntajes LCU de una magnitud similar (i.e., puntajes que variaron entre 20 y 95) a la de los jueces estadounidenses del estudio de Coddington (1972a). La tendencia de jueces mexicanos y latinoamericanos a asignar puntajes LCU más compactos que jueces de otras nacionalidades también se ha reportado en estudios en los que se ha utilizado la versión del SRRS para adultos. Por ejemplo, Bruner et al. (1994) encontraron que los jueces mexicanos tendieron a asignar puntajes LCU más compactos que los jueces estadounidenses del estudio original de Holmes y Rahe (1967). Masuda y Holmes (1978) compararon la magnitud de los puntajes LCU de jueces de diferentes países y encontraron que los México-americanos, los salvadoreños y los peruanos también tendieron a asignar puntajes más compactos que jueces estadounidenses, españoles, japoneses, malasios y de Europa occidental. A pesar de la tendencia de los jueces mexicanos a asignar puntajes LCU más compactos que jueces de otras nacionalidades, es importante considerar que en el estudio de Coddington (1972a) participaron como jueces 131 maestros, 25 pediatras y 87 psiquiatras. A diferencia del estudio de Coddington, en el presente trabajo sólo participaron maestros como jueces. Coddington encontró altas correlaciones entre los rangos de los puntajes LCU asignados por los jueces en función de su profesión. No obstante al comparar su magnitud, encontró que los puntajes LCU asignados por los jueces maestros se concentraron más alrededor del evento nacimiento de un hermano o hermana (puntajes entre 30 y 85) que en el caso del conjunto de los pediatras y psiquiatras (entre 22 y 100). Si se compara la magnitud de los puntajes encontrados en este trabajo únicamente respecto a los jueces maestros del estudio de Coddington, la diferencia en la magnitud de los puntajes LCU asignados por los maestros de ambas nacionalidades fue muy similar (entre 30 y 85 en el caso de los maestros estadounidenses y entre 30 y 76 en el caso de los maestros mexicanos), aunque aún así los jueces mexicanos asignaron puntajes LCU un poco más compactos que los maestros estadounidenses.

Respecto al ordenamiento de los eventos, se encontró que los jueces mexicanos juzgaron como menos severos que los estadounidenses sucesos como la muerte de un amigo cercano, cambios importantes en la aceptación del niño por sus compañeros, la suspensión de la escuela o la reprobación de un grado escolar. En cambio, los jueces mexicanos consideraron ciertos eventos como más severos que los estadounidenses, por ejemplo, la pérdida del trabajo por alguno de los padres, el aumento del número de peleas entre los padres y el encarcelamiento de alguno de los padres. Los resultados encontrados sugieren que los jueces mexicanos dieron más importancia a eventos relacionados con aspectos financieros, con los padres y con la familia en general, mientras que los jueces estadounidenses consideraron como más estresantes eventos relacionados con el éxito en la escuela y con las relaciones del niño con sus compañeros. El que los jueces mexicanos hayan dado mayor importancia a sucesos familiares y los estadounidenses a aspectos relacionados con el éxito podría explicarse en función de diferencias culturales. Existe evidencia de que en la cultura mexicana se enfatizan valores familiares y sociales, mientras que en culturas como la estadounidense se privilegian valores individuales y orientados hacia el éxito (Díaz-Guerrero, 1988). Estas diferencias culturales han llevado a algunos investigadores a postular que mientras que la cultura mexicana es de índole colectivista, la cultura estadounidense es de índole individualista (e.g., Triandis, 2001). No obstante, estas diferencias culturales no permiten explicar la razón por la que los jueces estadounidenses consideraron como más severos eventos relacionados con las relaciones de los niños con sus compañeros de clase o la muerte de un amigo cercano. De acuerdo con el hecho de que la cultura mexicana es colectivista, se hubiera esperado que estos eventos fueran juzgados como más severos por los mexicanos que por los estadounidenses. Es posible que si bien en la cultura mexicana se dé gran importancia a las relaciones con los demás, se considere que éstas son importantes para los adultos, pero que para

los niños lo más importante es la relación con sus padres y con los miembros de su familia y no necesariamente con sus amigos. No obstante, esta suposición deberá ser investigada en el futuro.

En suma, los resultados del Estudio 1 mostraron que los jueces maestros mexicanos coincidieron en cuanto al ordenamiento de los eventos según el grado de estrés vital que experimentará un niño de primaria, tanto entre sí, como respecto a los jueces maestros, pediatras y psiquiatras del estudio original de Coddington (1972a). Estas consistencias sugirieron que los puntajes LCU que se obtuvieron para la versión en español del SRRS son confiables para medir el estrés vital experimentado por un niño durante un periodo de tiempo. No obstante, para poder afirmar con certeza que la versión del SRRS permite medir confiablemente el estrés vital era necesario conocer si dichos puntajes LCU son buenos predictores del estado de salud de los niños. Por esa razón, se realizó el Estudio 2, el cual se describe a continuación.

Estudio 2

Como se mencionó en la introducción del Estudio 1, el SRRS para niños de primaria (Coddington, 1972a) ha sido utilizado en numerosos estudios para conocer el grado en que la acumulación de eventos vitales influye la salud física y mental de los niños. El SRRS para niños desarrollado por Coddington es de hecho uno de los instrumentos para medir estrés vital más utilizados en la literatura (Rende & Plomin, 1991). A continuación se describen algunos de estos estudios.

Relativo a la salud física de los niños, en muchos estudios se ha encontrado que el inicio o el agravamiento de una enfermedad está relacionada con la acumulación de eventos vitales. Por ejemplo, Barglow, et al. (1983) mostraron que los eventos vitales del SRRS fueron el mejor predictor de los niveles de glucosa en la sangre presentes en casos de diabetes infantil. Liakopoulou et al. (1997) compararon el número de eventos vitales experimentados por niños que sufrían alopecia areata un año antes del desarrollo de la enfermedad y por niños sanos. También compararon la salud mental de los niños. Sus resultados mostraron que aunque no hubo diferencias en el número total de eventos experimentados por los niños enfermos y no enfermos, los niños que padecían alopecia areata experimentaron en menor grado que los niños sanos eventos vitales de índole deseable (e.g., obtener un logro personal sobresaliente). Los niños enfermos presentaron más problemas psicológicos (i.e., ansiedad, depresión, agresión) y de adaptación social (i.e., problemas de atención y en sus relaciones con otros niños) que los niños sanos. Kashani, Hodges, Simonds, y Hilderbrant (1981) compararon el número de eventos vitales experimentados durante los últimos seis meses por niños de entre siete y 12 años internados ya fuera en hospitales pediátricos o psiquiátricos con niños de edad y características similares a los hospitalizados, pero que tenían una buena salud. Sus resultados mostraron que los

niños sanos experimentaron un menor número de eventos vitales que los niños hospitalizados por causas físicas o psicológicas, quienes no se diferenciaron entre sí. Järvelin, Moilanen, Viheväinen-Tervonen, y Huttunen, (1989) encontraron que los puntajes LCU fueron un predictor confiable de la presencia de enuresis en niños menores de siete años. Heisel (1972) al comparar los eventos vitales experimentados por niños que padecían artritis reumatoide juvenil y niños sanos, reportó que los enfermos habían experimentado un mayor número de eventos vitales seis meses antes del desarrollo de su enfermedad, en comparación con los niños sanos. Jacobs y Charles (1980), por su parte, encontraron que niños que padecían leucemia habían experimentado más eventos vitales durante el año previo a la aparición de la enfermedad que niños de un grupo control que estaban sanos. En función de sus hallazgos, Jacobs y Charles sugirieron necesario considerar a los factores psicológicos, además de los genéticos, virales o endócrinos, como variables etiológicas del cáncer en los niños.

En lo que se refiere a salud mental, se ha reportado que el haber experimentado un número mayor de eventos vitales está relacionado con desajustes psicológicos en los niños. Por ejemplo, Bedell, Giordani, Amour, Tavormina, y Boll (1977) pidieron a niños de entre seis y 15 años que sufrían de alguna enfermedad crónica (i.e., asma, diabetes o fibrosis) que respondieran ya sea la versión del SRRS para niños de primaria o de secundaria, dependiendo de su edad. Además les pidieron responder una batería de pruebas psicológicas que incluía un cuestionario de auto-concepto y uno de ansiedad y llevaron un registro de la frecuencia de malestares ocasionados por la enfermedad. Sus resultados mostraron que niños con puntajes LCU altos tuvieron un auto-concepto negativo, un alto grado de ansiedad y reportaron mayor frecuencia de malestares relacionados con su enfermedad. Swearingen y Cohen (1985) evaluaron la relación entre la ocurrencia de eventos vitales con el desajuste emocional de jóvenes entre 12 y 17 años de

edad. Encontraron que la acumulación de eventos vitales estuvo relacionada con altos grados de depresión, de ansiedad y con un mayor número de faltas en la escuela. Franko et al. (2004) realizaron un estudio longitudinal durante seis años en el que examinaron la relación entre la ocurrencia de eventos vitales y la presencia de síntomas depresivos de 1300 niñas. En un primer momento del estudio, cuando las niñas tenían 16 años de edad, aplicaron el SRRS como parte de una batería de instrumentos. En dos evaluaciones posteriores, cuando las participantes tenían 18 y 21 años de edad, las jóvenes respondieron cuestionarios sobre auto-percepción y depresión. Los resultados mostraron que el número de eventos vitales que las niñas experimentaron cuando tenían 16 años predijeron la presencia de síntomas de depresión a los 18 y a los 21 años. Sus resultados también mostraron que sucesos relacionados con pérdidas importantes (i.e., la muerte de uno de los padres o el divorcio) fueron predictores confiables de depresión dos años más tarde, mientras que conflictos con la familia o con los amigos predijeron depresión cinco años después de que ocurrieron.

En la mayoría de las investigaciones en las que se ha buscado establecer la relación entre la acumulación de eventos vitales y la salud de niños, se ha utilizado el reporte de los padres sobre los eventos experimentados por sus hijos (cf. Bailey & Garralda, 1990). Esto se ha hecho debido a que se consideraba que la habilidad de los niños para recordar los sucesos que han experimentado es limitada y depende de su edad, inteligencia y resistencia a la sugestión (Fundundis, 1989). No obstante, también se ha sugerido que los reportes de los padres son poco confiables (Winnicott, 1988). En las ciencias humanas en general y en la psicología clínica en particular, se considera que los padres no son fuentes enteramente confiables sobre las características y las conductas de sus hijos (e.g., Kagan, 1994), especialmente en casos en los que los padres no se llevan bien, maltratan a sus hijos (Miller, 1984) o cuando los niños presentan

conductas antisociales o delictivas (Aronson, 2000). En consecuencia, en otros estudios se ha empleado el auto-reporte de los propios niños y se ha buscado establecer la correspondencia entre auto-reportes y los de sus padres (e.g., Jackson & Warren, 2000). Un hallazgo consistente en los estudios en los que se ha comparado el número de eventos vitales reportados por los propios niños y por sus padres, es que existe un grado relativamente bajo de acuerdo entre ambos informantes, siendo que los niños tienden a reportar haber experimentado más eventos vitales que los que reportan sus padres por ellos (Craig, Steele, Herrera, & Phipps, 2003). Aunque se ha hipotetizado que dichas diferencias pueden deberse a una falta de habilidades de los niños para recordar o ubicar en el tiempo los eventos ocurridos, a la falta de empatía de los padres con sus hijos o a la falta de comunicación efectiva entre hijos y padres (Yeh & Weisz, 2001), hasta la fecha no existe un acuerdo entre los investigadores sobre la razón por la cual la coincidencia entre los reportes de los niños y los de sus padres tiende a ser baja (Johnston et al., 2003). Es importante mencionar que independientemente de la fuente del informante, se ha encontrado que los eventos vitales tienen un poder predictivo sobre el deterioro de la salud física y mental de los niños. A continuación se reseñan algunos estudios en los que se han comparado las respuestas de niños y de sus padres al SRRS.

Bailey y Garralda (1990) pidieron a niños de entre siete y 12 años que respondieran el SRRS, reportando los eventos que habían experimentado seis meses antes. Además, también le pidieron a los padres de los niños que respondieran el SRRS reportando los eventos que sus hijos habían experimentado en el mismo periodo de tiempo. Sus resultados mostraron que los niños comprendieron la tarea y fueron capaces de responder el SRRS. Los eventos más comúnmente reportados por los niños fueron los relacionados con la obtención de reconocimientos o logros, la presencia de enfermedades y problemas en sus relaciones personales. Sus resultados también

mostraron que hubo un grado bajo de acuerdo entre los reportes de los padres y los de los niños respecto a los eventos experimentados por los niños, siendo que los niños tendieron a reportar la ocurrencia de un mayor número de eventos que sus padres. Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover, y Kalas (1986) y Rende y Plomin (1991) también encontraron que niños de entre seis y 18 años y de entre siete y 13 años, respectivamente, reportaron haber experimentado un mayor número de eventos, en comparación con el reporte hecho por sus padres. Johnston et al (2003) compararon la coincidencia entre los reportes de niños y sus padres en tres grupos de niños: sanos, diagnosticados con cáncer y diagnosticados con alguna enfermedad crónica (i.e., artritis reumatoide juvenil, diabetes o fibrosis cística) en dos momentos: un año antes de responder el SRRS y durante toda la vida de los niños. Consistente con los hallazgos de estudios anteriores, los resultados de Johnston et al. mostraron que los niños tendieron a reportar la ocurrencia de un mayor número de eventos que sus padres. No obstante, el grado de acuerdo varió en función de si los niños estaban o no enfermos. El grado de consistencia en los reportes de padres e hijos fue relativamente alto (i.e., coeficiente Kappa igual a .72) para el grupo de niños con cáncer, moderado (Kappa igual a .60) para el grupo de niños con enfermedades crónicas y bajo (Kappa = .54) para el grupo de niños sanos. Los eventos en los que existió un menor acuerdo entre padres y niños fueron relativos al reporte sobre la muerte de un familiar o un amigo cercano, sobre la enfermedad de uno de los padres o hermanos, sobre el tiempo que un padre está en la casa y relativo al aumento del número de discusiones entre los padres. Los resultados de este estudio también mostraron que el acuerdo entre los reportes de padres e hijos fue mejor cuando se les pidió que mencionaran los eventos ocurridos a lo largo de toda la vida del niño, que cuando se reportaron los eventos un año atrás. Los autores sugirieron que es factible que los padres y los hijos estén de acuerdo sobre la ocurrencia de un suceso, pero no sobre el lapso de tiempo en el

que ocurrió, dada la dificultad que tienen los niños para recordar información precisa respecto a un espacio temporal específico, pero no necesariamente para recordar la ocurrencia misma del suceso. Johnston et al. en consecuencia sugirieron que cuando se pregunte a niños sobre eventos ocurridos un tiempo específico atrás, se pregunte en relación con un hecho particular relevante para el niño, como por ejemplo el inicio del año escolar o su cumpleaños. A diferencia de los estudios anteriores, Yamamoto y Mahlios (2001) encontraron que no hubo una diferencia confiable entre el número de eventos reportados por los niños y por sus padres y reportaron una alta correlación entre las respuestas de ambos. Consecuentemente concluyeron que los padres fueron una fuente confiable de los eventos experimentados por sus hijos. No obstante, también encontraron que los padres tendieron a subestimar, en relación al reporte de los niños, la ocurrencia de ciertos eventos relacionados con las relaciones de los niños con sus compañeros o amigos, el número de peleas entre los padres y el nacimiento de un hermano o hermana.

Al igual que en el caso del reporte de eventos vitales, la mayoría de los estudios en lo que se ha averiguado el estado de salud de los niños han utilizado a los padres como los principales informantes de los síntomas que presentan sus hijos (Bailey & Garralda, 1990). No obstante, en muchas investigaciones también se han utilizado los auto-reportes de los niños y se ha comparado la congruencia en el reporte hecho por los padres y por los niños (Grill & Ollendick, 2003). En estas investigaciones, consistente con los resultados sobre el reporte de los eventos vitales, cuando se pide a niños y a sus padres que reporten diferentes síntomas físicos o psicológicos que el niño ha tenido durante un periodo de tiempo, la correspondencia entre los reportes de ambas fuentes ha tendido a ser baja (e.g., Yeh & Weisz, 2001). A continuación se reseñan estudios en los que se ha pedido a niños y a sus padres que realicen reportes sobre el estado de salud propia o de sus hijos.

Yeh y Weizs (2001) reportaron que más del 60% de los reportes de padres e hijos no coincidió en relación con los problemas que habían llevado a los niños a ser objeto de psicoterapia. No obstante, el grado de concordancia varió dependiendo del tipo de problemas que tenían los niños. Cuando se trató de problemas directamente observables, como conductas rebeldes, problemas de atención o hiperactividad existió una mayor acuerdo entre las díadas, en comparación con problemas no fácilmente observables, como depresión, ansiedad o miedos. Yeh y Weizs sugirieron que la falta de concordancia se debe a una comunicación deficiente entre padres e hijos, principalmente cuando incumbe sentimientos del niño. Weissman, Orvaschel, y Padian (1980) estudiaron la correspondencia entre las respuestas de niños y de sus madres a una escala de síntomas y funcionamiento social y encontraron una baja correspondencia entre ambos reportes. Orvaschel et al. (1981) evaluaron el grado de acuerdo entre madres y sus hijos respecto al grado de depresión y la presencia de diferentes síntomas psicopatológicos que tenían niños que sufrían de desórdenes psiquiátricos, como ansiedad, depresión, e hipomanía, entre otros. Pidieron tanto a las madres como a sus hijos que respondieran un mismo cuestionario como parte de una entrevista estructurada. Los resultados mostraron que hubo un grado moderado de concordancia entre los reportes de las madres y los de los niños, siendo que las madres fueron más precisas al informar sobre los síntomas de la patología, su duración y el tiempo en que se presentaron. Por su parte, los niños proporcionaron un reporte más exacto sobre su estado de ánimo y sobre algunos sentimientos, como cambios de humor, miedos y sentimientos de culpa. En función de sus hallazgos, los autores concluyeron que los reportes de las madres y de los niños resultaron complementarios y permitieron tener una visión más precisa de los problemas de los niños. Kazdin, French, Unis, y Esveldt-Dawson (1983) evaluaron el grado de depresión de niños hospitalizados de entre cinco y 13 años, mediante el auto-reporte del niño y el de sus dos padres.

Los resultados mostraron que existió una baja correspondencia entre los reportes de depresión de los padres y de los hijos. Sin embargo, existió una alta correlación entre los reportes de la madre y del padre, lo cual sugirió que si bien la comunicación entre los padres sobre los problemas del hijo es alta, la comunicación con los propios niños no es apropiada. Kashani, Orvaschel, Burk, y Reid (1985) también evaluaron las diferencias en los reportes de padres y de niños de entre siete y 17 años respecto a la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y problemas de conducta. La comparación de los resultados mostró que hubo un bajo acuerdo entre la información otorgada por los padres y sus hijos. Mientras que los niños tendieron a reportar síntomas de depresión y ansiedad, sus padres tendieron a reportar la presencia de conductas oposicionistas y problemas de atención.

Como se esperaría, la falta de coincidencia entre los reportes de los propios niños y de sus padres ha generado que los investigadores se pregunten por las razones para la falta de acuerdo. Se ha especulado que las diferencias en los reportes podrían deberse a características de los niños, como por ejemplo, su género, edad, tipo de problema que presenta o su estado de salud o bien que podrían deberse a factores propios del contexto, como el nivel socioeconómico o el funcionamiento familiar (Kolko & Kazdin, 1993). Por ejemplo, Verhulst y van der Ende (1992) estudiaron el grado de acuerdo en los reportes de niños y niñas y de sus padres sobre la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión. Sus resultados mostraron que el grado de acuerdo entre las niñas y sus padres fue mayor que en el caso de los niños. Kolko y Kazdin (1993) encontraron resultados similares, ya que las niñas concordaron en mayor grado con sus padres que los niños con respecto a su estado de salud. A diferencia de estos estudios, Achenbach et al. (1987) y Grills y Ollendick (2003) no encontraron diferencias significativas en el grado de acuerdo entre los niños, las niñas y sus padres respecto al grado de ansiedad experimentado por los niños. Los

resultados de Achenbach et al. (1987) mostraron, en cambio, diferencias en función de la edad de los niños, siendo que los más pequeños (i.e., entre seis y 11 años), tendieron a concordar en mayor grado con sus padres que los de mayor edad. Relativo a la clase de problemas psicológicos de los niños, Grills y Ollendick (2003) reportaron que cuando un niño presenta problemas emocionales como depresión o ansiedad la concordancia entre los reportes de los niños y de sus padres es más baja que cuando los problemas son de tipo conductual, como el ser agresivo o desobediente. Kashani et al. (1985) también sugirieron que cuando la conducta de los niños es fácilmente observable por los padres, los reportes de padres e hijos tiende a coincidir en mayor grado que cuando se trata de problemas emocionales o de sentimientos de los niños. Orvaschel et al. (1981) en un estudio con padres e hijos como informantes, encontraron resultados similares, ya que el acuerdo entre padres e hijos fue mayor cuando los problemas de los niños eran de tipo conductual, que cuando eran de tipo emocional. El estatus socioeconómico ha sido uno de los factores escasamente estudiados y se han reportado resultados contradictorios. Mientras que Tang (2002) reportó que padres e hijos con recursos tienden a coincidir en los síntomas que presentan los niños en mayor grado que los de escasos recursos, Kolko y Kazdin (1993) no encontraron diferencias en los reportes de las díadas en función del nivel socioeconómico. No obstante, encontraron que los niveles de concordancia en los reportes de niños y de sus padres fue mayor en el caso de familias integradas, que tenían un alto grado de cohesión y en las que había una buena comunicación entre sus miembros. Grills y Ollendick (2003) también encontraron que la dinámica familiar influyó el grado de coincidencia entre los reportes de padres e hijos, siendo que éste fue más bajo entre familias con altos grados de conflicto, cuyas estrategias de comunicación eran ineficientes o escasas. A pesar de estos resultados, no existe un acuerdo sobre las variables que influyen el que los niños y sus padres

tiendan a reportar aspectos diferentes relativos a la conducta o los síntomas que experimenta un niño.

En el Estudio 1 de este trabajo se obtuvo la magnitud y el orden de los puntajes LCU para una versión en español del SRRS para niños de primaria y se encontró que dichos puntajes asignados por jueces maestros de primaria mexicanos a los eventos vitales fueron muy similares tanto entre los propios maestros mexicanos (i.e., divididos en diferentes subgrupos en función de sus características sociodemográficas), como en relación con los jueces estadounidenses del estudio de Coddington (1972a) cuando construyó la escala. Este hallazgo sugirió que la versión en español del SRRS puede utilizarse confiablemente para medir el estrés vital que ha experimentado un niño, pero no mostró el poder predictivo de los eventos vitales sobre la salud entre niños mexicanos. En consecuencia, el propósito de Estudio 2 fue conocer el grado en que la acumulación de eventos vitales está relacionada con la salud física y psicológica de los niños. Un segundo propósito del estudio fue conocer el grado de concordancia entre los reportes de los propios niños y de sus padres, tanto respecto a los eventos vitales, como a los síntomas físicos y psicológicos experimentados por los niños. En los estudios anteriores en los que se midió la salud de los niños se emplearon principalmente escalas que miden síntomas psiquiátricos (e.g., Achenbach & Edelbrock, 1981; Derogatis, 1994; Jellinek, Murphy, & Burns, 1985). Dado que en este estudio el interés fue conocer la relación entre la acumulación de eventos vitales y la salud física y psicológica de los niños, se decidió emplear la Escala de Síntomas Físicos y Psicológicos (ESFP), desarrollada por Allen y Klein (1996). Debido a que no existía una versión en español de la ESFP, antes de llevar a cabo el estudio se procedió a analizar su estructura factorial con el fin de verificar que efectivamente mide dos dimensiones de salud, una física y otra psicológica.

En el Apéndice B se muestran los resultados de dicho análisis factorial y los coeficientes de confiabilidad que se obtuvieron para la versión en español de la ESFP.

MÉTODO

Participantes

Participaron voluntariamente 287 niños y 156 de sus padres (54.35%) de dos diferentes escuelas primarias, una pública y una privada. Las escuelas se seleccionaron por conveniencia. De los 287 niños, 189 estudiaban en la escuela pública (91 hombres y 98 mujeres). El 48.14% (91) de los padres de estos niños también participó en el estudio. Los niños estaban inscritos en uno de los seis grados de la primaria: 31 de primero, 25 de segundo, 33 de tercero, 36 de cuarto, 31 de quinto y 33 de sexto. La edad de los niños de la escuela pública varió entre los 6 y los 13 años, con una media de 9.12. Los 98 niños restantes estaban inscritos en la escuela privada (54 hombres y 44 mujeres). El 66.32% de sus padres (65) participó en el estudio. Al igual que en el caso de la escuela pública, los niños de la escuela privada cursaban uno de los seis grados de educación elemental: 17 de primero, 20 de segundo, 20 de tercero, 18 de cuarto, 11 de quinto y 12 de sexto. La edad de los niños de la escuela privada varió entre los 6 y los 12 años, con una media de 8.53. Del total de 287 niños, sólo los padres de 156 también participaron en el estudio. De éstos, 118 fueron las madres de los niños y 38 los padres. En la Tabla 19 se muestran las características tanto de la muestra total de 287 niños, como de las 156 díadas padres-niños.

Tabla 19

Características de la muestra total de 287 niños y las 156 díadas padre-niños

			Escuela Privada			Escuela Pública		
			1°-2°	3°-4°	5°-6°	1°-2°	3°-4°	5°-6°
Muestra total de niños (N = 287)	Niños	Número	19	20	15	30	32	29
		Media edad	6.79	8.9	10.93	6.83	9.25	11
	Niñas	Número	18	18	8	26	37	35
		Media edad	6.67	8.94	10.75	7	9.03	11.03
Muestra de niños cuyos padres participaron en el estudio (n = 156)	Niños	Número	14	13	8	12	11	18
		Media edad	6.86	9	11	6.33	9.45	11.28
	Niñas	Número	16	10	4	10	19	21
		Media edad	6.69	9.10	10.75	6.50	8.89	11.29

Instrumentos

Versión en español del SRRS para niños de primaria (Coddington, 1972a). Esta escala está integrada por 36 eventos vitales. Los niños indicaron si experimentaron o no cada uno de los eventos incluidos en la lista desde que inició el ciclo escolar (i.e., durante los seis meses anteriores). Los padres indicaron si sus hijos experimentaron cada uno de los eventos de la lista durante el mismo periodo de tiempo. Para calificar el SRRS, a cada evento experimentado se le asignó el puntaje LCU correspondiente, obtenido en el Estudio 1. La suma de puntajes LCU indica el grado de estrés vital al que estuvo sometido cada niño durante los últimos seis meses.

Versión en español de la Escala de Síntomas Físicos y Psicológicos (ESFP; Allen & Klein, 1996). Esta escala está integrada por 37 síntomas físicos y psicológicos que la experiencia clínica mostró a los autores que comúnmente experimentan los niños. Los niños indicaron en una escala de cinco puntos (1 = nunca; 5 = siempre) la frecuencia con la que experimentaron cada síntoma desde que inició el año escolar. Los padres señalaron la frecuencia con la que sus hijos experimentaron cada síntoma durante los últimos seis meses previos a responder el cuestionario. Antes de utilizar este cuestionario se realizaron por separado para las respuestas de los niños y de sus padres análisis factoriales para conocer la validez del instrumento y se computó su confiabilidad. Los resultados de estos análisis se muestran en el Apéndice B. En el caso de las respuestas dadas por los niños, de los 37 síntomas incluidos en la versión original de la ESFP, sólo 24 se agruparon en tres diferentes factores. Un primer factor denominado problemas de concentración y ansiedad (i.e., impotencia, distracción, dificultades para terminar una actividad, nerviosismo, irritabilidad) agrupó nueve reactivos y tuvo una alta consistencia interna ($\alpha = .79$). El segundo factor de síntomas psicósomáticos y depresión (i.e., tartamudeo, tensión muscular, sentimientos de rechazo, ganas de llorar) agrupó seis reactivos y su consistencia interna fue igual

a .74. El tercer factor de síntomas físicos (e.g., náuseas, gastritis, dolor de cabeza) agrupó nueve reactivos y tuvo una alta consistencia interna ($\alpha = .87$). La consistencia interna de los 24 reactivos fue de .87. En el caso de las respuestas dadas por los padres, 35 de los 37 reactivos se agruparon en tres factores. Estos tres factores fueron muy similares a los encontrados con las respuestas de los niños. Un primer factor, de ansiedad y depresión, similar al segundo encontrado con los niños, estuvo integrado por 14 reactivos y su confiabilidad fue de .91. El segundo factor agrupó 12 reactivos y se le llamó problemas de concentración y ansiedad. Este factor fue similar al primer factor encontrado con las respuestas de los niños. Su confiabilidad interna fue alta ($\alpha = .89$). El tercer factor, denominado síntomas físicos y problemas de sueño agrupó nueve reactivos y su confiabilidad también fue alta ($\alpha = .83$). Este tercer factor fue similar al tercero encontrado con los niños. La consistencia interna de los 35 reactivos del cuestionario fue también elevada ($\alpha = .97$) Los análisis factoriales mostraron que la versión en español de la ESFP es un instrumento confiable para medir la presencia de síntomas físicos y psicológicos entre niños.

Cuestionarios de Datos Personales. A los niños y a sus padres se les pidió información sobre el sexo, la edad, el año escolar actual y el promedio de calificaciones de los niños.

En el Apéndice C se incluyen los tres cuestionarios que fueron aplicados a los niños y a sus padres.

Procedimiento

La versión del SRRS que los niños contestaron fue traducida al inglés y retraducida al español por los mismos bilingües que participaron en el Estudio 1. La redacción de los reactivos y de las instrucciones se revisó por los mismos cinco jueces independientes, asegurándose de que

fueran comprensibles para niños de primaria. La ESFP fue traducida al español y retraducida al inglés por dos bilingües diferentes y cinco jueces distintos a los que participaron en el Estudio 1 verificaron el contenido semántico de las instrucciones y de los síntomas.

Se acudió a las escuelas y se solicitó la autorización de los directivos para trabajar con los niños de primaria y con sus padres. Una vez que se contó con el consentimiento de las autoridades escolares, se pidió el consentimiento de los padres para que sus hijos y ellos respondieran los cuestionarios. Se les aseguró que sus respuestas eran confidenciales y que no se proporcionaría información individual sobre los resultados del estudio ni a los maestros de los niños o a las autoridades escolares, ni a otros niños, por lo que sus respuestas no podrían influir el desempeño académico o social de los niños en la escuela. Se pidió tanto a los niños como a sus padres que respondieran el cuestionario de datos personales y las versiones en español del SRRS y de la ESFP. Dado que los niños más jóvenes (de primero, segundo y tercero de primaria) aún no dominaban por completo las habilidades de lecto-escritura necesarias para responder por sí mismos los cuestionarios, la aplicación de éstos se hizo mediante entrevistas individuales. Las entrevistas se llevaron a cabo de manera individual en un salón de la misma escuela a la que asistían los niños. La duración de la entrevista fue de aproximadamente 20 min. En cambio, a los niños de cuarto a sexto de primaria se les entregaron los cuestionarios en su salón de clases y se les pidió contestarlos. El investigador permaneció en el salón de clases durante todo el tiempo que tomó a los niños responder los cuestionarios (aproximadamente 30 min) y aclaró las dudas de los niños relativas a la forma de contestarlos. Tanto en la escuela pública como en la privada se aprovecharon fechas en las que los padres de familia asistieron a juntas escolares para solicitar su colaboración para responder los cuestionarios. Dado que no todos los padres de familia

acudieron a las juntas, únicamente se contó con cuestionarios de aquellos niños cuyos padres estuvieron presentes en las juntas y que colaboraron voluntariamente para responderlos.

RESULTADOS

Con fines de claridad y conforme con los dos propósitos del estudio, primero se presentan los resultados correspondientes a la relación existente entre experimentar eventos vitales y la salud y posteriormente se presentan los resultados correspondientes a la concordancia entre los reportes de niños y padres, tanto en el caso de los eventos vitales como de la presencia de síntomas físicos y psicológicos.

Relación entre eventos vitales y la salud de los niños

Del total de 287 niños que participaron en el estudio, sólo ocho reportaron no haber experimentado ningún evento vital en los últimos seis meses. En el caso de los 156 niños para los que se contó con el reporte de uno de los padres, cuatro reportaron no haber experimentado ningún evento. Respecto a la frecuencia con la que experimentaron los diferentes síntomas incluidos en la ESFP, todos los niños reportaron haber tenido algún síntoma en los últimos seis meses. En cambio, ocho padres reportaron que sus hijos no presentaron ni un solo síntoma físico o psicológico.

Para conocer el valor predictivo de los eventos vitales sobre la salud, se realizaron análisis de regresión múltiple tipo jerárquico por separado considerando las respuestas del total de niños participantes en el estudio ($N = 287$) y de los 156 niños para los que se contó con el reporte de algún padre. Además, también se analizaron las respuestas dadas por los padres de esos niños. En un primer paso de los análisis se incluyó como variable independiente a los puntajes LCU correspondientes a los eventos vitales reportados. En un segundo paso se incluyeron las variables escuela (pública o privada), sexo de los niños y grado escolar. Dado que el número de niños que estudiaba en la escuela privada fue pequeño ($n = 98$), se agrupó a los niños que estaban cursando

primer y segundo grado, tercero y cuarto o quinto y sexto de primaria. En el tercer paso de los análisis se incluyeron en la ecuación de regresión las interacciones de primer orden entre las variables demográficas y en el cuarto y último paso se incluyó la interacción triple (i.e., escuela x sexo x grado). La variable dependiente fue la frecuencia promedio de síntomas reportada por los niños o por sus padres.

En los tres análisis realizados, se encontró que los eventos vitales fueron un predictor confiable de la salud de los niños, mientras que las variables sexo, tipo de escuela y grado escolar, o sus interacciones no produjeron aumentos significativos en R^2 . En consecuencia, a continuación sólo se reportan los resultados del primer paso de los análisis de regresión en los que el único predictor incluido en la ecuación de regresión fueron los eventos vitales.

En el caso de la muestra global de niños se encontró que la regresión fue significativa $F(1, 285) = 24.32, p > .001; \beta = .28, t = 5.28, p < .001$, siendo que los puntajes LCU explicaron el 8% de la varianza. Los análisis de regresión realizados con las respuestas de los 156 niños y por separado con las respuestas de sus padres, también mostraron que el único predictor confiable de la salud fueron los puntajes LCU $F(1, 154) = 8.77, p > .01; \beta = .28, t = 3.41, p < .001$, en el caso de los niños y $F(1, 154) = 29.27, p > .001; \beta = .39, t = 5.26, p < .001$, en el caso de los padres. En el caso de los niños, los eventos vitales explicaron el 5% de la varianza, mientras que de acuerdo con el reporte de los padres, los eventos vitales explicaron el 16% de la varianza.

A pesar de que el sexo, el grado escolar y el tipo de escuela no aumentaron la predicción de los eventos vitales sobre la frecuencia de síntomas en la Tabla 20, se muestran las correlaciones obtenidas.

Dado que en el análisis factorial de la ESFP se encontró que los diferentes síntomas se agruparon en tres diferentes factores, problemas de concentración y ansiedad, síntomas

psicosomáticos y depresión y de síntomas físicos en la Tabla 20 se muestran las correlaciones obtenidas entre los puntajes LCU y los síntomas que se agruparon en cada uno de esos tres factores. Se muestran las correlaciones para la muestra global de niños y para las 156 díadas niños-padres.

Tabla 20

Coefficientes de correlación de Pearson entre los puntajes LCU y los puntajes en la ESFP en función de las variables sociodemográficas (género, grado escolar y tipo de escuela)

		ESFP			
		Puntaje Global	Falta de concentración ansiedad	Síntomas psicosomáticos depresión	Síntomas físicos
SRRS					
Niños (n = 76)	Auto-reporte	.04	.07	.03	.00
	Padres	.42**	.37**	.40**	.35**
Niñas (n = 80)	Auto-reporte	.37**	.33**	.34**	.28*
	Padres	.38**	.37**	.40**	.23*
1°-2° (n=52)	Auto-reporte	.32*	.26	.25	.26
	Padres	.55**	.50**	.53**	.48**
3°-4° (n = 53)	Auto-reporte	.14	.13	.17	.07
	Padres	.20	.23	.20	.09
5°-6° (n =51)	Auto-reporte	.24	.24	.26	.17
	Padres	.42**	.37**	.39**	.26
Privada (n =65)	Auto-reporte	.19	.07	.19	.20
	Padres	.31*	.24	.37**	.16
Pública (n = 91)	Auto-reporte	.31**	.36**	.36**	.10
	Padres	.47**	.46**	.43**	.38**

** $p < .01$.

* $p < .05$.

Como se puede observar en la Tabla 20, solamente algunas de las correlaciones entre el SRRS y el puntaje global en la ESFP y por factores resultaron significativas. En todos los casos, las correlaciones obtenidas con las respuestas de los padres fueron superiores a las correlaciones reportadas con las respuestas de los niños.

La Tabla 21 muestra que tanto en el caso de los niños como en el de los padres, los eventos vitales correlacionaron significativamente con los síntomas que conformaron los factores.

La única excepción fue en el caso del factor síntomas físicos cuando se consideró sólo a los 156 niños cuyos padres también participaron en el estudio. Los coeficientes de correlación encontrados siempre fueron de una magnitud menor en el caso de los reportes hechos por los propios niños que en el caso de los reportes hechos por sus padres. El factor de síntomas físicos (i.e., náuseas, gastritis, dolor de cabeza) fue el que tuvo las correlaciones más bajas con el estrés vital.

Tabla 21

Coeficientes de correlación de Pearson entre los puntajes LCU y los puntajes en la ESFP globales y en cada uno de sus tres factores

	SRRS		
	Niños N = 287	Niños n = 156	Padres n = 156
ESFP			
Puntaje global	.28**	.23**	.40**
Factores:			
Falta de concentración/ansiedad	.27**	.21**	.37**
Síntomas psicósomáticos/depresión	.25**	.23**	.40**
Síntomas físicos	.18**	.15	.29**

** $p < .01$.

Conforme las categorías sugeridas por Holmes (1978), se clasificó a los niños en tres niveles de estrés: con puntajes LCU menores a 100 (i.e., estrés bajo), con puntajes LCU entre 101 y 299 (i.e., estrés intermedio) y con puntajes LCU mayores a 300 (i.e., estrés alto). Mediante análisis de varianza simples se comparó la frecuencia de síntomas reportados por los 289 niños, por los 156 niños cuyos padres participaron en el estudio y por sus 156 padres, en función de su grado de estrés. El ANOVA con las respuestas de los 287 niños mostró que el grado de estrés tuvo un efecto significativo $F(2, 284) = 10.91, p > .001$. Pruebas post hoc de Tukey mostraron que los niños con grados bajo y mediano de estrés reportaron una frecuencia menor de síntomas

($\bar{x} = 1.52$ y 1.77 , respectivamente) que los niños con un alto grado de estrés ($\bar{x} = 2.02$). El análisis utilizando sólo las respuestas de los 156 niños mostró también un efecto significativo $F(2, 153) = 4.38, p > .05$, siendo que los niños con un alto grado de estrés reportaron una frecuencia de síntomas mayor ($\bar{x} = 2.07$) que los niños con bajo estrés ($\bar{x} = 1.59$). Los niños cuyo estrés fue intermedio ($\bar{x} = 1.93$) no difirieron de los otros dos grupos. Por último, el análisis de varianza considerando las respuestas de los padres mostró igualmente que el grado de estrés al que estuvieron sometidos los niños tuvo un efecto confiable $F(2, 153) = 7.90, p > .001$. De acuerdo con los reportes de los padres, los niños con un alto grado de estrés presentaron una mayor frecuencia de síntomas ($\bar{x} = 1.56$) que los niños cuyo estrés fue intermedio o bajo ($\bar{x} = 1.30$ y $.88$, respectivamente).

Concordancia entre las respuestas de niños y padres

Para analizar si padres e hijos tendieron a reportar el mismo número de eventos vitales y de síntomas de salud, al igual que se hizo en estudios anteriores (e.g., Johnston et al., 2003) se compararon mediante pruebas t las medias del número total de eventos y de síntomas reportados por cada uno. Además, para conocer la correspondencia entre los reportes de los niños y de sus padres, se calcularon coeficientes de correlación de Pearson entre el número de eventos vitales reportados por cada día y entre el número de síntomas también reportado por cada una de las días. Dado que la ocurrencia de síntomas se reportó en una escala de frecuencia de cinco puntos, para contabilizar el número de síntomas reportado por los niños y por sus padres, se consideró que un síntoma había sido reportado cuando el niño o su padre marcaron su ocurrencia con alguna frecuencia (i.e., respondieron que había sucedido siempre, frecuentemente o en ocasiones) y que no fue reportado cuando se señaló que ocurrió casi nunca o nunca.

Para conocer el grado de acuerdo entre dos informantes en comparación con la que se obtendría al azar comúnmente se utiliza el coeficiente Kappa (e.g., Cohen, 1960). No obstante, este coeficiente tiene la desventaja de que cuando los porcentajes del acuerdo esperado y observado son similares el índice resultante tiende a ser muy bajo y por lo tanto en esos casos no refleja el grado real de acuerdo entre los evaluadores (Feinstein & Cicchetti, 1990; Hasnain, Onishi, & Elstein, 2004). Cicchetti y Feinstein (1990) desarrollaron una corrección del coeficiente Kappa, llamada proporción de positivos (*Ppos*). La ventaja del índice *Ppos* es que elimina los resultados paradójicos de la obtención de bajos coeficientes Kappa en presencia de altos porcentajes de acuerdo observado. El índice *Ppos* proporciona un valor Kappa ajustado a los totales de categorías de datos nominales. El valor de *Ppos* se interpreta de la misma manera que el coeficiente Kappa. De acuerdo con Landis y Koch (1977) coeficientes mayores de .70 reflejan un grado confiable de acuerdo. Además de la obtención del índice *Ppos*, que muestra el grado de acuerdo global entre dos informantes, es factible analizar la dirección de los desacuerdos encontrados analizando la frecuencia con la que uno de los informantes reportó la ocurrencia de un evento, mientras que el otro no lo hizo.

Con fines de claridad, a continuación se presentan primero los datos correspondientes a las respuestas de las 156 parejas de padres e hijos en el SRRS y posteriormente se presentan los datos para la ESFP. En ambos casos, se presentan primero los datos relativos al número total de eventos y síntomas y los coeficientes de correlación entre el número de eventos y síntomas reportados por cada día y posteriormente se presentan los índices *Ppos* obtenidos y el análisis de los desacuerdos, tanto para la muestra global, como dividida en función del sexo, del grado escolar que estaban cursando los niños y del tipo de escuela (pública o privada) en la que estudiaban.

Número de eventos vitales según los reportes de los propios niños y los de sus padres en el SRRS

Para comparar el número de eventos vitales reportado por los 156 niños y por sus padres, se computaron pruebas t para muestras relacionadas, tanto para las 156 díadas en su conjunto, como subdivididas según el sexo, el grado escolar y el tipo de escuela de los niños. Se realizaron estas comparaciones utilizando pruebas t y no análisis de varianza, dado que el interés era comparar el número de eventos promedio reportado por los miembros de las díadas. No obstante, para evitar cometer el error Tipo I en cada familia de comparaciones, se aplicó la corrección de Bonferroni (Kepper, 1991) y consecuentemente el nivel de significancia se fijó en .03 cuando se realizaron dos pruebas t (i.e., al comparar las medias del número de eventos según el sexo y el tipo de escuela) y en .02 cuando se realizaron tres pruebas t (i.e., en función del grado escolar de los niños). De esa forma se garantizó que el nivel de significancia en cada comparación no fuese mayor a .05.

Cuando se consideró el número de eventos vitales reportados por los 156 niños y por sus padres se encontró una diferencia estadísticamente significativa $t(155) = 11.45, p < .001$, siendo que los niños reportaron la ocurrencia de un mayor número de eventos ($\bar{x} = 5.74, DE = 3.00$) que sus padres ($\bar{x} = 2.42, DE = 2.24$).

Respecto al sexo de los niños se encontró que ambos, niñas ($\bar{x} = 5.68, DE = 3.17$) y niños ($\bar{x} = 5.80, DE = 2.82$) reportaron haber experimentado un mayor número de eventos vitales, en comparación con sus respectivos padres ($\bar{x} = 2.42, DE = 2.21$ y $\bar{x} = 2.42, DE = 2.29$, respectivamente). Las diferencias entre las medias fueron confiables $t(79) = 8.14, p < .001$, para las díadas niñas-padres y $t(75) = 7.99, p < .001$, para las díadas niños-padres.

Relativo al grado escolar, los resultados mostraron que en todos los casos los niños reportaron un mayor número de eventos ($\bar{x} = 5.23, DE = 3.68$; $\bar{x} = 5.83, DE = 2.38$; $\bar{x} = 6.16, DE = 2.77$, respectivamente para los niños de primero y segundo, de tercero y cuarto y de quinto y sexto grado) que sus padres ($\bar{x} = 2.83, DE = 2.42$; $\bar{x} = 2.21, DE = 1.98$; $\bar{x} = 2.24, DE = 2.29$, respectivamente). En los tres casos las diferencias encontradas fueron significativas $t(51) = 3.73, p < .001$, para las díadas de primero y segundo grado, $t(52) = 10.22, p < .001$, para las díadas de tercero y cuarto grado y $t(50) = 8.77, p < .001$, para las díadas de quinto y sexto.

En función del tipo de escuela a la que asistían los niños, privada o pública, también se encontró que los niños reportaron confiablemente una mayor número de eventos que los que sus padres reportaron por ellos $t(64) = 11.26, p < .001$ y $t(90) = 6.46, p < .001$, respectivamente. En el caso de las díadas niños-padres de la escuela privada, los niños reportaron un promedio de 6.71 eventos ($DE = 2.88$), mientras que sus padres reportaron que sus hijos experimentaron un promedio de 2.29 ($DE = 2.18$). En el caso de las díadas niños-padres de la escuela pública, mientras que los niños reportaron haber experimentado en promedio 5.04 ($DE = 2.90$) eventos, la media de eventos reportada por sus padres fue igual a 2.52 ($DE = 2.29$).

Para conocer la correspondencia en el número de eventos vitales reportado por cada una de las 156 díadas, se computaron correlaciones de Pearson. El grado de correlación entre el número de eventos reportado por los 156 niños y por sus padres fue insignificante $r(156) = .07, p > .05$. Lo mismo fue cierto cuando se consideró por separado el sexo, el grado escolar y el tipo de escuela de los niños, ya que la magnitud de las correlaciones encontradas varió entre .03 y .31. Únicamente dos de estas correlaciones fueron confiables: en el caso de los padres y de los niños que estaban cursaban el tercero o cuarto grado de primaria $r(53) = .31, p < .05$ y en el caso de los padres y los niños que estaban inscritos en la escuela privada $r(65) = .25, p < .05$. A pesar de

que estos dos coeficientes de correlación fueron estadísticamente significativos, su magnitud fue muy baja.

Grado de acuerdo entre padres e hijos respecto a la ocurrencia de los eventos vitales

Los resultados de los análisis presentados antes mostraron que niños y padres no acordaron respecto a los sucesos que le acontecieron al niño seis meses atrás. En consecuencia, se procedió a computar los coeficientes *Ppos* para conocer el grado de acuerdo entre las díadas en cada uno de los 36 eventos vitales incluidos en el SRRS. También se calcularon las frecuencias de acuerdo y de desacuerdo para cada evento vital.

En la Tabla 22 se muestran los 36 eventos incluidos en el SRRS y su correspondiente coeficiente *Ppos*. En las dos siguientes columnas de la tabla, se muestra, respectivamente, el número de díadas que coincidió en que el evento no ocurrió (i.e., columna marcada con los signos --) y en que el evento ocurrió (i.e., ++). Estas dos columnas muestran acuerdo entre padres e hijos. En las dos últimas columnas de la tabla se muestran los casos en los que hubo desacuerdos entre padres e hijos, es decir se presenta el número de díadas en la que uno de los dos informantes reportó la ocurrencia del evento, mientras que el otro no lo hizo. En la penúltima columna de la tabla se muestran los casos en los que de acuerdo con el reporte del niño el evento no ocurrió, pero conforme el reporte del padre el niño experimentó dicho evento (i.e., columna marcada +-). En la última columna se presenta el número de ocasiones en las que mientras que el niño reportó la ocurrencia de un evento, el padre no lo hizo (i.e., +-). Los eventos vitales están ordenados en la tabla en función de la magnitud de los coeficientes *Ppos* de mayor a menor.

Como muestra la Tabla 22, sólo hubo dos eventos, disminución en el número de discusiones entre los padres e inicio de un nuevo grado escolar, en los que los coeficientes *Ppos*

encontrados fueron menores a .70, reflejando un grado bajo de acuerdo entre los dos informantes. En ambos casos, más niños que padres reportaron su ocurrencia. Para el resto de los 34 eventos, los coeficientes *Ppos* mostraron un grado de acuerdo confiable. A pesar de que el acuerdo fue confiable para la mayoría de los eventos, en las dos últimas columnas de la tabla se puede apreciar que los desacuerdos entre padres e hijos se debieron a que en general más niños que padres reportaron la ocurrencia de los diferentes eventos, siendo más notable, además de los dos eventos ya mencionados, en los casos en los que los coeficientes fueron iguales o menores a .80: obtención de un logro personal sobresaliente, cambio en la ocupación de uno de los padres que implica pasar menos tiempo en la casa, disminución en el número de discusiones del niño con sus padres, cambio en la aceptación del niño por sus compañeros, el niño se convierte en miembro activo de una iglesia y cambio en la situación financiera de los padres. No obstante, aunque con un nivel de acuerdo confiable, hubo cinco eventos en los que un mayor número de padres que de niños reportó su ocurrencia: encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre, asistencia a la escuela por primera vez, pérdida del trabajo por alguno de los padres, nacimiento de un hermano o hermana y aumento en el número de discusiones del niño con sus padres.

Tabla 22

Coefficiente *Ppos* para el grado de acuerdo entre los reportes de las 156 díadas de padres e hijos sobre los eventos vitales experimentados por los niños

No. Evento	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
COEFICIENTES CONFIABLES					
2. Muerte del padre o de la madre	1.00	156	0	0	0
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre	1.00	155	0	1	0
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos	1.00	155	0	0	1
24. Inicio en el uso de drogas o bebidas alcohólicas	0.99	152	0	2	2
25. Asistencia a la escuela por primera vez	0.98	151	0	5	0
7. Madre o padre se vuelven a casar	0.98	150	0	3	3
18. Descubrimiento de ser un hijo adoptado	0.97	148	0	3	5
35. El niño(a) tiene un deformidad congénita visible	0.97	147	1	0	8
36. Reprobación de un grado escolar	0.97	144	4	3	5
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada	0.97	147	0	3	6
31. Adquisición de una deformidad visible	0.97	147	0	1	8
9. Divorcio de los padres	0.96	144	1	2	9
14. Suspensión de la escuela	0.96	142	3	3	8
27. Muerte de un hermano o hermana	0.96	144	0	2	10
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre	0.96	141	3	9	3
11. Separación de los padres	0.96	138	6	5	7
1. Nacimiento de un hermano o hermana	0.94	131	7	11	7
21. Cambio de escuela	0.94	129	11	6	10
30. Un hermano o hermana se va de la casa	0.94	136	2	1	17
22. Muerte de un amigo cercano	0.93	136	1	5	14
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño	0.93	135	0	1	20
16. Enfermedad grave de alguno de los padres que requiere hospitalización	0.92	130	2	7	17
5. Enfermedad seria de un hermano o de una hermana que requirió hospitalización	0.91	130	0	4	22
29. Muerte de un abuelo o una abuela	0.91	122	9	9	16
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres	0.89	124	2	9	21
8. Algún adulto (e.g. abuelos, tíos, etc.) llegó a vivir en la casa donde habita el niño	0.86	114	6	6	30
15. Aumento en el número de discusiones del niño con sus padres	0.86	116	3	23	14
3. La madre empieza a trabajar	0.85	105	14	14	23
32. Obtención de un logro personal sobresaliente	0.77	94	6	12	44
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de casa	0.77	91	10	19	36
23. Disminución en el número de discusiones del niño (a) con sus padres	0.75	93	2	7	54
4. Cambio en la aceptación del niño(a) por sus compañeros	0.75	90	6	8	52
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de la iglesia	0.74	88	6	8	54
28. Cambio en la situación financiera de los padres (aumento o disminución del ingreso familiar)	0.70	77	12	14	53
COEFICIENTES NO CONFIABLES					
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	0.60	63	10	6	77
17. Inicio de un nuevo grado escolar	0.38	32	21	12	91

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del evento; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del evento; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del evento y el padre reportó su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del evento y el padre reportó que no ocurrió.

Se computaron coeficientes *Ppos* para las díadas niños-padres subdividiendo a la muestra de 156 niños en función de su sexo, grado escolar y tipo de escuela. En la Tabla 23, en el mismo formato que en la tabla anterior, se muestran únicamente los eventos vitales cuyo coeficiente *Ppos* fue menor a .70 para cada submuestra. En el Apéndice D, no obstante, se incluyen las tablas que muestran los coeficientes *Ppos* y el acuerdo y desacuerdo entre niños y padres para cada uno de los 36 eventos vitales del SRRS, en función de las tres variables sociodemográficas.

Como muestra la Tabla 23, al igual que sucedió cuando se consideró a la muestra global de 156 niños, independientemente del sexo, del grado escolar o del tipo de escuela, los eventos disminución en el número de discusiones entre los padres e inicio de un nuevo grado escolar tuvieron coeficientes *Ppos* menores a .70. La única excepción fue en el caso de los niños de primer y segundo grado y sus respectivos padres, para quienes el acuerdo en el primer evento fue mayor a .70. En el caso de los niños y de los estudiantes de la escuela pública esos dos eventos fueron los únicos con coeficientes menores a .70.

A continuación se mencionan los eventos que, además de los dos ya mencionados, tuvieron coeficientes menores de .70 para las diferentes submuestras. Las niñas y sus padres no acordaron en el reporte de otros dos eventos (cambio en la situación financiera de los padres y cambio en la aceptación de la niña por sus compañeros). Las parejas de los niños de primero y segundo grado y sus padres, no acordaron al reportar si el evento cambio en la situación financiera de los padres ocurrió. Los niños de primero y segundo grado tampoco acordaron con sus padres respecto a otros dos eventos: el niño se convierte en miembro activo de la iglesia y cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de la casa. Las díadas de niños de tercer y cuarto de primaria y sus padres, en cambio, tuvieron un acuerdo no confiable en dos eventos (disminución en el número de discusiones del niño con sus padres y

cambio en la aceptación del niño por sus compañeros). Los niños de quinto y sexto de primaria y sus padres tuvieron un bajo grado de acuerdo respecto al evento obtención de un logro personal sobresaliente. Relativo a la escuela en la que estaban inscritos los niños, los de la escuela privada mostraron un bajo grado de acuerdo con sus padres en el reporte de dos eventos: cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de la casa y cambio en la situación financiera de los padres. En todos los casos, un número mayor de niños reportó la ocurrencia de los eventos, en comparación con sus padres.

Tabla 23

Coeficientes *Ppos* y número de niños y sus padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los eventos vitales del SRRS. Se muestran los eventos cuyo coeficiente *Ppos* fue menor a .70 para las díadas padres-niños en función del sexo, el grado escolar y el tipo de escuela de los niños

No. Evento	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
SEXO					
NIÑOS					
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	0.52	25	5	3	43
17. Inicio de un nuevo grado escolar	0.35	14	10	6	46
NIÑAS					
28. Cambio en la situación financiera de los padres (aumento o disminución ingreso)	0.69	40	4	10	26
4. Cambio en la aceptación del niño por sus compañeros	0.68	38	6	5	31
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	0.67	38	5	3	34
17. Inicio de un nuevo grado escolar	0.41	18	11	6	45
GRADO ESCOLAR					
PRIMERO Y SEGUNDO					
28. Cambio en la situación financiera de los padres (aumento o disminución ingreso)	0.68	25	3	6	18
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de la iglesia	0.67	26	0	4	22
13. Cambio en ocupación del padre que implica aumento en el tiempo fuera de casa	0.62	22	3	10	17
17. Inicio de un nuevo grado escolar	0.56	18	6	9	19
TERCERO Y CUARTO					
23. Disminución en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	0.67	26	1	1	25
4. Cambio en la aceptación del niño por sus compañeros	0.66	25	2	4	22
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	0.60	20	6	0	27
17. Inicio de un nuevo grado escolar	0.32	9	5	3	36
QUINTO Y SEXTO					
32. Obtención de un logro personal sobresaliente	0.56	19	2	3	27
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	0.47	15	2	3	31
17. Inicio de un nuevo grado escolar	0.22	5	10	0	36
TIPO DE ESCUELA					
PÚBLICA					
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	0.61	38	4	3	46
17. Inicio de un nuevo grado escolar	0.42	22	9	10	50
PRIVADA					
13. Cambio en ocupación del padre que implica aumento en el tiempo fuera de casa	0.69	30	8	8	19
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	0.60	25	6	3	31
28. Cambio en la situación financiera de los padres (aumento o disminución ingreso)	0.60	25	6	4	30
17. Inicio de un nuevo grado escolar	0.32	10	12	2	41

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del evento; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del evento; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del evento y el padre su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del evento mientras que el padre no lo hizo.

Para conocer si padres y niños difirieron en el número de eventos que reportaron en función del sexo, del grado escolar y del tipo de escuela de los niños, se realizó un análisis de varianza múltiple de 2 (sexo) X 3 (grado escolar) X 2 (tipo de escuela), en el que las variables dependientes fueron el número de eventos reportados por los niños y por los padres. Los resultados mostraron que existió un efecto principal multivariado del tipo de escuela $F(2, 143) = 9.38, p < .001$. La interacción entre escuela y grado escolar también fue significativa $F(2, 144) = 22.15, p < .001$. Las pruebas univariadas mostraron que el efecto del tipo de escuela fue significativo para el número de eventos reportados por los niños $F(1, 144) = 14.39, p < .001$, pero no para el número reportado por sus padres $F(1, 144) = 1.70, p > .05$. Los niños de la escuela privada reportaron haber experimentado un mayor número de eventos ($\bar{x} = 6.34$) que los de la escuela pública ($\bar{x} = 4.63$). La interacción escuela por grado también fue significativa en el caso de los niños $F(2, 144) = 19.21, p < .001$, pero no para sus padres $F(2, 144) = 1.83, p > .05$. Para analizar los efectos de la interacción, se realizaron dos análisis de varianza simples, uno para los niños de la escuela privada y otro para los niños de la escuela pública, comparando la media del número de eventos reportados en función del grado escolar de los niños. Se encontró que en ambos casos hubo efectos significativos debidos al grado escolar $F(2, 62) = 3.99, p < .05$ y $F(2, 88) = 23.37, p > .05$, respectivamente. Pruebas post hoc de Tukey mostraron que en el caso de los niños de la escuela privada, los niños de primer y segundo año reportaron haber experimentado un mayor número de eventos vitales ($\bar{x} = 7.41$) que los de quinto y sexto ($\bar{x} = 4.75$). El número de eventos reportados por los niños de tercero y cuarto grado ($\bar{x} = 6.86$) no difirió del de los otros dos grupos. En el caso de los niños de la escuela pública, los de primer y segundo grado ($\bar{x} = 2.20$) reportaron un menor número de eventos vitales que los de tercero y

cuarto ($\bar{x} = 5.09$) y los de quinto y sexto ($\bar{x} = 4.70$). La diferencia entre estos últimos dos grupos también fue confiable.

Los resultados del MANOVA mostraron que si bien hubo diferencias en el número de eventos que reportaron los niños en función de la escuela a la que asistían y en función de su grado escolar, los padres de los niños no difirieron en el número de eventos que reportaron en función del sexo, de la escuela o del grado escolar de sus hijos. Consecuentemente, no se computaron los coeficientes *Ppos* para el número de eventos reportados por niños y padres en función de la interacción de las tres variables.

Número de síntomas físicos y psicológicos según los reportes de los propios niños y los de sus padres en la ESFP

La comparación del número de síntomas físicos y psicológicos reportados por padres e hijos se realizó mediante pruebas *t* para muestras relacionadas, tanto para las 156 díadas en su conjunto, como subdivididas según el sexo, el grado escolar y el tipo de escuela de los niños. Al igual que se hizo en el caso del número de eventos vitales, se aplicó la corrección de Bonferroni para evitar cometer el error Tipo I en las familias de comparaciones. Así, el nivel de significancia se fijó en .03 cuando se realizaron dos pruebas *t* (i.e., al comparar las medias del número de síntomas según los niños y sus padres, según el sexo y el tipo de escuela de los niños) y en .02 cuando se realizaron tres pruebas *t* (i.e., en función del grado escolar de los niños).

Los 156 niños reportaron un número promedio mayor de síntomas ($\bar{x} = 10.61$, $DE = 6.96$) que sus padres ($\bar{x} = 7.29$, $DE = 6.15$), $t(155) = 4.79$, $p < .001$. En función del sexo también se encontraron diferencias confiables en el número de síntomas reportados por niños y niñas y por sus padres $t(75) = 2.33$, $p < .03$ y $t(79) = 4.41$, $p < .001$, respectivamente. Ambos, niños ($\bar{x} =$

10.12, $DE = 6.23$) y niñas ($\bar{x} = 11.06$, $DE = 7.59$) reportaron haber tenido un mayor número de síntomas, que sus padres ($\bar{x} = 7.84$, $DE = 6.01$ y $\bar{x} = 6.76$, $DE = 6.28$, respectivamente).

Respecto al grado escolar, los resultados mostraron que únicamente los niños de tercero y cuarto grado reportaron confiablemente un mayor número de síntomas $t(52) = 4.87$, $p < .001$ ($\bar{x} = 12.43$, $DE = 6.31$) que sus padres ($\bar{x} = 7.19$, $DE = 6.30$). Aunque los niños de primero y segundo grado y los de quinto y sexto tendieron a reportar que sufrieron más síntomas que los que reportaron sus padres por ellos ($\bar{x} = 9.71$, $DE = 7.11$ y $\bar{x} = 7.63$, $DE = 6.34$, para las díadas niños-padres de primer y segundo grado y $\bar{x} = 9.61$, $DE = 7.20$ y $\bar{x} = 7.04$, $DE = 5.92$, para las díadas de quinto y sexto año), estas diferencias no fueron confiables $t(51) = 1.66$, $p > .02$ y $t(51) = 2.06$, $p > .02$, para las díadas de tercero y cuarto grado y, para las díadas de quinto y sexto.

En función del tipo de escuela (privada o pública) de los niños, también se encontró que los niños reportaron confiablemente haber tenido un mayor número de síntomas que los que sus padres reportaron que tuvieron $t(64) = 3.72$, $p < .001$, en el caso de la escuela privada y $t(90) = 3.20$, $p < .01$, en el caso de la escuela pública. En el caso de las díadas niños-padres de la escuela privada, los niños reportaron un promedio de 11.32 síntomas ($DE = 6.44$), mientras que sus padres reportaron que sus hijos tuvieron en promedio 7.68 ($DE = 5.75$) síntomas. Los niños de la escuela pública reportaron un promedio de 10.09 ($DE = 7.30$) síntomas, en cambio la media de síntomas de acuerdo con sus padres fue de 7.01 ($DE = 6.45$).

Se computaron correlaciones de Pearson para conocer el grado en que cada uno de los 156 niños y su respectivos padres tendieron a reportar el mismo número de síntomas y por separado para las díadas según el sexo, el grado escolar y el tipo de escuela de los niños. Los resultados mostraron que los reportes de ambos informantes no correlacionaron confiablemente $r = .13$, $p > .05$ entre las 156 díadas de informantes. Las correlaciones entre las díadas padre-hijo en función

del sexo, del grado escolar y del tipo de escuela tampoco fueron significativas y variaron entre .04 y .23. Las correlaciones más bajas que se encontraron fueron entre las díadas varones-padres y niños de quinto y sexto y sus padres $r = .04$ y $.09$, respectivamente. En orden de magnitud, el resto de las correlaciones fueron iguales a .23, .22, .17, .11 y .10, respectivamente para las díadas de niños de tercero y cuarto grado, niñas, estudiantes de la escuela privada, estudiantes de la escuela pública y niños de primer y segundo grado.

Grado de acuerdo entre padres e hijos respecto al número de síntomas físicos y psicológicos

Los resultados de los análisis presentados antes mostraron que en general existió una tendencia por parte de los niños ha reportar la ocurrencia de un mayor número de síntomas en comparación con sus padres y que el número de síntomas reportados por ambos informantes no correlacionó. Consecuentemente, se procedió a computar mediante coeficientes P_{pos} el grado de acuerdo existente entre los niños y sus padres en cada uno de los 37 síntomas incluidos en la ESFP.

En la Tabla 24 se muestran los 37 síntomas de la ESFP y su correspondiente coeficiente P_{pos} . En las dos siguientes columnas de la tabla, se muestran los casos de acuerdo, es decir cuando ambos informantes coincidieron en que el niño no presentó el síntoma (i.e., --) y cuando hubo coincidencia en la ocurrencia del síntoma (i.e., ++). En las dos últimas columnas de la tabla se muestran los casos en los hubo desacuerdos entre padres e hijos, es decir se muestran los casos en los que mientras uno de los dos informantes reportó que el síntoma se presentó, el otro no lo hizo (i.e., columnas marcadas +- y -+). El primer símbolo se refiere siempre a los reportes hechos por los niños, mientras que el segundo se refiere a los reportes de los padres, así +- indica

que los niños reportaron tener un síntoma, pero sus padres no lo hicieron. Los síntomas están ordenados en la tabla en función de la magnitud de los coeficientes P_{pos} , de mayor a menor.

Tabla 24

Coeficiente P_{pos} para el grado de acuerdo entre los reportes de las 156 díadas de padres e hijos sobre los síntomas experimentados por los niños

No. Síntoma	P_{pos}	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
COEFICIENTES CONFIABLES					
6. Tener taquicardias	0.93	134	3	6	13
18. Tartamudear	0.88	121	3	11	21
15. Sentir que le falta el aire	0.88	120	2	11	23
8. Tener tensión muscular o tics	0.87	118	3	12	23
3. Estar estreñido	0.86	115	5	20	16
11. Tener insomnio	0.84	107	9	4	36
7. Tener dolores frecuentes en alguna parte del cuerpo	0.84	106	9	15	26
17. Rechinar los dientes	0.83	108	5	17	26
35. Tener risa nerviosa	0.82	105	5	15	31
5. Sufrir de gastritis	0.82	102	8	6	40
32. Tener sentimientos de rechazo todo el tiempo	0.80	100	7	21	28
4. Sentir náuseas	0.80	98	9	8	41
19. Tener ganas incontrolables de llorar o incapacidad para llorar	0.79	95	10	22	29
23. Sentir mareos o debilidad	0.79	96	8	11	41
25. Estar deprimido	0.78	97	5	14	40
28. Sentirse abrumado o incapaz de competir por lo que quiere	0.78	95	8	22	31
36. Creer que se tiene una carencia de amigos	0.78	95	8	15	38
29. Sentir que no puede iniciar una tarea	0.78	97	4	6	49
10. Tener un exceso de apetito	0.77	87	17	16	36
20. Sentirse ansioso	0.76	92	7	23	34
9. Tener falta de apetito	0.75	82	19	28	27
22. Sentirse preocupado	0.74	85	12	22	37
16. Tener la boca o la garganta secas	0.74	89	4	13	50
2. Sufrir de diarrea	0.74	83	14	29	30
30. Mostrar excitabilidad, sobresalto o mucha inquietud	0.73	82	12	20	42
12. Despertarse a la mitad de la noche	0.72	82	11	15	48
27. Tener un estado general de enojo o cólera	0.72	80	13	37	26
14. Sentirse cansado	0.71	80	12	23	41
24. Mostrar irritabilidad o facilidad de alterarse	0.71	77	16	27	36
34. Tener dificultades para terminar una actividad	0.71	78	14	31	33
37. Incapacidad para terminar una tarea asignada	0.70	78	11	36	31
COEFICIENTES NO CONFIABLES					
21. Sentirse nervioso	0.69	77	9	34	36
26. Estar distraído	0.69	67	28	35	26
13. Tener pesadillas	0.68	75	12	13	56
33. Tener problemas para concentrarse	0.66	65	25	35	31
31. Estar excesivamente aburrido	0.65	65	20	21	50
1. Tener dolor de cabeza	0.56	48	33	43	32

Como muestra la Tabla 24, hubo seis síntomas con coeficientes *Ppos* menores a .70. En el caso de tres de éstos (sentirse nervioso, tener pesadillas y estar excesivamente aburrido) un mayor número de niños reportó sufrirlos, en comparación con sus padres. No obstante, en el caso de los otros tres (estar distraído, tener problemas para concentrarse y tener dolores de cabeza) un mayor número de padres reportó su ocurrencia. En el resto de los 31 síntomas se encontró que el grado de acuerdo entre padres e hijos fue confiable. Para la mayoría de estos últimos síntomas un mayor número de niños que de padres reportó su ocurrencia. La excepción fue en el caso de tres síntomas: estar estreñado, tener un estado general de enojo o cólera e incapacidad para terminar una tarea asignada, para los que más padres que niños reportaron su ocurrencia.

Se computaron coeficientes *Ppos* para las díadas niños-padres subdividiendo a la muestra de 156 niños en función de su sexo, grado escolar y tipo de escuela. En la Tabla 25, en el mismo formato que en la tabla anterior, se muestran únicamente los eventos vitales cuyo coeficiente *Ppos* fue menor a .70 para cada submuestra. En el Apéndice E se incluyen las tablas que muestran los coeficientes *Ppos* y el acuerdo y desacuerdo entre niños y padres para cada uno de los 37 síntomas de la ESFP, en función de las tres variables sociodemográficas.

Como muestra la Tabla 25, relativo al sexo de los niños, se encontró que hubo 12 síntomas con coeficientes menores a .70 para las díadas de los varones y sus padres, mientras que sólo hubo siete síntomas en los que el acuerdo no fue confiable para las díadas niñas-padres. Consecuentemente, las niñas coincidieron en mayor grado que los niños con sus padres. En el caso de los varones, en ocho de los 12 síntomas, un mayor número de padres reportó su ocurrencia (sentirse ansioso, tener un estado general de enojo o cólera, estar estreñado, incapacidad para terminar una tarea asignada, estar distraído, tener dificultades para terminar una tarea, tener problemas para concentrarse y tener dolores de cabeza). En el caso de las díadas

niñas-padres, para todos los síntomas con coeficientes menores a .70 un mayor número de niñas que de padres reportó su ocurrencia.

Tabla 25

Coeficiente *Ppos* para el grado de acuerdo entre los reportes de las 156 díadas de padres e hijos sobre los síntomas experimentados por los niños con coeficientes menores de .70

No. Síntoma	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
SEXO					
NIÑOS					
20. Sentirse ansioso	0.69	44	3	22	17
14. Sentirse cansado	0.69	37	6	10	23
27. Tener un estado general de enojo o cólera	0.69	35	9	23	9
2. Sufrir de diarrea	0.69	37	5	15	19
13. Tener pesadillas	0.64	34	4	7	31
3. Estar estreñido	0.62	61	1	66	8
37. Incapacidad para terminar una tarea asignada	0.62	31	7	23	15
26. Estar distraído	0.61	27	15	20	14
34. Tener dificultades para terminar una actividad	0.61	30	7	20	19
33. Tener problemas para concentrarse	0.60	27	13	22	14
31. Estar excesivamente aburrido	0.59	27	12	11	26
1. Tener dolor de cabeza	0.54	23	14	25	14
NIÑAS					
30. Mostrar excitabilidad, sobresalto o mucha inquietud	0.69	41	8	10	24
31. Estar excesivamente aburrido	0.69	38	4	7	15
22. Sentirse preocupado	0.68	39	12	13	17
21. Sentirse nervioso	0.67	38	7	11	14
12. Despertarse a la mitad de la noche	0.66	38	3	8	21
27. Tener un estado general de enojo o cólera	0.60	45	6	8	26
1. Tener dolor de cabeza	0.58	25	4	13	16
GRADO ESCOLAR					
PRIMERO-SEGUNDO GRADO					
23. Sentir mareos o debilidad	0.69	33	0	14	15
30. Mostrar excitabilidad, sobresalto o mucha inquietud	0.68	24	5	8	15
1. Tener dolor de cabeza	0.67	20	12	10	10
9. Tener falta de apetito	0.65	21	8	13	10
12. Despertarse a la mitad de la noche	0.64	22	5	7	18
14. Sentirse cansado	0.63	22	4	8	18
31. Estar excesivamente aburrido	0.59	19	7	9	17

Tabla 25 (Continuación)

No. Síntoma	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
GRADO ESCOLAR					
TERCERO-CUARTO GRADO					
16. Tener la boca o la garganta secas	0.69	27	2	4	20
21. Sentirse nervioso	0.67	24	5	14	10
26. Estar distraído	0.67	22	9	9	13
31. Estar excesivamente aburrido	0.64	22	6	3	22
22. Sentirse preocupado	0.63	21	7	8	17
24. Mostrar irritabilidad o facilidad de alterarse	0.62	20	8	8	17
34. Dificultades para terminar una actividad.	0.61	23	1	13	16
28. Sentirse abrumado o incapaz de competir por lo que quiere.	0.56	32	0	7	44
13. Tener pesadillas	0.55	19	3	4	27
33. Tener problemas para concentrarse	0.54	16	10	12	15
37. Incapacidad para terminar una tarea asignada	0.53	17	6	12	18
1. Tener dolor de cabeza	0.45	12	12	17	12
QUINTO-SEXTO GRADO					
21. Sentirse nervioso	0.68	25	3	10	13
26. Estar distraído	0.68	21	10	11	9
1. Tener dolor de cabeza	0.55	16	9	16	10
TIPO DE ESCUELA					
ESCUELA PÚBLICA					
37. Incapacidad para terminar una tarea asignada	0.68	44	6	21	20
24. Mostrar irritabilidad o facilidad de alterarse	0.68	44	5	16	26
33. Tener problemas para concentrarse	0.63	37	11	24	19
1. Tener dolor de cabeza	0.59	32	14	29	16
ESCUELA PRIVADA					
16. Tener la boca o la garganta secas	0.68	32	3	5	25
26. Estar distraído	0.65	23	17	14	11
13. Tener pesadillas	0.61	25	8	4	28
21. Sentirse nervioso	0.54	23	3	20	19

Respecto al tipo de escuela de los niños, la Tabla 25 muestra que en el caso de los niños de la escuela pública hubo cuatro síntomas con un acuerdo no confiable, mientras que para los de la escuela privada hubo seis síntomas. Así, los niños de la escuela pública coincidieron en mayor grado con sus padres que los de la escuela privada. En tres de los cuatro síntomas con bajos coeficientes en el caso de los niños-padres de la escuela pública (incapacidad para terminar una tarea asignada, tener problemas para concentrarse y tener dolores de cabeza) un mayor número de

padres mencionó que sus hijos los habían sufrido. En el caso de las díadas niños-padres de la escuela privada, sólo en dos casos (estar distraído y sentirse nervioso) un mayor número de padres reportó su ocurrencia.

Relativo al grado escolar, hubo siete, doce y tres síntomas con coeficientes menores a .70, respectivamente para las díadas niños-padres de primer y segundo grado, de tercero y cuarto y de quinto y sexto. Por lo que el grado de acuerdo fue mayor para las díadas de quinto y sexto grado, seguidas por las de primero y segundo y las de tercero y cuarto fueron las que menos acordaron. Un mayor número de padres que de niños reportó la ocurrencia de ciertos síntomas: tener falta de apetito (niños de primero y segundo), estar excesivamente aburrido (niños de tercero y cuarto) y tener dolores de cabeza (niños de tercero y cuarto y de quinto y sexto). Para el resto de los síntomas un mayor número de niños que de sus padres mencionó que lo había experimentado.

Para conocer si padres y niños difirieron en el número de síntomas que reportaron en función del sexo, del grado escolar y del tipo de escuela de los niños, se realizó un análisis de varianza múltiple de 2 (sexo) X 3 (grado escolar) X 2 (tipo de escuela), en el que las variables dependientes fueron el número de síntomas reportados por los niños y por sus padres. El único efecto confiable que se encontró fue la interacción de escuela por grado $F_{Wilks}(4, 286) = 6.79, p < .001$. Los análisis univariados mostraron que dicho efecto fue confiable sólo en el caso de los niños $F(2, 144) = 8.52, p < .001$, pero no de sus padres $F(2, 144) = 3.23, p > .05$. Para analizar los efectos de dicha interacción se realizaron análisis de varianza simples por separado para los estudiantes de la escuela privada y los de la pública, comparando el número promedio de síntomas reportado por los niños en cada grado escolar. En ambos casos se encontró que el efecto del grado fue confiable $F(2, 62) = 5.56, p < .01$ y $F(2, 88) = 6.06, p < .01$, respectivamente para los estudiantes de la escuela privada y pública. Pruebas post hoc de Tukey mostraron que

los niños de quinto y sexto de la escuela privada ($x= 5.75$) reportaron haber tenido menos síntomas que los niños más pequeños ($x= 12.60$ y 12.48 , respectivamente para los niños de primero y segundo y de tercero y cuarto). En cambio, en la escuela pública los niños de primero y segundo fueron los que reportaron menos síntomas ($x= 5.63$), en comparación con los niños más grandes ($x= 11.73$ y 10.64 , para los niños de tercero y cuarto y de quinto y sexto). Dado que no hubo diferencias en el reporte de los padres en función del sexo, grado escolar o tipo de escuela de sus hijos, no se computaron coeficientes $Ppos$ para las diferentes díadas en función de la interacción de esas variables.

DISCUSIÓN

El propósito del Estudio 2 fue conocer el grado en que la acumulación de eventos vitales está relacionada con la salud física y psicológica de los niños y conocer el grado de concordancia entre los reportes de los propios niños y los de sus padres, tanto respecto a los eventos vitales, como a los síntomas físicos y psicológicos que experimentaron los niños.

Con fines de claridad, la discusión se organizó siguiendo el mismo orden en que se presentaron los resultados. Primero se discuten los hallazgos relativos a la relación entre la acumulación de eventos vitales y la salud y posteriormente se discuten los relacionados con el grado de acuerdo entre los reportes de los niños y los de sus padres.

Valor predictivo de los eventos vitales sobre la salud

Los resultados de este estudio mostraron que los eventos vitales reportados por los propios niños y por sus padres predijeron confiablemente la frecuencia con la que los niños sufrieron diferentes síntomas físicos y psicológicos. Este resultado es similar a los reportados en investigaciones anteriores. Por ejemplo, Turner y Steptoe (1998) encontraron que los eventos vitales predijeron la frecuencia y la duración de las gripes y las infecciones respiratorias que tuvieron niños de entre cinco y 16 años cuatro meses después de haber experimentado los eventos. Barglow et al. (1983) reportaron que la acumulación de eventos vitales fue un predictor confiable de los niveles de glucosa en la sangre de niños diabéticos. Stober (1984) encontró que los eventos vitales fueron un buen predictor del desarrollo de bulimia y anorexia. Los resultados de Duncan (1977) mostraron que los niveles de estrés vital predijeron el uso por primera vez de drogas ilícitas, un año después de experimentados los sucesos y que niños drogo-dependientes

tuvieron puntajes LCU más altos que niños no dependientes de las drogas. Brady y Matthews (2006) reportaron que los sucesos vitales se relacionaron con aumentos en la presión arterial de los niños. En otros estudios también se encontró que la adquisición o el empeoramiento de una enfermedad física está relacionada con experimentar una serie de eventos vitales (e.g., Bedell et al., 1977; Heisel, 1972; Jacobs & Charles, 1980; Järvelin et al., 1989; Kashani et al., 1981; Liakopoulou et al., 1997). La acumulación de eventos vitales está además relacionada con déficits en la salud mental de los niños. Por ejemplo, Carter y Biasini (2001) encontraron que los eventos vitales predijeron confiablemente el grado de autoestima de niños de primaria, tanto considerando las respuestas de los propios niños al SRRS, como las de sus padres. Swearingen y Cohen (1985) reportaron que el estrés vital predijo desajuste emocional, altos grados de depresión y ansiedad entre niños. Franko et al. (2004) y Muratori y Fasano (1997) encontraron que la ocurrencia de eventos vitales fue un buen predictor de la presencia de síntomas de depresión entre niños. También se ha documentado que el estrés vital está relacionado con la presencia de síntomas psiquiátricos (Vincent & Rosenstock, 1979).

Las correlaciones que se encontraron en el presente trabajo entre los eventos vitales y la salud de los niños fueron de una magnitud mayor cuando los padres reportaron tanto los eventos experimentados por los niños como su grado de salud física y mental, que cuando los propios niños hicieron los reportes. Cuando se consideró el reporte de los niños, los sucesos vitales explicaron un 8% de la varianza de la salud de los niños, mientras que conforme el reporte de sus padres, se explicó el 16% de la varianza. Estos datos sugieren que los padres fueron más realistas respecto a la clase de sucesos que experimentaron los niños y a los síntomas que presentaron en los últimos seis meses, que los propios niños. Únicamente hay un estudio anterior en el que se comparó la determinación de los eventos vitales sobre la salud utilizando ambos, el reporte del

niño y el de alguno de sus padres y se encontró que, contrario a los hallazgos del presente estudio, los eventos vitales explicaron el 24% de la varianza de la autoestima de los niños conforme su propio reporte, pero sólo el 9% de la varianza conforme el reporte de los padres (Carter & Biasini, 2001). Esta diferencia en resultados podría deberse a que mientras que en el estudio anterior sólo se midió la autoestima como índice de la salud mental, en este estudio se midieron diversos síntomas físicos y psicológicos. De hecho, en otros estudios se ha documentado que el reporte de los padres e hijos varía dependiendo del tipo de síntomas de salud de los que se trate, siendo que el de los padres tiende a ser más preciso cuando se trata de síntomas fácilmente observables, mientras que el de los niños es más preciso respecto a sus sentimientos, emociones o pensamientos (e.g., Tang, 2002).

La magnitud de las correlaciones entre los puntajes LCU y la salud que se encontraron en el presente trabajo fue relativamente baja (i.e., igual a .28, en el caso de los niños e igual a .40, en el caso de los padres), no obstante es similar a la reportada en otros estudios. Por ejemplo, Turner y Steptoe (1998) reportaron una correlación entre la acumulación de eventos vitales y la presencia de infecciones en el tracto respiratorio igual a .26. Bertges (2002) encontró que la correlación entre experimentar eventos vitales y el grado en que niños mostraron tener habilidades de liderazgo fue igual a .20. Swearing y Cohen (1985) reportaron correlaciones entre estrés vital y ansiedad igual a .29 y con depresión igual a .32. Con adultos también se ha encontrado que la determinación del estrés vital sobre la salud varía entre .12 y .30 (Rahe, 1975). El que estas correlaciones sean modestas utilizando ya sea a los padres o a los propios niños como informantes puede deberse a que se ha documentado en numerosas investigaciones que la relación entre el estrés y la salud está modulada por diversos factores. Por ejemplo, en algunas investigaciones se ha relacionado el efecto de experimentar sucesos vitales “positivos” y

“negativos” con déficits en la salud física y mental y se han reportado correlaciones más bajas entre estrés “positivo” y la salud que con el estrés “negativo” (e.g., Swearing & Cohen, 1985). También se ha reportado que ciertos eventos de índole “positiva” como la obtención de un logro personal sobresaliente pueden actuar como mitigadores de la presencia de síntomas de depresión (e.g., Muratori & Fasano, 1997). La controlabilidad de los eventos, su anticipación o el ser sorprendidos, su grado de deseabilidad, así como variables culturales y demográficas pueden afectar el grado de estrés que producen (e.g., Bruner et al., 1994; Cowen, Pryor-Brown, & Lotyczewski, 1989; Turner, Wheaton, & Lloyd, 1995; Yamamoto, & Davis, 1982). También existe evidencia de que ciertas variables psicológicas como el grado de apoyo social con el que un niño o una persona adulta cuenta, la estrategia que utilizan para enfrentar los problemas y hasta el rol sexual actúan como mitigadores efectivos de los efectos nocivos del estrés sobre la salud (e.g., Acuña & Bruner, 2002a y b; Dubow & Ullman, 1989; Turner & Steptoe, 1998). Así, la variabilidad en el grado de salud física y mental de las personas depende de un gran cantidad de diferentes variables, imposibles de controlar en una misma investigación. No obstante, en estudios de laboratorio empleando animales como sujetos se ha establecido una relación de causa-efecto entre diferentes grados de estrés y la salud (e.g., Seligman, 1968; Manuck et al., 1995; McCabe et al., 2000).

Los resultados del estudio también mostraron que la magnitud de los puntajes LCU se relacionó con la frecuencia con la que se presentaron los diferentes síntomas físicos y psicológicos. Conforme ambos, el auto-reporte de los niños y el de sus padres, puntajes LCU mayores a 300 puntos se relacionaron con experimentar los distintos síntomas físicos y psicológicos con mayor frecuencia que puntajes menores. Este resultado es similar al reportado por Holmes (1978) con personas adultas, dado que este autor también encontró que puntajes LCU

mayores a 300 puntos predijeron la adquisición de enfermedades más graves que puntajes más pequeños.

La relación entre los eventos vitales experimentados por los niños y su salud varió dependiendo de la clase de síntomas, ya que se encontró que independientemente de si el informante fue el niño o su padre, los eventos vitales se relacionaron en mayor grado con la frecuencia con la que ocurrieron síntomas de índole psicológica (e.g., sentirse abrumado o incapaz de competir, o de terminar una actividad, estar distraído o deprimido), que con síntomas físicos (e.g., tener náuseas, gastritis, dolor de cabeza, falta de apetito, o mareos). Dado que en este estudio los participantes fueron niños sanos (i.e., sin enfermedades crónicas evidentes), este hallazgo no es sorprendente.

Concordancia entre los reportes de padres y niños sobre los eventos vitales

Los resultados mostraron que los niños reportaron haber experimentado un mayor número de eventos vitales durante los últimos seis meses, en comparación con la que sus padres reportaron por ellos, independientemente del sexo, del grado escolar o de la escuela a la que asistían los niños. Los niños reportaron aproximadamente el doble de eventos que sus padres. Estos datos son consistentes con lo que se ha documentado en investigaciones anteriores, ya que en la mayoría de éstas los niños han reportado haber experimentado casi el doble de eventos vitales, que sus padres (e.g., Bailey & Garralda, 1990; Edelbrock et al., 1986; Johnston et al, 2003; Rende & Plomin, 1991). Se han postulado diversas explicaciones sobre la razón de la incongruencia entre padre e hijos. Algunos investigadores han considerado que los niños no tienen una memoria exacta respecto al tiempo de la ocurrencia de ciertos cambios en sus vidas y que consecuentemente tienden a señalar los sucesos que les han acontecido sin referencia al

tiempo específico en que sucedieron (e.g., Johnston et al., 2003). Otros autores sugirieron que la comunicación entre padres e hijos no es adecuada y que los padres son poco empáticos con sus hijos (e.g., Yeh & Weizs, 2001). Otros más postularon que los padres tienden a subestimar el impacto de algunos sucesos en la vida de sus hijos, mientras que sobreestiman otros (e.g., Yamamoto & Felsenthal, 1982). No obstante, no existe acuerdo entre los investigadores sobre las causas que generan que padres e hijos no acuerden.

Los resultados también mostraron que el número de eventos que reportó cada niño no correlacionó con el número de eventos reportado por sus padres. En los estudios mencionados en el párrafo anterior, también se documentó que el grado de asociación entre los reportes de ambos informantes es bajo. La magnitud de la correlación que se encontró en el presente estudio fue de una magnitud más baja ($r = .07$) cuando se consideró a la muestra global de 156 díadas padres-niños, que la reportada en estudios anteriores. Por ejemplo, Johnston et al. (2006) reportaron una correlación igual a .49 entre el número de eventos reportados por niños de entre siete y 18 años y por sus padres, mientras que Rende y Plomin (1991) con niños de primero de primaria encontraron que la correlación fue igual a .21. La diferencia en estos resultados puede deberse a las edades y características sociodemográficas de los niños que participaron en cada investigación. En este estudio se encontró que cuando se subdividió a los niños en función de su sexo, grado escolar y tipo de escuela, la magnitud de las correlaciones varió. Sólo en el caso de los varones y de los estudiantes de la escuela pública y sus padres, las correlaciones fueron tan bajas como la que se encontró con la muestra global. En el resto de los casos, las correlaciones variaron entre .13 y .31 y éstas son de una magnitud similar a las reportadas en estudios previos.

En vista de que no existió acuerdo entre el número de eventos vitales reportados por los niños y por sus padres, se procedió a analizar la naturaleza de las discrepancias evento por

evento. Los coeficientes Kappa corregidos (i.e., coeficientes *Ppos*; Cicchetti & Feinstein, 1990) que se utilizaron en este trabajo mostraron que cuando se consideró a la muestra total de díadas, únicamente dos eventos tuvieron coeficientes de acuerdo no confiables: disminución en el número de discusiones entre los padres e inicio de un nuevo grado escolar. En el caso de este último evento, no es sorprendente que los niños lo hayan mencionado en mayor grado que sus padres, ya que las instrucciones que se les dieron a los niños les pedían señalar los eventos que habían experimentado desde que empezó el año escolar. Bailey y Garralda (1990) encontraron cinco eventos con coeficientes Kappa bajos: nacimiento de un hermano o hermana, cambio de escuela, hospitalización de alguno de los padres o de un hermano y la muerte de un familiar cercano. Johnston et al. (2003) encontraron que los eventos con los coeficientes más bajos fueron muerte de un familiar o un amigo cercano, enfermedad de uno de los padres o hermanos, tiempo que pasan los padres en la casa y aumento en el número de discusiones entre los padres. Yamamoto y Mahlios (2001) encontraron que los eventos en los que existieron las mayores discrepancias entre padres e hijos fueron aquellos que involucraban a las relaciones del niño con sus compañeros y amigos, el número de peleas entre los padres y el nacimiento de un hermano o hermana. Estos datos muestran que a través de diferentes estudios la clase de eventos sobre los que niños y padres no acuerdan no es consistente. Esta inconsistencia bien puede deberse a las características de los niños que participaron en cada investigación, ya que en el presente trabajo se encontró que los eventos en los que hubo discrepancias confiables entre niños y padres varió en función del sexo, del grado escolar y del tipo de escuela a la que asistían los niños. Además de los dos eventos ya mencionados, los otros eventos en los que niños y padres no coincidieron en función de las características de los niños fueron: cambio en la situación financiera de los padres, cambio en la aceptación del niño por sus compañeros, el niño se convierte en miembro

activo de una iglesia, disminución en el tiempo que pasan los padres en la casa y disminución en el número de discusiones del niño con sus padres. Notablemente, muchos de estos eventos se refieren a cuestiones relacionadas con sucesos familiares y de relaciones entre los padres y bien puede ser que los que los niños ni siquiera estén concientes de su ocurrencia. Sería interesante que en futuras investigaciones se utilizaran muestras grandes de díadas y se lograra establecer si existe consistencia en los eventos específicos sobre los que padres e hijos tienden a no coincidir.

Los resultados de este estudio también mostraron que en la inmensa mayoría de los eventos, un mayor número de niños que de padres reportó su ocurrencia. No obstante, en el caso de cinco eventos fueron los padres los que reportaron su ocurrencia con mayor frecuencia: encarcelamiento por un año o más, pérdida del trabajo por alguno de los padres, nacimiento de un hermano o hermana, asistencia a la escuela por primera vez y aumento en el número de discusiones del niño con sus padres. Notablemente, la mayoría de estos eventos se refieren a acontecimientos en la vida familiar y no a sucesos inherentes al propio niño, como sería el obtener un logro personal o el grado en que sus amigos lo aceptan. Es posible que el que alguno de los padres sea encarcelado o que pierda el trabajo sean del conocimiento de los padres pero no del niño. En el caso de los eventos nacimiento de un hermano o hermana y asistencia a la escuela por primera vez, es posible que los niños no hayan ubicado su ocurrencia durante los últimos seis meses y consecuentemente no los hayan mencionado. No obstante, en otros estudios también se encontró que existe desacuerdo entre padres e hijos sobre si nació un nuevo hermano (e.g., Bailey & Garralda, 1990; Yamamoto & Mahlios, 2001). Es factible que para ciertos niños este suceso sea muy desagradable y tiendan a reprimirlo. Relativo que el número de discusiones entre los padres y el niño aumentó según los padres, en otros estudios anteriores se ha reportado también que los padres tienden a reportar que sus hijos tienen problemas de rebeldía. Este hecho

posiblemente refleje únicamente una falta de paciencia de los padres y de habilidades apropiadas de crianza. Curiosamente, desde el punto de vista de los niños el número de discusiones con sus padres disminuyó.

Otro hallazgo del estudio fue que el número promedio de eventos vitales reportado por los niños varió en función de su grado escolar y de la escuela a la que asistían siendo que los de primer y segundo grado de la escuela privada dijeron haber experimentado más eventos que los niños más grandes. En cambio, se encontró que en el caso de los niños de la escuela pública, el número promedio de eventos incrementó en función de su grado escolar. El sexo de los niños no afectó el número de eventos que experimentaron. Garrison, Shoenbach, Shluchter, y Kaplan (1987) con niños de secundaria encontraron que niños de familias con pocos recursos reportaron la ocurrencia de más eventos que los de familias con recursos y que los de mayor edad reportaron la ocurrencia de más eventos que los más chicos. Lucio, León, Durán, Bravo, y Velasco (2001) con niños mexicanos de entre 13 y 18 años también encontraron que los niños de una clase social más baja reportaron más eventos que los de clases más altas y que los más grandes fueron quienes experimentaron un mayor número de eventos. Coddington (1972b) con niños de preescolar a preparatoria encontró que el número de eventos acontecidos a los niños incrementó sistemáticamente con la edad, en cambio no varió en función del sexo o de la clase social. Los resultados del presente estudio con los niños de la escuela privada son contrarios a los hallazgos de los estudios anteriores tanto relativos a la clase social como a la edad. No obstante, es importante señalar que el número de niños de la escuela privada, cuyos padres también participaron en el estudio fue muy chico ($n = 65$) y que el número de niños de primero y segundo año fue aún más bajo ($n = 20$) y eso puede explicar las diferencias con los resultados de estudios anteriores. También hay que considerar que mientras que en este estudio la muestra estuvo

conformada por niños de primaria, en los estudios de Garrison et al. y de Lucio et al. participaron adolescentes. En estudios futuros será necesario conocer si persiste la tendencia de los niños de las escuelas privadas a reportar más eventos vitales en comparación con los de escuelas públicas o si los resultados aquí encontrados se debieron a un artificio del número de participantes o de características peculiares de las díadas de padres e hijos de la escuela privada. En cambio, los resultados que se encontraron con los niños de la escuela pública coinciden con los de estudios anteriores puesto que el número de eventos vitales incrementó con la edad. Relativo al sexo de los niños, se han reportado resultados inconsistentes, mientras que en algunos casos las niñas reportaron la ocurrencia de más eventos que los niños (e.g., Waaktaar, Borge, Fundingsrud, Christie, & Torgersen, 2004), en otros casos el sexo no ha tenido un efecto confiable (e.g., Coddington, 1972b; Garrison et al., 1987; Rende & Plomin, 1991). Es importante resaltar, no obstante que de acuerdo con el reporte de los padres de los niños, no existieron diferencias en el número de eventos dependiendo de la clase social, la edad o el sexo de sus hijos.

Concordancia entre los reportes de padres y niños sobre el número de síntomas físicos y psicológicos

En el presente estudio se encontró que los 156 niños reportaron haber experimentado un promedio mayor de síntomas físicos y psicológicos que los que sus padres reportaron por ellos. Esta diferencia fue igual cuando se consideró el sexo y el tipo de escuela en la que estudiaban los niños. En cambio, sólo los niños que estaban cursando el tercer o cuarto grado de primaria también reportaron un mayor número de síntomas que sus padres. Los niños de primero y segundo y de quinto y sexto no difirieron con sus padres respecto al promedio de síntomas que experimentaron. En muy pocos estudios anteriores se comparó el número promedio de síntomas

señalados por ambos informantes y los resultados encontrados no han sido consistentes. Mientras que en la mayoría de estos estudios se encontró que los niños reportaron haber sufrido un mayor número de síntomas físicos y psicológicos, en comparación con sus padres, en algunos pocos estudios se encontró lo contrario. Por ejemplo, Tang (2002) y Kolko y Kazdin (1993) evaluaron la correspondencia entre padres e hijos sobre los problemas emocionales y conductuales de los niños y encontraron que los niños dijeron tener más problemas en comparación con los que mencionaron sus padres. Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover, y Kalas (1986) compararon los reportes de niños y padres sobre el estado de salud mental de los niños y reportaron que los niños dijeron tener una peor salud mental que sus padres. Verhulst y van der Ende (1992), en cambio, reportaron que los padres señalaron la ocurrencia de un mayor número de problemas de tipo conductual, que los mencionados por los propios niños. Estos hallazgos muestran que en general los niños tienden a decir que tienen más problemas de salud física y psicológica que sus padres. Al igual que en el caso del reporte de los eventos vitales, se desconocen las razones por las cuales varían las percepciones que tienen los propios niños sobre su estado de salud y la que tienen sus padres, aunque se ha sospechado que puede deberse a características propias de los niños, como su edad, sus características sociodemográficas o al tipo de problemas que presentan (e.g., Achenbach et al., 1987; Kolko & Kazdin, 1993; Verhulst & van der Ende, 1992). Desde luego también se ha sugerido que la falta de coincidencia puede deberse a características de los padres, como falta de una adecuada comunicación y empatía con sus hijos (Kazdin et al., 1983; Yeh & Weisz, 2001) o a variables relativas a la dinámica familiar (Grills & Ollendick, 2003; Kolko & Kazdin, 1993).

Los resultados del estudio también mostraron que no existió correspondencia entre el número de síntomas reportado por cada uno de los niños y por sus padres, independientemente

del sexo, del grado escolar o del tipo de escuela de los niños. Las correlaciones encontradas variaron entre .04 y .23. La magnitud de estas correlaciones es similar a la reportada en estudios anteriores. Por ejemplo, Kazdin et al. (1983) midieron el grado de depresión de niños de entre cinco y 13 años mediante tres diferentes inventarios y encontraron que las correlaciones entre las respuestas de padres e hijos variaron entre .03 y .36, dependiendo del inventario utilizado. Weissman, Orvaschel, y Padian (1980) encontraron una correlación igual a .04 entre los reportes de padres y niños de seis a 17 años respecto al grado de depresión de los niños. Achenbach et al. (1987) realizaron un metanálisis de 11 estudios en los que se correlacionaron las respuestas de padres e hijos en diferentes cuestionarios que medían salud y reportaron que la media de dichas correlaciones fue igual a .25. Edelbrock et al. (1986) encontraron una correlación igual a .27 entre el número de síntomas reportados por los niños y por sus padres. Estos datos muestran que las respuestas de padres e hijos a un mismo cuestionario de salud varían considerablemente, pero que la covariación de las respuestas entre ambos informantes es baja.

Dado que padres e hijos no acordaron respecto al número de síntomas físicos y psicológicos que tuvieron los niños seis meses antes de realizado el estudio, se analizó el grado de acuerdo entre ambos informantes en cada uno de los síntomas incluidos en la ESFP. Los resultados mostraron que los coeficientes *Ppos* variaron entre .56 y .93, siendo que en sólo seis casos éstos fueron menores a .70 y consecuentemente mostraron un grado de acuerdo entre los informantes no confiable. En otros estudios se han reportado hallazgos similares. Por ejemplo, Kashani et al. (1985) reportaron que el acuerdo entre padres hijos fue menor a .70 en el caso del 72% de los síntomas que midieron. Herjanic y Reich (1982) también reportaron coeficientes no confiables para un 37% de los síntomas psicológicos que midieron. Yeh y Weisz (2001) reportaron coeficientes que oscilaron entre .03 y .14 para los problemas que presentaban niños

que estaban recibiendo psicoterapia. Welner, Reich, Herjanic, Jung, y Amado (1987) encontraron que el acuerdo entre padres e hijos respecto a distintos síntomas psicopatológicos de niños de entre siete y 17 años varió entre .49 y .80. Estos datos muestran que aunque el grado de acuerdo entre padres e hijos ha variado en los diferentes estudios, en general tiende a ser bajo.

Cuando se obtuvieron las frecuencias de desacuerdo entre las díadas en cada uno de los síntomas de la ESFP, se encontró que cuando se consideró a la muestra global de 156 díadas, hubo seis síntomas en los que el acuerdo no fue confiable (i.e., menor a .70). En el caso de tres de estos síntomas (sentirse nervioso, tener pesadillas y estar excesivamente aburrido) un mayor número de niños reportó su ocurrencia. En cambio, para los otros tres síntomas (estar distraído, tener problemas para concentrarse y tener dolores de cabeza) los padres fueron quienes los reportaron con mayor frecuencia. Este resultado es similar a los hallazgos de investigaciones anteriores. Por ejemplo, Orvaschel et al. (1981) reportaron que los niños informaron en mayor grado que sus padres sobre la presencia de síntomas relacionados con su estado de ánimo, sus sentimientos y miedos. Kashani et al. (1985) y Yeh y Weisz (2001) encontraron que los padres tendieron a reportar que sus hijos tenían problemas de atención y concentración y conductas oposicionistas, mientras que los niños reportaron más síntomas de ansiedad y depresión. Yeh y Weisz sugirieron que mientras que los padres se fijan en los problemas evidentes de los niños, que son fácilmente observables por ellos, los niños tienden a reportar problemas relativos a sus propios sentimientos y miedos.

El grado de acuerdo entre las díadas de padres e hijos varió en función del sexo, del tipo de escuela y del grado escolar de los niños. Los resultados obtenidos mostraron que los varones y sus padres no acordaron en el reporte de 12 de los síntomas, mientras que las niñas y sus padres sólo tuvieron un bajo acuerdo en siete síntomas. Estos resultados mostraron que globalmente las

niñas acordaron con sus padres respecto a los síntomas que padecieron en mayor grado que los niños. Este hallazgo es similar a los reportados en estudios previos. Por ejemplo, Verhulst y van der Ende (1992) y Kolko y Kazdin (1993) también reportaron que el acuerdo entre niñas y sus padres respecto a su estado de salud mental fue mayor que entre las díadas varones-padres. En cambio, en otros estudios no se han encontrado diferencias en el grado de acuerdo entre hijos y padres en función del sexo de los niños (e.g., Achenbach et al., 1987; Choudhury, Pimentel, & Kendall, 2003; Grills & Ollendick, 2003; Kolko & Kazdin, 1993). Respecto al tipo de escuela, se encontró que los niños de la escuela pública tuvieron un grado de acuerdo con sus padres mayor que los niños de la escuela privada, ya que en el primer caso sólo hubo cuatro síntomas en los que no hubo un acuerdo confiable, mientras que en el segundo caso hubo seis síntomas. En muy pocos estudios anteriores se compararon las respuestas de padres e hijos en función de su clase social y los resultados no han sido consistentes. Tang (2002), contrario a lo encontrado en el presente estudio, reportó que los padres e hijos con recursos tendieron a coincidir en mayor grado que aquellos con pocos recursos. Kolko y Kazdin (1993) en cambio, no encontraron diferencias en función del nivel socioeconómico de las díadas. Relativo al grado escolar, el grado de acuerdo entre las díadas fue mayor para los niños de quinto y sexto, seguidos por los de primero y segundo y los que menos acordaron fueron los de tercero y cuarto grado. Como ya se mencionó antes, los estudiantes de tercer y cuarto año de primaria también difirieron con sus padres respecto al número promedio de síntomas que reportaron, mientras que los otros niños reportaron un número similar de síntomas que sus padres. En estudios previos también se ha reportado que la consistencia entre informantes varía en función de la edad de los niños, pero los hallazgos tampoco han sido consistentes. Mientras que en algunos estudios la consistencia entre informantes ha sido más alta en el caso de los niños de menor edad (e.g., Achenbach et al., 1987),

en otras investigaciones se encontró un mayor consistencia en el caso de los niños más grandes (e.g., Choudhury et al., 2003; Verhulst & van der Ende, 1992) y en otras más la edad de los niños no ha hecho diferencia (e.g., Kolko & Kazdin, 1993). Grill y Ollendick (2003) examinaron la concordancia entre auto-reportes de niños de entre siete y 17 años con la de sus padres respecto a la presencia de diferentes tipos de síntomas: depresión, déficits de atención, ansiedad y emocionales. Sus resultados mostraron que dependiendo del tipo de síntomas, el grado de acuerdo entre padres e hijos varió en función de la edad de los niños. Los niños más jóvenes (i.e., de entre siete y 11 años) coincidieron en mayor grado con sus padres que los niños más grandes (i.e., entre 11 y 17 años) respecto al grado de depresión y a los déficits de atención. En cambio, el acuerdo entre padres e hijos fue mejor para los más grandes respecto a síntomas de ansiedad y emocionales. En el presente estudio se encontró que mientras que los niños más pequeños (i.e., de primero y segundo año) no coincidieron con sus padres en el reporte de síntomas como tener mareos, dolor de cabeza o falta de apetito, estar excitado, cansado y aburrido y despertarse a media noche, los de quinto y sexto dejaron de coincidir en el reporte de síntomas como estar distraído, nervioso y tener dolores de cabeza. Estos resultados, al igual que los de Grill y Ollendick, sugieren que la concordancia entre padres e hijos de diferentes edades puede depender de la clase de síntomas de los que se trate. En suma, si bien los hallazgos de los estudios mencionados antes muestran que ciertas características de los niños como su sexo, clase social y edad pueden influir el grado de acuerdo entre padres e hijos, su influencia no es consistente.

Al igual que sucedió en el caso del reporte de los eventos vitales, se encontró que el número promedio de síntomas reportado por los niños de la escuela privada de primer y segundo grado reportaron tener más síntomas que los de la escuela pública y que los niños más grandes. Este resultado es difícil de explicar, ya que en ningún estudio anterior se comparó el número de

síntomas reportados por los propios niños en función de su clase social o su edad. Es posible que los niños de primer y segundo año de primaria de la escuela privada no hayan comprendido la tarea debido a su corta edad o bien es posible que efectivamente su salud haya sido particularmente mala. Este resultado es contradictorio con hallazgos de otros estudios, ya que se ha documentado que los niños de familias con escasos recursos tienden a gozar de una salud física y mental peor que los de clases más altas (e.g., Reading, 2006; Stevens, 2006). No obstante, como se mencionó antes el número de niños de la escuela privada más jóvenes que participaron en este estudio fue muy pequeño y las diferencias encontradas en función de la edad de estos niños puedan ser particulares a esos niños. Es importante resaltar que si bien el número de eventos vitales varió según el grado escolar y la clase social de acuerdo con el reporte de los niños, esto no fue cierto de acuerdo con el reporte de sus padres.

DISCUSIÓN GENERAL

La principal contribución de los dos estudios realizados fue el contar con un instrumento que faculta la investigación epidemiológica sobre la relación estrés-enfermedad con niños mexicanos de educación elemental. Los resultados del Estudio 1 mostraron que jueces maestros mexicanos juzgaron tanto la magnitud como el orden del reajuste necesario ante cada uno de los eventos vitales incluidos en el SRRS de forma similar, tanto entre sí, como en relación con los jueces maestros, psiquiatras y pediatras estadounidenses del estudio original de Coddington (1972a). En el Estudio 2 se confirmó la validez de la versión en español del SRRS para medir el estrés vital entre niños mexicanos, ya que se encontró que los puntajes LCU predijeron confiablemente la frecuencia con la que los niños presentaron síntomas físicos y psicológicos. A continuación se discuten las implicaciones generales de los resultados de ambos estudios.

Medición del estrés vital: Las Escalas de Reajuste Social (SRRS)

Como se mencionó en la introducción general de este trabajo, el SRRS es uno de los instrumentos más utilizados en la literatura para conocer los efectos nocivos que el estrés tiene sobre la salud, tanto en el caso de niños como de personas adultas (Coddington, 1972a; Holmes & Rahe, 1967, respectivamente). Holmes y Rahe fueron pioneros en el estudio de los efectos dañinos del estrés vital sobre la salud de personas adultas y cuantificaron el grado de estrés producto de diferentes sucesos, pidiéndole a jueces adultos que, utilizando una variante del método psicofísico de estimación de la magnitud, evaluaran el grado de reajuste social requerido por una persona común al experimentar los distintos eventos vitales incluidos en el SRRS, tomando como referencia uno de los eventos, al que arbitrariamente le asignaron 500 puntos.

Posteriormente, Coddington desarrolló versiones del SRRS que incluyen eventos vitales frecuentemente experimentados por niños desde preescolar hasta bachillerato. Para cuantificar el grado de estrés experimentado por los niños, Coddington utilizó el mismo método de estimación de la magnitud empleado por Holmes y Rahe y le pidió a profesionales adultos (i.e., maestros de escuela, pediatras y psiquiatras) que juzgaran la magnitud del reajuste social requerido por un niño común ante cada suceso, tomando como referencia al evento nacimiento de un hermano o hermana, al que le asignaron arbitrariamente 500 puntos. Los puntajes promedio asignados por los jueces a cada uno de los eventos vitales se conocen como Unidad de Cambio de Vida (o puntajes LCU). Las versiones del SRRS tanto para adultos como para niños han sido traducidas a diferentes idiomas y, utilizando el mismo método de estimación de la magnitud, se han obtenido puntajes LCU con jueces de diferentes países (e.g. Bruner et al., 1994; Monaghan et al., 1979). En los diferentes estudios en los que se han obtenido los puntajes LCU para las versiones del SRRS para adultos y para niños se ha encontrado que existe un alto grado de acuerdo entre jueces adultos respecto a la forma en que juzgan la severidad de los distintos eventos vitales (e.g., Bruner et al., 1994; Fasano & Muratori, 1996; Hobson, Kamen, Szostek, Nethercut, Tiedmann & Wojnarowicz, 1998; Liakopoulou et al., 1997; Masuda & Holmes, 1967a; Monaghan et al., 1979; Rahe, 1975; Spurgeon et al., 2001). Este hallazgo ha sido sorprendente ya que la consistencia en la magnitud y el ordenamiento de los eventos ha sido similar independientemente de la cultura, clase social, sexo, edad, educación u ocupación de los jueces. Además, la consistencia en los puntajes LCU ha persistido a través del tiempo, desde finales de la década de los 60 y hasta años recientes (e.g., Holmes & Rahe, 1967; Coddington, 1972a; Scully et al., 2001; Spuergon et al., 2001). El alto grado de acuerdo entre los jueces de diferentes países ha generado que las

versiones del SRRS para adultos y para niños se traduzcan cada vez más a distintos idiomas (e.g., Bruner et al., 1994; Fasano & Muratori, 1996; Liakopoulou et al., 1997; Masuda & Holmes, 1967b; Rahe, 1975; Woon et al., 1971), lo cual permite comparabilidad de resultados y faculta investigación transcultural. El presente estudio contribuyó a este grupo de investigaciones al traducir al español la versión del SRRS para niños de primaria y obtener puntajes LCU con maestros de primaria mexicanos que fueron similares a los reportados en estudios anteriores (e.g., Coddington, 1972a; Monaghan et al., 1979).

En los diferentes estudios en los que se han obtenido puntajes LCU para las versiones del SRRS para adultos, se ha pedido a personas también adultas que juzguen la severidad de los distintos eventos listados en el SRRS (e.g., Holmes & Rahe, 1967). Los autores de los diferentes estudios han considerado que los adultos tienen experiencia personal o cercana sobre el grado de reajuste necesario cuando algún adulto experimenta cada suceso. En el caso de las versiones del SRRS para niños, se ha solicitado a profesionistas (i.e., maestros de escuela, psiquiatras, pediatras, terapeutas) que actúen como jueces de la severidad de los diferentes eventos vitales que experimentan los niños. Esto se ha hecho debido a que se ha considerado que los profesionales, por su experiencia trabajando con un gran número de niños de diferentes edades, estratos sociales, niveles de escolaridad y que presentan una variedad de síntomas y problemas, tienen un conocimiento amplio sobre el grado de estrés que experimentan los niños cuando se enfrentan a distintos sucesos vitales (e.g., Yamamoto & Felsenthal, 1982). Los padres de los niños, en cambio, no han participado en los estudios como jueces de la severidad de los eventos vitales, dado que los investigadores han considerado que si bien pueden tener experiencia sobre los acontecimientos en la vida de sus propios hijos, no necesariamente tienen un conocimiento

amplio sobre cómo niños con diferentes características se adaptan a los distintos cambios en sus vidas. En muy pocos estudios se ha solicitado la ayuda de padres para juzgar el grado de severidad de los eventos vitales experimentados por un niño de cierta edad y únicamente se ha hecho respecto a la severidad de los eventos experimentados por sus propios hijos (e.g., Yamamoto & Mahlios, 2001).

Aunque en la inmensa mayoría de los estudios para determinar la severidad de los diferentes eventos vitales experimentados por niños se ha pedido la participación de profesionales adultos que trabajan cotidianamente con niños, algunos investigadores cuestionaron la validez de los juicios de personas adultas para evaluar el reajuste necesario para un niño cuando experimenta ciertos eventos, principalmente debido a que es el niño y no el adulto quien los experimenta (e.g., Yeaworth, York, Hussey, Ingle, & Goodwin, 1980). Consecuentemente, en algunos estudios se decidió pedirle a los propios niños que juzgaran la severidad de diferentes eventos vitales (e.g., Yamamoto & Davis, 1982; Yamamoto, van der Westhuizen, & Davis, 1996; Yamamoto, Soliman, Parsons, & Davis, 1987). En estos estudios se ha encontrado que los niños no sólo son capaces de entender la tarea y de emitir sus juicios, sino que existe un alto grado de acuerdo en cómo juzgan la severidad de los eventos, independientemente de su cultura, edad, sexo o clase social. El grado de acuerdo entre los niños sobre el ordenamiento y la magnitud de los diferentes sucesos ha sido un hallazgo notable, ya que ha sido consistente entre niños de culturas tan disímiles como las occidentales y las orientales y desde los años 70 y hasta la fecha (e.g., Coddington, 1972a; Yamamoto & Mahlios, 2001).

Si bien se ha encontrado que existe un alto grado de acuerdo entre grupos de profesionistas adultos sobre la severidad de los eventos vitales en la vida de los niños y también

existen altos grados de acuerdo entre grupos de niños, el acuerdo entre los grupos de adultos y los de niños ha sido bajo. Por ejemplo, Yamamoto y su colaboradores (e.g., Yamamoto, Davis, Dylak, Whittaker, Marsh, & Van der Westhizen, 1996; Yamamoto et al., 1987) encontraron que las correlaciones por rangos correspondientes a puntajes LCU asignados a diferentes sucesos por niños de 10 diferentes países variaron entre .70 y .98, en cambio, la correlación entre el orden de los puntajes LCU asignados por niños y por adultos (maestros, pediatras y psiquiatras) fue de .68 (e.g., Yamamoto & Felsenthal, 1982). En vista de la evidencia obtenida en los estudios realizados por Yamamoto et al., en futuros estudios será necesario pedir a niños de primaria que evalúen la severidad de los diferentes eventos del SRRS. Los resultados del presente estudio permitirán comparar los juicios hechos por los maestros de primaria que actuaron como jueces en el Estudio 1 con los que se obtengan con los juicios de los propios niños. Se puede hipotetizar que, dada la consistencia en la forma en que niños de otros países han juzgado la severidad de los eventos, los puntajes LCU asignados por niños mexicanos tenderán a ser similares a los asignados por niños de otras culturas.

El hecho de que no exista acuerdo entre cómo los propios niños y los profesionales juzgan la severidad de los eventos vitales, sugiere que éstos últimos en realidad no tienen el conocimiento suficiente sobre el grado de estrés al que los niños están sometidos como se ha supuesto. No obstante, la forma en la que adultos y niños juzgan la severidad de los sucesos vitales puede depender de múltiples variables, que aún no son del todo conocidas. Existe evidencia de que aún los propios niños pueden juzgar la severidad de los diferentes eventos vitales en función de ciertos parámetros, como su grado de experiencia lidiando con los sucesos. Por ejemplo, Cowen, Pryor-Brown, y Lotyczewski (1989) pidieron a niños de cuarto a sexto

grado de primaria que juzgaran el grado de estrés que experimentarían niños de su misma edad ante una serie de eventos vitales. Posteriormente les pidieron que señalaran cuáles de esos eventos habían de hecho experimentado ellos mismos y que juzgaran el grado de estrés que les causó cada suceso. Sus resultados mostraron que el grado de estrés que los niños reportaron que ellos tuvieron cuando experimentaron ciertos eventos fue menor que el que le adjudicaron a los otros niños. Esta evidencia muestra que aún en el caso de los propios niños, existen parámetros que modulan la forma en la que juzgan la severidad de los diferentes sucesos. Desde luego, en el caso de las personas adultas también debe haber variables que intervienen en cómo juzgan la severidad de los eventos y que son responsables de las diferencias respecto a los juicios que emiten los niños. Se requiere de mayor investigación que permita conocer los factores que influyen el que niños y adultos perciban la severidad de los acontecimientos en la vida de los niños de forma distinta.

Relación entre estrés y salud

En estudios hechos con animales de laboratorio se ha mostrado que existe una relación de causa-efecto entre el estrés y la tendencia de los organismos a desarrollar enfermedades físicas y psicológicas (e.g., Brady et al., 1958; McCabe et al., 2000; Patin et al., 2002; Seligman, 1968; Seyle, 1976). En cambio, los estudios hechos con humanos han mostrado una relación de tipo correlacional entre el estrés y la enfermedad, debido principalmente a que por razones éticas no es posible manipular experimentalmente el grado de estrés y posteriormente conocer sus efectos somáticos o psicológicos. A pesar del carácter correlacional de estos estudios, tanto en el presente estudio como en otros anteriores, consistentemente se ha encontrado que la acumulación

de eventos vitales predice confiablemente un deterioro en la salud física y mental de niños y de personas adultas (e.g., Holmes, 1978; Järvelin et al., 1989; Franko et al., 2004; Peterson et al., 2000). Si bien en los estudios con humanos es imposible inducir diferentes grados de estrés, el uso del método correlacional tiene limitaciones importantes. Una de éstas es que en la mayoría de los estudios la medición de las variables tanto dependientes como independientes se ha hecho mediante auto-reportes y éstos tienen la desventaja de que las respuestas a los distintos cuestionarios y consecuentemente el grado en que éstas covarían, pueden variar debido a variables no controladas por el investigador, como podría ser el estado de ánimo de respondiente. Como señalaron Acuña y Bruner (2002a), si al momento de responder un cuestionario una persona se encuentra en un estado de ánimo optimista, tenderá a reportar que experimentó pocos eventos vitales y que su estado de salud fue muy bueno; en cambio si está deprimida o en un estado de ánimo pesimista, tenderá a reportar la ocurrencia de un número grande de sucesos y la presencia de múltiples problemas de salud. En el Estudio 2 de este trabajo se pidió tanto a los niños como a alguno de sus padres que respondieran el SRRS y un cuestionario de salud. Aunque la tarea de los padres consistió en reportar los eventos vitales y los síntomas de salud de sus hijos, el estado de ánimo de los padres u otras variables extrañas podrían haber influido la forma en que respondieron los cuestionarios, ya que muchos de los eventos del SRRS los involucran y el buen estado de salud de sus hijos está bajo su responsabilidad. En base a los reportes de los padres o de los hijos resulta prácticamente imposible conocer con certeza cuáles de los eventos y de los síntomas de salud reportados por unos o por otros reflejan acontecimientos que realmente sucedieron. Si bien para medir objetivamente los diferentes acontecimientos en la vida de un niño sería necesario observarlos y registrarlos durante por lo

menos seis meses, lo cual resulta impráctico, el estado de salud de los niños bien podría medirse en futuros estudios de manera más objetiva, por ejemplo mediante el registro del número de faltas en la escuela o el número de visitas a un médico. El carácter correlacional de los estudios hechos con humanos para determinar el efecto del estrés vital sobre la salud, si bien no permite manipulaciones experimentales del grado de estrés al que las personas están sometidas, no debería limitarse al uso exclusivo de auto-reportes.

En el Estudio 1, al igual que se hizo en estudios anteriores (e.g., Coddington, 1972a; Monaghan et al., 1979), se pidió a maestros que juzgaran la magnitud del reajuste social necesario para un niño de primaria al experimentar cada uno de los eventos vitales incluidos en el SRRS. En el Estudio 2, también al igual que en estudios anteriores (e.g., Bailey & Garralda, 1990), se pidió a los propios niños y a uno de sus padres que reportaran los eventos vitales de hecho experimentados por los niños y la frecuencia con la que presentaron una serie de síntomas físicos y psicológicos, durante los seis meses previos a que respondieron los cuestionarios. Como se mencionó antes, si bien se ha considerado que los profesionales que trabajan cotidianamente con niños tienen un conocimiento amplio sobre cómo niños de diferentes características se ajustan a los cambios en sus vidas, los padres son quienes tienen un conocimiento cercano sobre los acontecimientos en la vida de sus hijos y sobre su estado de salud (e.g., Fundundis, 1989). Se encontró que considerando tanto los reportes de los padres como de los niños, la acumulación de estrés vital estuvo relacionada con la frecuencia de síntomas físicos y psicológicos que tuvieron los niños, pero la determinación de los eventos vitales sobre la salud fue mayor al considerar los reportes de los padres que los de los niños. También se encontró que padres e hijos no acordaron ni sobre el número o la clase de eventos que experimentaron los niños, ni sobre los diversos

síntomas físicos y psicológicos que presentaron. En general, los niños tendieron a reportar la ocurrencia de un mayor número de eventos vitales y sufrir de un mayor número de síntomas que los que sus padres reportaron por ellos.

La falta de acuerdo entre padres e hijos sobre si un evento ocurrió o no y sobre si el niño presenta ciertos síntomas de salud es un tanto contraintuitiva, dado que se hubiera esperado que los padres tuvieran un conocimiento cercano de los sucesos que han experimentado sus hijos durante los últimos seis meses y de su estado de salud. Después de todo, si los padres no conocen los problemas de sus hijos, tanto físicos y psicológicos, como respecto a cambios importantes en sus vidas, se les podría acusar incluso de negligencia. No deja de ser sorprendente, entonces que los resultados de ésta y de otras investigaciones muestren que existen discrepancias entre hijos y padres tanto respecto a los eventos vitales como a los síntomas de salud física y psicológica de los niños (e.g., Johnston et al., 2003). A pesar de lo sorprendente de este hallazgo no es poco común que existan discrepancias entre la forma en que una persona se percibe a sí misma y la forma en la que ésta percibe a los demás o en la que los demás la perciben a ella. Por ejemplo, Oltmanns, Gleason, Klonsky, y Turkheimer (2005) pidieron a personas adultas que reportaran sus características de personalidad y también le pidieron a un amigo cercano que reportara las características de su amigo. La correlación entre los auto-reportes y los de los amigos fue muy baja. Itoi, Aoki, y Yoshida (1998) pidieron a estudiantes universitarios que evaluaran el grado en que poseían ciertas características de personalidad ellos mismos y un amigo cercano. Sus resultados mostraron que los estudiantes dijeron poseer un mayor número de características de personalidad positivas que las que adjudicaron a sus amigos. En otros estudios también se ha encontrado que la percepción de uno mismo difiere de la forma en la que la persona percibe a

otros o en la que otros perciben a un individuo (e.g., Gangestad, Simpson, DiGeronimo, & Biek, 1992; Herringer & Haws, 1991; Sande, Goethals, & Radloff, 1988). Pronin (2002) encontró que las personas tienden a valorar sus propios pensamientos, sentimientos, intenciones y conocimientos cuando se valoran a sí mismos, mientras que tienden a ignorar o minimizar los de los otros. Todos estos hallazgos muestran que la forma en que una persona se percibe tiende a diferir de la forma en cómo es percibida por los otros. Las diferencias entre los auto-reportes y los de terceros no sólo se ha documentado respecto a variables psicológicas o emocionales que se podría argumentar son difíciles de conocer por otras personas, sino en cuestiones más evidentes como por ejemplo la recuperación de un paciente después de sufrir un infarto al miocardio en cuanto a su reintegración al trabajo y en general al regreso a una vida normal (e.g., Tooth, Mckenna, Smith, & O'Rourke, 2003). A la luz de estos resultados no parece sorprendente que el grado de acuerdo entre padres e hijos encontrado en este y en otros estudios haya sido bajo.

El que la auto-percepción difiera de la forma en la que terceras personas perciben a un individuo no ayuda a dilucidar cuál de los reportes es más confiable. Una posibilidad para resolver este problema es no depender de juicios de díadas, sino incluir a grupos grandes de personas. Por ejemplo, Acuña y Bruner (2006) midieron la percepción por parte de un individuo de contar con apoyo social y compararon su auto-percepción con los juicios de todos sus compañeros de clase sobre su disposición para brindarle ayuda en caso de necesidad. Encontraron que las auto-percepciones de los estudiantes que recibieron nominaciones positivas por parte de sus compañeros de clase en una sociometría, coincidieron en mayor grado con los juicios de sus compañeros, en comparación con los que recibieron nominaciones negativas. Estos últimos tendieron a percibir que contarían con más apoyo del que realmente tenían disponible en

su medio ambiente social, lo cual sugirió que los auto-reportes de los estudiantes que recibieron nominaciones positivas y en consecuencia eran populares entre sus compañeros fueron más confiables que los de los estudiantes cuya popularidad era baja. Este estudio permitió comparar las auto-percepciones con las de un grupo de personas y consecuentemente saber con mayor precisión el grado en que las auto-percepciones coincidían con la realidad. En el caso de la medición de los eventos vitales y de la salud de los niños, se podría pedir no sólo a los niños y a sus padres que los reporten, sino incluir por ejemplo a los hermanos, amigos u otras personas cercanas al niño y comparar el grado de acuerdo entre múltiples informantes.

Un hallazgo peculiar del presente trabajo y de otros anteriores es que los niños sistemáticamente reportan estar experimentando grados de estrés mayores que los que sus padres parecen darse cuenta (e.g., Jackson & Warren, 2000). Este hecho es importante porque sugiere que posiblemente algunos padres no sean concientes del grado de tensión al que están sometidos sus hijos y consecuentemente de los riesgos sobre su salud física y mental. Por ejemplo, existe evidencia de que en algunos casos ciertos problemas que son juzgados por los padres u otros adultos como poco importantes, pero no por los niños, como el tener mucho acné o tener problemas de relación con los amigos, pueden llevar a los niños a serios grados de depresión e incluso al suicidio (e.g., Ang, Chia, & Fung, 2006; Purvis, Robison, Merry, & Watson, 2006). Ferdinand, van der Ende, y Verhulst (2007) encontraron que los juicios de padres y maestros sobre el grado de psicopatología de niños de entre cuatro y 12 años no fueron buenos predictores de conductas de auto-mutilación 14 años después. Estos hallazgos muestran que los juicios de los padres sobre el estrés al que están sometidos sus hijos o sobre la clase de síntomas emocionales que tienen no siempre corresponden con la realidad que viven los niños. No

obstante, en el Estudio 2 se encontró que la correlación entre la frecuencia con la que los niños sufrieron síntomas físicos y psicológicos fue mayor cuando se consideraron los reportes de los padres que los de los niños, lo cual sugiere que los padres fueron más realistas respecto al grado de estrés al que estuvieron sometidos sus hijos y sobre su estado de salud. Desde luego, el grado de acuerdo entre padres e hijos puede depender de múltiples variables tanto de los niños (su edad, sexo, clase social) como de los padres (su sexo, nivel educativo, clase social, grado de comunicación con su hijos o el tiempo que les dedican). Una limitante del presente estudio fue el no recabar información sociodemográfica de los padres y consecuentemente no fue posible analizar el grado de acuerdo entre padres e hijos en función de las características de los padres, lo cual hubiera permitido conocer la influencia de ciertas variables (i.e., correspondencia en el sexo de padres e hijos, nivel educativo de los padres) sobre el grado de acuerdo entre padres e hijos. Los resultados de este y otros estudios sugieren la necesidad de realizar mayor investigación que permita identificar las variables relacionadas con la forma en que niños y padres perciben los sucesos en la vida de los niños, como aquellas que intervienen en que niños y padres acuerden sobre lo que le acontece al niño.

REFERENCIAS

- Abel, E. L., & Kruger, M. L. (2005). The longevity of baseball hall of famers compared to other players. *Death Studies, 29*, 959-963.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 46*(1, Serial No.188).
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/Adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin, 101*, 213-232.
- Acuña, L., & Bruner C. A. (2006). Apoyo percibido en función de nominaciones sociométricas positivas y negativas. *Suma Psicológica, 13*, 51-66.
- Acuña, L., & Bruner, C. A. (2002a). El efecto de las personas sobre la salud. *Revista Mexicana de Psicología, 19*, 115-124.
- Acuña, L., & Bruner, C. A. (2002b). Resistencia al estrés: Efecto del apoyo social, de las estrategias de afrontamiento-evitación y de la masculinidad-feminidad. *Psicología Iberoamericana, 10*, 48-56.
- Allen, J., & Klein, R. (1996). *Ready... Set... R.E.L.A.X.* Watertown.
- Ang, R., Chia, B. H., & Fung, D. S. S. (2006). Gender differences in life stressors associated with child and adolescent suicides in Singapore from 1995 to 2003. *International Journal of Social Psychiatry, 52*, 561-570.
- Aronson, E. (2000). *Nobody left to hate: Teaching compassion after columbine.* New York: Worth.

- Bailey, D., & Garralda, M. E. (1986). The accuracy of dating childhood life events on a parental questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 30*, 655-662.
- Bailey, D., & Garralda, M. E. (1990). Life events: Children's reports. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25*, 283-288.
- Barglow, P., Edidin, D. V., Budlong-Springer, A. S., Berndt, D., Phillips, R., & Dubow, E. (1983). Diabetic control in children and adolescents: Psychosocial factors and therapeutic efficacy. *Journal of Youth and Adolescence, 12*, 77- 94.
- Barry, H. (1969). Longevity of outstanding chess players. *Journal of Genetic Psychology, 115*, 143-148.
- Bedell, J. R., Giordani, B., Amour, J. L., Tavormina, J., & Boll, T. (1977). Life stress and the psychological and medical adjustment of chronically ill children. *Journal of Psychosomatic Research, 21*, 237-242.
- Bergets, W. M. (2002). The relationship between stressful life events and leadership in children with an emphasis on explanatory styles and emotional intelligence. (Disertación doctoral, Washington University, Dissertation abstracts international: Vol. B, pp.5426.
- Brady, J. V., Porter, R. W., Conrad, D. G., & Mason, J. W. (1958). Avoidance behavior and development of gastroduodenal ulcers. *Journal of Experimental and Analyses Behavior, 1*, 69-72.
- Brady, S. S., & Matthews, K. A. (2006). Chronic stress influences ambulatory blood pressure in adolescents. *Annals of Behavioral Medicine, 31*, 80-88.
- Brislin, R. W., Lonner, W. J., & Thorndike, R. M. (1973). *Cross-cultural research methods*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

- Bruner, C. A., Acuña, L., Gallardo, L. M., Atri, R., Hernández, A., Rodríguez, W., & Robles, G. (1994). La escala de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 26, 253-269.
- Carter, K., & Biasini, F. J. (2001). Middle childhood, poverty, and adjustment: Does social support have an impact? *Psychology in the Schools*, 38, 549-560.
- Celdran, H. H. (1979). The cross-cultural consistency of two social consensus scales: The seriousness of illness rating scale and the social readjustment rating scale in Spain. Medical thesis. University of Washington, Seattle.
- Choudhury, M. S., Pimentel, S. S., & Kendall, P. C. (2003). Childhood anxiety disorders: Parent-child (dis)agreement using a structures interview for the DSM-IV. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 42, 957-964.
- Cicchetti, D. V., & Feinstein, A. (1990). High agreement but low kappa: II. Resolving the paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43, 551-558.
- Coddington, R. D. (1972a). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children: I. A survey of professional workers. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 7-18.
- Coddington, R. D. (1972b). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children: II. A study of a normal population. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 205-213.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational Psychology Measure*, 20, 37-46.
- Cowen, E. L., Pryor-Brown, L., & Lotyczewski, B. S. (1989). Young children's views of stressful life events. *Journal of Community Psychology*, 17, 369-375.

- Craig A. J., Steele, R. G., Herrera, E. A., & Phipps, S. (2003). Parent and child reporting of negative life events: Discrepancy and agreement across pediatric samples. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 579-588.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., & Murphy, D. L. (2006). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* (2006), doi: 10.1016/j.brat.2006.08.018.
- Derogatis, L. R. (1994). Symptom checklist 90. Administration Scoring and Procedures Manual. National Computer Systems. Inc. Minneapolis.
- Díaz-Guerrero, R. (1988). *Psicología del Mexicano*. México: Trillas.
- Dohrenwend, B. S. (1973). Social status and stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28, 225-235.
- Dubow, E. F., & Ullman, D. G. (1989). Assessing social support in elementary school children: The survey of children's social support. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 52-64.
- Duncan, D. F. (1977). Life stress as a precursor to adolescent drug dependence. *International Journal of the Addictions*, 12, 1047-1056.
- Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Conover, N. C., & Kalas, R. (1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 181-190.
- Fasano, F., & Muratori, F. (1996). Life events, environmental factors and children's depression. *Eta evolutiva*, 54, 49-59.
- Feinstein, A., & Cicchetti, D. V. (1990). High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43, 543-549.

- Felner, R. D., Stolberg, A. L., & Cowen, E. L. (1975). Crisis events and school mental health referral patterns of young children. *Journal of Consultation and Clinical Psychology, 43*, 302-310.
- Ferdinand, R. F., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2007). Parent-teacher disagreement regarding psychopathology in children: A risk factor for adverse outcome? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 115*, 48-55.
- Fogas, B. S., Wolchik, S. A., Braver, S. L., & Freedom, D. S. (1993). Locus of control as mediator of negative divorce related events and adjustment problems in children. *American Journal of Orthopsychiatry, 62*, 589-598.
- Forsén, A. (1991). Psychosocial stress as a risk for breast cancer. *Psychotherapy and Psychosomatics, 55*, 176-185.
- Franko, D., Striegel-Moore, R., Brown, K. M., Barton, B. A., McMahon, R. P., Schreiber, G. B., Crawford, P. B., & Daniels, S. R. (2004). Expanding our understanding of the relationship between negative life events and depressive symptoms in black and white adolescent girls. *Psychological Medicine, 34*, 1319-1330.
- Fundundis, T. (1989). Annotation: Children's memory and the assessment of possible child sex abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30*, 337-346.
- Gangestad, S. W., Simpson, J. A., DiGeronimo, K., & Biek, M. (1992). Differential accuracy in person perception across traits: Examination of a functional hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*, 688-698.
- Garrison, C. Z., Schoenbach, V. J., Schluchter, M. D., & Kaplan, B. A. (1987). Life events in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*, 865-872.

- Goodyer, D. B., Kolvin, I., & Gatzanis, S. (1985). Recent undesirable life events and psychiatric disorder in childhood and adolescence. *British Journal of Psychiatry, 147*, 517-523.
- Grill, A. E., & Ollendick, T. H. (2003). Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 30-40.
- Harmon, D. K., Masuda, M., & Holmes., T. H. (1970). The social readjustment rating scale: A comparative study of Negro, Mexican and white Americans. *Journal of Psychosomatic Research, 14*, 391-400.
- Hasnain, M., Onishi, H., & Elstein, A. S. (2004). Inter-rater agreement in judging errors in diagnostic reasoning. *Medical Education, 38*, 609–616.
- Heisel, J. S. (1972). Life changes as etiologic factors in juvenile rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research, 16*, 411-420.
- Herjanic, B., & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19*, 307-324.
- Herringer, L. G., & Haws, S. C. (1991). Perception of personality traits in oneself and others. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 125*, 33-43.
- Hobson, C. J., Kamen, J., Szostek, J., Nethercut, C. M., Tiedmann, J. W., & Wojnarowicz, S. (1998). Stressful life events: A revision and update of the social readjustment rating scale. *International Journal of Stress Management, 5*, 1-23.

- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1990). Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: An extension of the stress resistance paradigm. *Psychosomatics, 19*, 205-229.
- Holmes, T. H. (1978). Life situations, emotions and disease. *Psychosomatic, 19*, 205-229.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213-218.
- Holmes, T. H., & Ripley, H. S. (1955). Experimental studies on anxiety reactions. *American Journal of Psychiatry, 11*, 912-929.
- Itoi, H., Aoki, R., & Yoshida, K. (1998). Perception of traits: Implicit personality theory of self and others. *Perceptual and Motor Skills, 86*, 331-338.
- Jackson, Y., & Warren, J. S. (2000). Appraisal, social support, and life events: Predicting outcome behavior in school-age children. *Child Development, 71*, 1441-1457.
- Jacobs, T. J., & Charles, E. (1980). Life events and the occurrence of cancer in children. *Psychosomatic Medicine, 42*, 11-24.
- Järvelin, M. R., Moilanen, I., Vikeväinen-Tervonen, L., & Huttunen, N. P. (1989). Life changes and protective capacities in enuretic and non-enuretic children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 31*, 763-774.
- Jellineck, M. S., Murphy, J. M., & Burns B. J. (1985). Brief psychosocial screening in outpatient pediatric practice. *The Journal of Pediatrics, 109*, 371-378.
- Jewell, R. W. (1977). A quantitative study of emotion: The magnitude of emotion rating scale. Medical thesis. University of Washington, Seattle.

- Johnston, C. A., Steele, R. G., Herrera, E. A., & Phipps, J. (2003). Parent and child reporting of negative life events: Discrepancy and agreement across pediatric samples. *Journal of Pediatric Psychology, 28*, 579-588.
- Johnston, J. R. (2006). A child-centred approach to high-conflict and domestic violence families: Differential assessment and interventions. *Journal of Family Studies, 12*, 15-35.
- Kagan, J. (1994). Galen's prophecy. New York. Basic Books.
- Kashani, J. H., Hodges, K. K., Simonds, J. F., & Hilderbrant, E. (1981). Life events and hospitalization in children: A comparison with a general population. *British Journal of Psychiatry, 139*, 221-225.
- Kashani, J. H., Orvaschel, H., Burk, J. P., & Reid, J. C. (1985). Informant variance: The issue of parent-child disagreement. *Journal of American Academy of Child Psychiatry, 24*, 437-441.
- Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S., & Esveldt-Dawson, K. (1983). Assessment of childhood depression: Correspondence of child and parent ratings. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 22*, 157-164.
- Kepper, G. (1991). *Design and Analysis: A Researcher's Handbook*. New Jersey: Prentice Hall.
- Kolko, D. J., & Kazdin, A. E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*, 991-1006.
- Kurtz, L. (1994). Psychosocial coping resources in elementary school-age children of divorce. *American Journal of Orthopsychiatry, 64*, 554-563.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33*, 159-174.

- Lauer, R. (1973). The social readjustment scale and anxiety: A cross-cultural study. *Journal of Psychosomatic Research, 17*, 171-174.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York. Springer.
- Liakopoulou, M., Alifieraki, T., Katidenoiu, A., Kakourou, T., Tselalidou, E., Tsiantis, J., & Stratigos, J. (1997). Children with alopecia areata: Psychiatric symptomatology and life events. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 678-684.
- Lin, H., Katsovich, L., Ghebremichael, M. G., Findley, D. B., Grantz, H., Lombroso, P. J., King, R. A., Zhang, H., & Leckman, J. F. (2007). Psychosocial stress predicts future symptom severities in children and adolescents with Tourette syndrome and/or obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*, 157-166.
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. H., & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: A model and empirical test. *Journal of Health and Social Behavior, 20*, 108-119.
- Lucio, E., León, I., Durán, C., Bravo, E., & Velasco, E. (2001). Los sucesos de la vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental, 24*, 17-24.
- Manuck, S. B., Marsland, A. L., Kaplan, J. R., & Williams, J. K. (1995). The pathogenicity of behavior and its neuroendocrine mediation: an example from coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine, 57*, 275-283.
- Masuda, M., & Holmes, T. H. (1967a). Magnitude estimations of social readjustments. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 121-128.

- Masuda, M., & Holmes, T. H. (1967b). The social readjustment rating scale: A cross cultural study of Japanese and Americans. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 227-233.
- Masuda, M., & Holmes, T. H. (1978). Life events: Perception and frequencies. *Psychosomatic Medicine, 40*, 236-261.
- McCabe, P. M., Sheridan, J. F., Weiss, J. M., Kaplan, J. P., Natelson, B. H., & Pare, W. P. (2000). Animal models of disease. *Physiology & Behavior, 68*, 501-507.
- McCann, S. J. H. (2001). The precosity-longevity hypothesis: Earlier peaks in career achievement predict shorter lives. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*, 1429-1439.
- Mendels, J., & Weinstein, N. (1972). The schedule of recent experience: A reliability study. *Psychosomatic Medicine, 34*, 527-531.
- Miller, A. (1984). For your own good: Hidden cruelty in childrearing and the roots of violence. New York; Farrar, Straus, Giroux.
- Miller, F. T., Benty, W. K., Aponte, J. F., & Brogan, D. R. (1974). Perceptions of life crisis events: A comparative study of rural and urban samples, in stressful life events: Their nature and effects. New York, John, Wiley & Sons, 259-273.
- Monaghan, J. H., Robinson, J. O., & Dodge, J. A. (1979). The children's life events inventory. *Journal of Psychosomatic Research, 23*, 63-68.
- Muratori, F., & Fasano, F. (1997). Life events, environmental variables and child depression. *Psychopathology, 30*, 111-117.

- Neher, L., & Short, J. L. (1998). Risk and protective factors for children's substance use and antisocial behavior following parental divorce. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 154-161.
- Nesbit, T. (2006). What's the matter with social class? *Adult Education Quarterly*, 56, 171-187.
- Oltmanns, T. F., Gleason, M. E. J., Klonsky, E. D., & Turkheimer, E. (2005). Meta-perception for pathological personality traits: Do we know when others think that we are difficult? *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 14, 739-751.
- Orvaschel, H., Weissman, M. M., Padian, N., & Lowe, T. L. (1981). Assessing psychopathology in children of psychiatrically disturbed parents: A pilot study. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 24, 437-441.
- Patin, V., Lordi, B., Vincent, A., Thoumas, J. L., Vaudry, H., & Caston, J. (2002). Effects of prenatal stress on maternal behavior in the rat. *Developmental Brain Research*, 139, 1-8.
- Peterson, M. G. E., Allegrante, J. P., Augurt, A., Robbins, L., MacKenzie, R., & Cornell, C. N. (2000). Major life events as antecedents to hip fracture. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 48, 1096-1100.
- Pillay, A. L., & Descoins, S. E. (2006). Parental death and absence in children presenting for mental health care. *Psychological Reports*, 99, 248-250.
- Pronin, E. B. (2002). Blind spots in the perception of self and others. Dissertation abstracts international: Section B: The sciences and Engineering. Vol. 62(10-B), 2002, pp. 4843.
- Purvis, D., Robison, E., Merry, S., & Watson, P. (2006). Acne, anxiety, depression and suicide in teenagers: A cross-sectional survey of New Zealand secondary school students. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42, 793-796.

- Rahe, R. (1975). Epidemiological studies of life change and illness experiences. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 6, 133-146.
- Reading, R. (2006). Social class inequalities in childhood mortality and morbidity in an English population. *Child: Care, Health and Development*, 32, 390-391.
- Rende, R. D., & Plomin, R. (1991). Child and parent perceptions of the upsettingness of major life events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 627-633.
- Sande, G. N., Goethals, G. R., & Radloff, C. E. (1988). Perceiving one's own traits and others: The multifaceted self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 13-20.
- Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.
- Scully, J. A., Tosi, H., & Banning, K. (2000). Life events checklists: Revisiting the social readjustment rating scale after 30 years. *Educational and Psychological Measurement*, 60, 864-876.
- Seligman, M. E. P. (1968). Chronic fear produced by unpredictable electric shock. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 66, 402-411.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Spuergon, A., Jackson, C. A., & Beach, J. R. (2001). The Life Events Inventory: re-scaling based on an occupational sample. *Occupational Medicine*, 51, 287-293.
- Stevens, G. D. (2006). Gradients in the health status and developmental risks of young children: The combined influences of multiple social risk factors. *Maternal & Child Health Journal*, 10, 187-199.

- Stober, M. (1984). Stressful life events associated with bulimia in anorexia nervosa: Empirical findings and theoretical speculations. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 3-16.
- Swearingen, E. M., & Cohen, L. H. (1985). Measurement of adolescents' life events: The junior high life experiences survey. *American Journal of Community Psychology*, 13, 69-85.
- Tang, J. (2002). Predicting factors of parent and child agreement on ratings of child emotional and behavioral problems. *Perspectives in Psychology*, 12-19.
- Tooth, L. R., Mckenna, K. T., Smith, M., & O'Rourke, P. K. (2003). Reliability of scores between stroke patients and significant others on the reintegration to normal living (RNL) index. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 25, 433-440.
- Triandis, H. C. (2001). Individualism-collectivism and personality. *Journal of Personality*, 69, 907-924.
- Turner, J. M., & Steptoe, A. (1998). Psychosocial influences on upper respiratory infectious illness in children. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 319-330.
- Turner, R. J., Wheaton, B., & Lloyd, D. A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, 104-125.
- Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (1992). Agreement between parent's reports and adolescents self-reports of problem behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 1011-1023.
- Vincent, K. R., & Rosenstock, H. A. (1979). The relationship between stressful life events and hospitalized adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, 262-264.

- Waaktaar, T., Borge, A. I. H., Fundingsrud, H. P., Christie, H. J., & Torgersen, S. (2004). The role of stressful life events in the development of depressive symptoms in adolescence: A longitudinal community study. *Journal of Adolescence, 27*, 153-163.
- Warner, D. F., & Hayward, M. D. (2006). Early-life origins of the race gap in men's mortality. *Journal of Health and Social Behavior, 47*, 209-226.
- Weissman, M. M., Orvaschel, H., & Padian, N. (1980). Children's symptom and social functioning self-report scales. Comparison of mother's and children's reports. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 16*, 736-740.
- Welner, Z., Reich, W., Herjanic, B., Jung, K. G., & Amado, H. (1987). Reliability, validity, and parent-child agreement studies of the diagnostic interview for children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*, 649-654.
- Wetzel, D. (2002). The impact of the death of a parent on the academic achievement of children. Dissertation abstracts international: Section A: Humanities and Social Sciences. Vol. 63(1-A), Junio 2002, pp. 89.
- Whetington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior, 27*, 78-89.
- Winnicott, D. W. (1988). *Babies and their mothers*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Woon, T., Masuda, M., Wagner, M., & Holmes, T. H. (1971). The social readjustment rating scale: A cross-cultural study of Malaysians and Americans. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 2*, 273-286.
- Wyler, A., Masuda, M., & Holmes, T. H. (1971). Magnitude of life events and seriousness of illness. *Psychosomatic Medicine, 33*, 115-122.

- Yamamoto, K., & Davis, O. L. (1982). Views of Japanese and American children concerning stressful experiences. *The Journal of Social Psychology, 116*, 163-171.
- Yamamoto, K., & Felsenthal, H. M. (1982). Stressful experiences of children: Professional judgments. *Psychological Reports, 50*, 1087-1093.
- Yamamoto, K., & Mahlios, M. C. (2001). Home is where begins: Parents, children, and stressful events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 533-537.
- Yamamoto, K., Soliman, A., Parsons, J., & Davis, O. L. (1987). Voices in unison: Stressful events in the lives of children in six countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28*, 855-864.
- Yamamoto, K., van der Westhuizen, P., & Davis, O. L. (1996). South African children and stressful events: A glimpse into the land of diversity. *Acta Académica, 29*, 90-103.
- Yeaworth, R., York, J., Hussey, M., Ingle, M., & Goodwin, T. (1980). *The development of an adolescence, 15*, 91-97.
- Yeh, M., & Weisz, J. R. (2001). Why are we here at the clinic? Parent-child (dis)agreement on referral problems at outpatient treatment entry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 1018-1025.

Apéndice A

Escala de Reajuste Social para niños de primaria (Coddington, 1972a)

versión utilizada por los maestros para asignar puntajes LCU

ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL PARA NIÑOS DE PRIMARIA

Estimado Maestro(a):

Queremos su ayuda para determinar la importancia de ciertos eventos que afectan el ajuste social de niños y niñas de entre 6 y 12 años. Por favor lea las siguientes instrucciones y dé las calificaciones pertinentes.

- a) El ajuste social incluye la cantidad y la duración de un cambio en el patrón de vida usual de un niño o niña como resultado de varios eventos vitales. Por definición, el reajuste social mide la intensidad y el periodo de tiempo necesario para acomodarse a un evento vital, independientemente de qué tan deseable sea el evento. En otras palabras, el nacimiento de un hermano o hermana puede ser considerado un evento excitante e interesante o un evento no deseado, pero en cualquier caso, requiere una cierta cantidad de reajuste social.
- b) Le pedimos que puntúe una serie de eventos vitales en función del grado relativo de ajuste necesario para niños y niñas de primaria. Para asignar el puntaje, utilice toda su experiencia, tanto personal, como la que ha adquirido de otras personas. Algunos niños se acomodan a los cambios más rápidamente que otros y algunos se ajustan con particular facilidad o dificultad sólo a ciertos eventos. Por lo tanto, trate de dar su opinión sobre el *grado promedio* de ajuste necesario para cada evento, más que basada en los extremos.
- c) La forma para asignar los puntajes es la siguiente:
Al evento 1, nacimiento de un hermano o hermana, se le asignó arbitrariamente un valor de 500. Al ver los siguientes eventos pregúntese ¿será que este evento requiere un mayor o un menor ajuste por parte del niño o niña que el nacimiento de un hermano o hermana? ¿Será que el ajuste requerirá un mayor o un menor tiempo que el nacimiento de una hermana o hermano?
Si usted decide que el evento requiere de un mayor ajuste y de un lapso mayor de tiempo que el evento 1, entonces asígnele un número proporcionalmente mayor y escríbalo en la línea que aparece junto a cada evento (columna titulada *valores*). Si usted decide que el evento requiere un menor ajuste, entonces indique qué tanto menos, escribiendo un número proporcionalmente menor en la línea correspondiente. (Si un evento requiere un ajuste intenso en un periodo corto de tiempo, puede ser aproximadamente igual en valor a un evento que requiere un menor ajuste sobre un periodo largo de tiempo) Si el evento requiere el mismo grado de ajuste que el evento 1, asígnele un valor de 500. No hay límite para los números que usted puede usar, pero por favor acuérdesse que estamos interesados en su opinión sobre el grado promedio de ajuste necesario para cada evento, no en valores extremos.
- d) Si existe algún evento que de acuerdo con su experiencia requiera un ajuste social por parte de un niño o niña de primaria y que no esté incluido en la siguiente lista, por favor inclúyalo y asígnele el valor relativo apropiado.

Agradecemos de antemano su ayuda.

Antes de dar las calificaciones pertinentes a cada evento vital, por favor proporcione los siguientes datos personales:

Sexo: () Femenino () Masculino Edad: _____

Estado Civil: () Soltero (a) () Casado (a)
() Divorciado (a) () Unión Libre.

Número de Años Viviendo con una Pareja Esposo (a), Compañero (a): _____

Número de Hijos: _____ Edades: _____

Número de Hijas: _____ Edades: _____

Número de Años como Docente: _____

Grados escolares en los que ha enseñado: _____

Grado (s) escolar (es) en el que actualmente enseña: _____

La (s) escuela (s) donde imparte clase es (son): () Pública (s) () Privada (s)

Grado máximo de estudios: _____

Su ingreso familiar mensual es aproximadamente: \$ _____

Número de personas que dependen del ingreso familiar mensual: _____

ESCALA DE EVENTOS VITALES

Eventos.	Valores
1.- Nacimiento de un hermano o hermana	500
2.- Muerte del padre o de la madre	_____
3.- La madre empieza a trabajar	_____
4.- Cambio importante en la aceptación del niño (a) por sus compañeros	_____
5.- Enfermedad seria de un hermano o hermana que requiere hospitalización	_____
6.- Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre	_____
7.- La madre o el padre se vuelven a casar	_____
8.- Algún adulto (e. g., abuelos, tíos, etc.) empieza a vivir en la misma casa del niño (a)	_____
9.- Divorcio de los padres	_____
10.- Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño (a)	_____
11.- Separación de los padres	_____
12.- Aumento en el número de discusiones entre los padres	_____
13.- Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de casa	_____
14.- Suspensión de la escuela	_____
15.- Aumento en el número de discusiones del niño (a) con sus padres	_____
16.- Enfermedad grave que requiere hospitalización de alguno de los padres	_____
17.- Inicio de un nuevo grado escolar	_____
18.- Descubrimiento de ser un hijo (a) adoptado (a)	_____
19.- Disminución en el número de discusiones entre los padres	_____
20.- Embarazo de una hermana adolescente no casada	_____
21.- Cambio de escuela	_____
22.- Muerte de un (a) amigo (a) cercano (a)	_____
23.- Disminución en el número de discusiones del niño (a) con sus padres	_____
24.- El niño (a) se inicia en el uso de drogas o de bebidas alcohólicas	_____
25.- Asistencia a la escuela por primera vez	_____
26.- El niño (a) se convierte en un miembro activo de una iglesia	_____
27.- Muerte de un hermano o hermana	_____
28.- Cambio importante en la situación financiera de los padres	_____
29.- Muerte de un abuelo o abuela	_____
30.- Un hermano o hermana se van de la casa	_____
31.- Adquisición de una deformidad visible	_____
32.- Obtención por parte del niño (a) de un logro personal sobresaliente	_____
33.- Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos	_____
34.- Pérdida del trabajo por el padre o la madre	_____
35.- El niño(a) tiene una deformidad congénita visible	_____
36.- El niño(a) reprueba un grado escolar	_____
Eventos adicionales	
1.- _____	_____
2.- _____	_____
3.- _____	_____
4.- _____	_____
5.- _____	_____

Apéndice B

Análisis factorial de la Escala de Síntomas Físicos y Psicológicos (Allen & Klein, 1996) para las respuestas de padres y niños

Antes de determinar la relación existente entre los eventos vitales experimentados por los niños y su grado de salud, fue necesario conocer si la ESFP (Allen & Klein, 1996) efectivamente mide dos dimensiones de la salud, una física y otra psicológica. En consecuencia, se realizaron dos análisis factoriales de componentes principales. El primero para las respuestas dadas por los niños y el segundo análisis para las respuestas dadas por los padres a cada uno de los 37 reactivos de la escala. Se reportan primero los resultados del análisis factorial de la ESFP obtenidos con las respuestas de los niños y posteriormente los obtenidos con las respuestas de los padres.

Estructura factorial de la ESFP con las respuestas de los niños

Sólo se incluyeron en el análisis factorial aquellos reactivos con una comunalidad de .30 o más. De los 37 reactivos, 13 (sufrir diarrea, estar estreñido, tener taquicardias, tener un exceso de apetito, sentir que te falta el aire, tener la boca o la garganta secas, rechinar los dientes, sentirte ansioso, tener un estado general de enojo o cólera, mostrar excitabilidad, sobresalto o mucha inquietud, estar excesivamente aburrido, tener risa nerviosa y creer que se tiene una carencia de amigos) no cumplieron con este requisito por lo que fueron excluidos del análisis factorial. La Tabla B1 muestra las comunalidades de los reactivos que permanecieron en el análisis.

Antes de hacer una rotación varimax y con los reactivos que permanecieron en el análisis, se comprobó mediante las pruebas Kaiser-Meyer-Olkin (.87) y de esfericidad de Bartlett X^2 (276) = 1772, $p < .001$ que la matriz de correlación era factorizable.

Tabla B1

Comunalidades de los reactivos de la ESFP para el análisis factorial de los niños y los padres. Los reactivos con comunalidades menores de .30 fueron eliminados

Síntomas	Comunalidades	
	Niños	Padres
1. Tener dolor de cabeza	.36	.34
2. Estar estreñido	-	.31
3. Sentir náuseas	.54	.50
4. Sufrir de gastritis	.43	.31
5. Tener taquicardias	-	.43
6. Tener dolores frecuentes en alguna parte del cuerpo	.42	.40
7. Tener tensión muscular o tics	.44	.30
8. Tener falta de apetito	.33	.37
9. Tener un exceso de apetito	-	.44
10. Tener insomnio	.37	.60
11. Despertarse a la mitad de la noche	.37	.48
12. Tener pesadillas	.33	.54
13. Sentirse cansado	.30	.49
14. Sentir que le falta el aire	-	.56
15. Tener la boca o la garganta secas	-	.48
16. Rechinar los dientes	-	.38
17. Tartamudear	.47	.41
18. Tener incontrolables ganas de llorar o incapacidad para llorar	.41	.45
19. Sentirse ansioso	-	.59
20. Sentirse nervioso	.38	.50
21. Sentirse preocupado	.38	.43
22. Sentir mareos o debilidad	.36	.53
23. Mostrar irritabilidad o facilidad de alterarse	.34	.43
24. Estar deprimido	.37	.63
25. Estar distraído	.39	.40
26. Sentirte abrumado o incapaz de competir por lo que quiere	.43	.54
27. Sentir que no puede iniciar una tarea	.51	.57
28. Mostrar excitabilidad, sobresalto o mucha inquietud	-	.58
29. Estar excesivamente aburrido	-	.53
30. Tener sentimientos de rechazo todo el tiempo	.40	.50
31. Tener problemas para concentrarse	.36	.64
32. Tener dificultades para terminar una actividad	.37	.58
33. Tener risa nerviosa	-	.46
34. Creer que se tiene una carencia de amigos	-	.44
35. Incapacidad para terminar una tarea asignada	.44	.61

Se encontraron tres factores interpretables que explicaron el 39.31% de la varianza. En la Tabla B2 se muestran los reactivos que integraron cada uno de los tres factores encontrados, así como sus respectivas cargas factoriales. Se estableció una carga factorial mínima de .30 como punto de corte para incluir a una variable en la definición de los factores.

Como muestra la Tabla B2, el primer factor estuvo integrado por 9 reactivos. Los cuales reflejan problemas de falta de concentración. Este factor explicó el 13.66 % de la varianza y tuvo una alta consistencia interna, alpha de Cronbach igual a .79. El segundo factor estuvo integrado por 6 reactivos que muestran la presencia de síntomas psicósomáticos y de depresión. Este factor explicó el 13 % de la varianza y tuvo una consistencia interna de .74. El tercer factor estuvo integrado por 9 reactivos que muestran síntomas físicos. Este tercer factor explicó el 12.64% de la varianza y tuvo una consistencia interna de .75. La consistencia interna de los 24 síntomas incluidos en el análisis fue igual a .87.

Tabla B2

Los 3 factores encontrados en el análisis de la ESFP con las respuestas de los niños integrados por los reactivos y con sus respectivas cargas factoriales

Reactivo	Carga factorial
<i>Factor 1</i> <i>Falta de concentración</i>	
1. Sentirte abrumado o incapaz de competir por lo que quieres	.628
2. Sentir que no puedes iniciar una tarea	.620
3. Estar distraído	.618
4. Tener dificultades para terminar una actividad	.600
5. Tener problemas para concentrarse	.572
6. Sentirte nervioso	.556
7. Incapacidad para terminar una tarea asignada.	.538
8. Sentirte preocupado	.465
9. Mostrar irritabilidad o facilidad de alterarse	.379
$\alpha = .79$	
<i>Factor 2</i> <i>Síntomas psicósomáticos y depresión</i>	
1. Tartamudear	.659
2. Tener dolores frecuentes en alguna parte del cuerpo	.624
3. Tener tensión muscular o tics	.621
4. Tener sentimientos de rechazo todo el tiempo	.593
5. Estar deprimido	.544
6. Tener ganas incontrolables de llorar o incapacidad para llorar	.504
$\alpha = .74$	
<i>Factor 3</i> <i>Síntomas físicos</i>	
1. Sentir náuseas	.671
2. Sufrir de gastritis	.643
3. Tener dolor de cabeza	.592
4. Despertarse a la mitad de la noche	.540
5. Tener pesadillas	.537
6. Tener insomnio	.513
7. Tener falta de apetito	.494
8. Sentirte cansado	.433
9. Sentir mareos o debilidad	.406
$\alpha = .75$	

Análisis factorial de la ESFP con las respuestas de los padres

Al igual que en el caso de las respuestas dadas por los niños, se estableció una comunalidad de .30 o más para incluir un reactivo en el análisis. De los 37 síntomas de la ESFP, dos de ellos fueron excluidos por no cumplir con este criterio (sufrir diarrea y tener un estado general de enojo o cólera). En la Tabla B1, se presentan las comunalidades de los 35 reactivos que permanecieron en el análisis. Antes de hacer la rotación varimax, y con los reactivos que permanecieron en el análisis, se comprobó mediante las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (.90) y de esfericidad de Bartlett $X^2(595) = 2550, p < .001$ que la matriz de correlación era factorizable. Se encontraron tres factores interpretables que explicaron el 47.83% de la varianza. En la Tabla B3 se muestran los reactivos que integraron cada uno de los tres factores encontrados, así como sus respectivas cargas factoriales. Se estableció como punto de corte una carga factorial mínima de .30 para incluir a una variable en la definición de los factores.

En la Tabla B3 se muestra que el primer factor estuvo compuesto por 14 reactivos relacionados con problemas de ansiedad y depresión. Este primer factor explicó 18.54% de la varianza y tuvo una alta consistencia interna, alpha igual a .91. Doce reactivos integraron el segundo factor que refleja problemas de falta de concentración. Este factor explicó el 15.52% de la varianza y tuvo también una alta consistencia interna ($\alpha = .89$). El tercer factor estuvo integrado por 9 reactivos que muestran problemas de sueño y malestares estomacales. Este factor explicó el 13.77% de la varianza y tuvo una confiabilidad interna de .83. Los 36 síntomas que permanecieron en el análisis obtuvieron una consistencia interna igual a .95.

Los resultados obtenidos en ambos análisis factoriales, tanto de los niños como de los padres, arrojaron una solución de tres factores similares. En el caso de los resultados de los niños en el primer factor, denominado falta de concentración, se observó que se agruparon solamente malestares psicológicos pertenecientes a este desorden, mientras que en los resultados del análisis de los padres, (el factor número dos) se encontró que se incluyeron en este algunos síntomas físicos como dolor de cabeza, taquicardias y tensión muscular. En el factor dos de los resultados de los niños, se incluyeron síntomas de depresión y algunos síntomas psicósomáticos, mientras que en el factor de los padres también incluyó síntomas de ansiedad. Se observó una mayor correspondencia entre padres e hijos en el Factor 3 sobre síntomas físicos y de sueño.

Apéndice C

Cuestionario de Datos Personales, Versiones en español de la Escala de Reajuste Social para niños de primaria, y Escala de Síntomas Físicos y Psicológicos aplicada a niños y a sus padres

CUESTIONARIO PARA NIÑOS DE PRIMARIA

Instrucciones Generales: El siguiente cuestionario pretende conocer algunos aspectos relacionados con los niños de primaria. Debes de tener muy en cuenta que no hay respuestas buenas o malas, por lo que se te pide que contestes únicamente con la verdad.

Este cuestionario incluye tres secciones. Lee las instrucciones específicas de cada sección antes de contestar.

Sección 1. Datos Generales

Instrucciones: Contesta en los espacios en blanco lo que se te pide.

Nombre: _____

Edad: _____ Grado: _____

Número de hermanos: _____

Sección 2. Eventos vitales

Instrucciones: A continuación encontrarás una lista con 36 eventos vitales, que son acontecimientos que te pudieron haber ocurrido o no, desde que inició el año escolar. Lee con cuidado cada uno de los eventos y anota en el espacio entre los paréntesis de la derecha una cruz (X) si ese evento en particular te ocurrió. Deja en blanco ese espacio si el evento no te ocurrió. Toma en cuenta los meses a partir del primer mes de año, o sea la fecha a partir de la cual regresaste de vacaciones a la escuela hasta el día de hoy (junio) e inició este año escolar.

ESCALA DE EVENTOS VITALES

No. Evento

1. Tuviste un hermano o una hermana ()
2. Se murió tu papá o tu mamá ()
3. Tu mamá consiguió un nuevo trabajo ()
4. Algunos de tus compañeros ya no quieren ser tus amigos, ya no han querido jugar contigo o te has pelado mucho con ellos ()
5. Alguno de tus hermanos o hermanas se enfermó mucho, lo llevaron al hospital y se tuvo que quedar ahí unos días ()
6. Metieron a la cárcel a tu papá o a tu mamá por un año o más ()
7. Tu mamá se casó con alguien que no es tu papá o tu papá se casó con alguien que no es tu mamá ()
8. Alguno de tus abuelos, de tus tíos o amigo(a) de alguno de tus papás vino a tu casa y se quedó a vivir con ustedes ()
9. Tu papá y tu mamá se divorciaron ()
10. Te enfermaste mucho, te llevaron al hospital y te quedaste ahí algunos días ()
11. Tu mamá y tu papá dejaron de vivir juntos ()
12. Tus papás se pelearon más que de costumbre ()
13. Tu papá consiguió un nuevo trabajo y está más tiempo fuera de tu casa ()
14. Tu maestro(a) o el director(a) te prohibieron venir a la escuela por unos días o semana ()
15. Te has peleado más con tus papás ()
16. Tu mamá o tu papá se enfermaron mucho, los llevaron al hospital y se quedaron ahí unos días ()
17. Empezó un nuevo año escolar (pasaste de 1° a 2°) ()
18. Te diste cuenta que tus papás te adoptaron ()
19. Tu mamá y tu papá se pelearon menos que de costumbre ()
20. Alguna de tus hermanas que no se ha casado está esperando o tuvo un bebé ()
21. Te cambiaste de escuela ()
22. Uno(a) de tus mejores amigos(as) se murió ()
23. Te has peleado menos con tus papas ()
24. Empezaste a tomar alguna droga o a tomar alguna bebida alcohólica ()
25. Por primera vez viniste a la escuela ()
26. Fuiste a la iglesia por primera vez ()
27. Alguno de tus hermanos o hermanas se murió ()
28. Tu papá o tu mamá están ganando menos dinero o más dinero que antes ()
29. Tu abuelito o tu abuelita se murió ()
30. Alguno de tus hermanos o hermanas se fue de la casa y ya no vive con ustedes ()
31. Tuviste un accidente o enfermedad que te dejó una marca muy fea que otros pueden ver fácilmente ()
32. Obtuviste un premio por algo maravilloso que hiciste o lograste hacer algo maravilloso que mereció un reconocimiento ()
33. Metieron a la cárcel a tu papá o a tu mamá por pocos días (un mes o menos) ()
34. Tu papá o tu mamá perdieron su trabajo ()
35. Tienes alguna marca muy fea o una deformidad con la que naciste y que otros pueden ver fácilmente ()
36. Reprobaste el año ()

Sección 3. Síntomas.

Instrucciones: En esta sección queremos saber como te has sentido en los últimos meses por lo que te pedimos que nos respondas a las siguientes preguntas. A continuación encontraras una lista que contiene algunos síntomas físicos o psicológicos y enseguida cinco números colocados entre paréntesis. Lee cada uno de los síntomas y piensa con que frecuencia te sentiste así desde que inició este año escolar. Marca con una cruz (X) el paréntesis que corresponda mejor a las veces que te has enfermado de ese síntoma. Por ejemplo:

Si te pregunta:

	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
Tuviste calentura.....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Si tu respuesta es Frecuentemente Marca con una X sobre el número (4). No dejes ningún síntoma sin contestar y elige solamente una de las respuestas.

Puedes hacer preguntas sobre cualquier duda que tengas con respecto a la forma en la que debes contestar el cuestionario o sobre el significado de alguna de las palabras que no conozcas.

Si por el momento no tiene ninguna duda sobre el cuestionario, pueden empezar a contestarlo.

Gracias.

ESCALA DE SINTOMAS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS

No. Síntoma	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Tener dolor de cabeza	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Sufrir de diarrea	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Estar estreñido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Sentir náuseas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Sufrir de gastritis	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Tener taquicardias	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Tener dolores frecuentes en alguna parte del cuerpo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Tener tensión muscular o tics	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Tener falta de apetito	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Tener un exceso de apetito	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Tener insomnio	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Despertarse a la mitad de la noche	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Tener pesadillas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Sentirse cansado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Sentir que te falta el aire	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Tener la boca o la garganta secas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Rechinar los dientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Tartamudear	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Tener ganas incontrolables de llorar o incapacidad para llorar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Sentirte ansioso	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Sentirte nervioso	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Sentirte preocupado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Sentir mareos o debilidad	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Mostrar irritabilidad o facilidad de alterarse	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Estar deprimido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Estar distraído	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Tener un estado general de enojo o cólera	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Sentirte abrumado o incapaz de competir por lo que quiere	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Sentir que no puedes iniciar una tarea	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Mostrar excitabilidad, sobresalto o mucha inquietud	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31. Estar excesivamente aburrido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32. Tener sentimientos de rechazo todo el tiempo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33. Tener problemas para concentrarse	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34. Tener dificultades para terminar una actividad	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35. Tener risa nerviosa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36. Creer que se tiene una carencia de amigos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37. Incapacidad para terminar una tarea asignada	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

CUESTIONARIO PARA PADRES DE PRIMARIA

Instrucciones Generales: El siguiente cuestionario pretende conocer algunos aspectos relacionados con los niños de primaria. Por ello le pedimos que las respuestas que dé a este cuestionario tengan como referencia, los eventos y los síntomas de su hijo (a). Es decir, usted deberá dar la información requerida con respecto a su hijo (a). Debe de tener muy en cuenta que no hay respuestas buenas o malas, por lo que se le pide que conteste únicamente con la verdad.

Este cuestionario incluye tres secciones. Lea las instrucciones específicas de cada sección antes de contestar. Recuerde que los datos que aquí reporte serán sobre su hijo (a).

Sección 1. Datos Generales

Instrucciones: Contesta en los espacios en blanco lo que se te pide.

Nombre: _____

Edad: _____ Grado: _____

Número de hermanos: _____

Sección 2. Eventos vitales

Instrucciones: A continuación encontrará una lista con 36 eventos vitales, que son acontecimientos que le pudieron haber ocurrido o no a su hijo (a), durante los últimos seis meses. Lea con cuidado cada uno de los eventos y anote en el espacio entre los paréntesis de la derecha una cruz (X) si ese evento en particular le ocurrió a su hijo (a). Deje en blanco ese espacio si el evento no le ocurrió. Tome en cuenta los meses a partir del primer mes de año, o sea la fecha a partir de la cual los niños regresaron de vacaciones a la escuela hasta el día de hoy (junio).

ESCALA DE EVENTOS VITALES

No. Evento

1. Nacimiento de un hermano o hermana ()
2. Muerte del padre o de la madre ()
3. La madre empieza a trabajar ()
4. Cambio en la aceptación del niño(a) por sus compañeros ()
5. Enfermedad seria de un hermano o de una hermana que requirió hospitalización ()
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre ()
7. Madre o padre se vuelven a casar ()
8. Algún adulto (e.g, abuelos, tíos, etc.) llegó a vivir en la casa donde habita el niño ()
9. Divorcio de los padres ()
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño ()
11. Separación de los padres ()
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres ()
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de casa ()
14. Suspensión de la escuela ()
15. Aumento en el número de discusiones del niño con sus padres ()
16. Enfermedad grave de alguno de los padres que requiere hospitalización ()
17. Inicio de un nuevo grado escolar ()
18. Descubrimiento de ser un hijo adoptado ()
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres ()
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada ()
21. Cambio de escuela ()
22. Muerte de un amigo cercano ()
23. Disminución en el número de discusiones del niño (a) con sus padres ()
24. Inicio en el uso de drogas o bebidas alcohólicas ()
25. Asistencia a la escuela por primera vez ()
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de la iglesia ()
27. Muerte de un hermano o hermana ()
28. Cambio en la situación financiera de los padres (aumento o disminución del ingreso familiar) ()
29. Muerte de un abuelo o una abuela ()
30. Un hermano o hermana se va de la casa ()
31. Adquisición de una deformidad visible ()
32. Obtención de un logro personal sobresaliente ()
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos ()
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre ()
35. El niño(a) tiene un deformidad congénita visible ()
36. Reprobación de un grado escolar ()

Sección 3. Síntomas.

Instrucciones: En esta sección queremos saber como se ha sentido en los últimos meses su hijo (a) por lo que le pedimos que nos responda a las siguientes preguntas. A continuación encontrará una lista que contiene algunos síntomas físicos o psicológicos y enseguida cinco números colocados entre paréntesis. Lea cada uno de los síntomas y piense con que frecuencia su hijo (a) se ha sentido así. Marque con una cruz (X) el paréntesis que corresponda mejor a las veces en las que se ha enfermado de ese síntoma su hijo (a). Por ejemplo:

Si le pregunta:

	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
Tuvo calentura.....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Si su respuesta es que su hijo (a) Frecuentemente presenta este malestar, marque con una X sobre el número (4). No deje ningún síntoma sin contestar y elija solamente una de las respuestas.

Puede hacer preguntas sobre cualquier duda que tenga con respecto a la forma en la que debe contestar el cuestionario o sobre el significado de alguna de las palabras que no conozca.

Si por el momento no tiene ninguna duda sobre el cuestionario, puede empezar a contestarlo.

Gracias.

ESCALA DE SINTOMAS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS

No. Síntoma	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Tener dolor de cabeza	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Sufrir de diarrea	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Estar estreñido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Sentir náuseas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Sufrir de gastritis	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Tener taquicardias	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Tener dolores frecuentes en alguna parte del cuerpo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Tener tensión muscular o tics	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Tener falta de apetito	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Tener un exceso de apetito	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Tener insomnio	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Despertarse a la mitad de la noche	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Tener pesadillas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Sentirse cansado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Sentir que le falta el aire	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Tener la boca o la garganta secas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Rechinar los dientes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Tartamudear	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Tener ganas incontrolables de llorar o incapacidad para llorar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Sentirse ansioso	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Sentirse nervioso	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Sentirse preocupado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Sentir mareos o debilidad	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Mostrar irritabilidad o facilidad de alterarse	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Estar deprimido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Estar distraído	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Tener un estado general de enojo o cólera	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Sentirse abrumado o incapaz de competir por lo que quiere	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Sentir que no puede iniciar una tarea	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Mostrar excitabilidad, sobresalto o mucha inquietud	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31. Estar excesivamente aburrido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32. Tener sentimientos de rechazo todo el tiempo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33. Tener problemas para concentrarse	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34. Tener dificultades para terminar una actividad	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35. Tener risa nerviosa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36. Creer que se tiene una carencia de amigos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37. Incapacidad para terminar una tarea asignada	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Apéndice D

Coeficientes *Ppos*, acuerdo y desacuerdos para cada uno de los eventos con niveles de acuerdo confiables de la Escala de Reajuste Social para niños de la muestra divididos en función de las variables demográficas (sexo, grado escolar y tipo de escuela)

Tabla D1

Coefficientes *Ppos* y número de varones y sus padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los eventos vitales del SRRS

No. Evento	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
ACUERDO CONFIABLE					
2. Muerte del padre o de la madre	1.00	76	0	0	0
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos	1.00	76	0	0	0
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre	0.99	75	0	1	0
35. El niño(a) tiene un deformidad congénita visible	0.99	74	0	0	2
7. Madre o padre se vuelven a casar	0.98	73	0	3	0
18. Descubrimiento de ser un hijo adoptado	0.98	73	0	1	2
24. Inicio en el uso de drogas o bebidas alcohólicas	0.98	73	0	2	1
25. Asistencia a la escuela por primera vez	0.98	73	0	3	0
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada	0.97	72	0	2	2
31. Adquisición de una deformidad visible	0.97	72	0	1	3
11. Separación de los padres	0.96	68	3	3	2
36. Reprobación de un grado escolar	0.96	66	4	2	4
9. Divorcio de los padres	0.95	69	0	2	5
14. Suspensión de la escuela	0.95	66	3	2	5
21. Cambio de escuela	0.95	65	4	5	2
22. Muerte de un amigo cercano	0.95	69	0	1	6
1. Nacimiento de un hermano o hermana	0.94	64	4	5	3
16. Enfermedad grave de alguno de los padres que requiere hospitalización	0.94	67	0	2	7
27. Muerte de un hermano o hermana	0.94	67	0	0	9
30. Un hermano o hermana se va de la casa	0.94	67	1	0	8
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre	0.94	66	2	5	3
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño	0.93	66	0	0	10
5. Enfermedad seria de un hermano o de una hermana que requirió hospitalización	0.91	63	0	2	11
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres	0.91	62	2	7	5
29. Muerte de un abuelo o una abuela	0.91	61	3	6	6
8. Algún adulto (e.g, abuelos, tíos, etc.) llegó a vivir en la casa donde habita el niño	0.85	54	3	3	16
3. La madre empieza a trabajar	0.83	49	7	8	12
15. Aumento en el número de discusiones del niño con sus padres	0.83	53	2	15	6
4. Cambio en la aceptación del niño por sus compañeros	0.81	52	0	3	21
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de la iglesia	0.77	44	5	2	25
32. Obtención de un logro personal sobresaliente	0.77	46	2	3	25
23. Disminución en el número de discusiones del niño (a) con sus padres	0.76	47	0	1	28
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de casa	0.74	41	6	7	22
28. Cambio en la situación financiera de los padres (aumento o disminución del ingreso familiar)	0.70	37	8	4	27
ACUERDO NO CONFIABLE					
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	0.52	25	5	3	43
17. Inicio de un nuevo grado escolar	0.35	14	10	6	46

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del evento; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del evento; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del evento y el padre su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del evento mientras que el padre no lo hizo.

Tabla D2

Coeficientes *Ppos* y número de niñas y sus padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los eventos vitales del SRRS

No. Evento	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
ACUERDO CONFIABLE					
2. Muerte del padre o de la madre	1.00	80	0	0	0
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre	1.00	80	0	0	0
24. Inicio en el uso de drogas o bebidas alcohólicas	0.99	79	0	0	1
25. Asistencia a la escuela por primera vez	0.99	78	0	2	0
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos	0.99	79	0	0	1
36. Reprobación de un grado escolar	0.99	78	0	1	1
7. Madre o padre se vuelven a casar	0.98	77	0	0	3
27. Muerte de un hermano o hermana	0.98	77	0	2	1
9. Divorcio de los padres	0.97	75	1	0	4
14. Suspensión de la escuela	0.97	76	0	1	3
18. Descubrimiento de ser un hijo adoptado	0.97	75	0	2	3
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada	0.97	75	0	1	4
31. Adquisición de una deformidad visible	0.97	75	0	0	5
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre	0.97	75	1	4	0
35. El niño(a) tiene un deformidad congénita visible	0.96	73	1	0	6
11. Separación de los padres	0.95	70	3	2	5
1. Nacimiento de un hermano o hermana	0.93	67	3	6	4
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño	0.93	69	0	1	10
21. Cambio de escuela	0.93	64	7	1	8
30. Un hermano o hermana se va de la casa	0.93	69	1	1	9
22. Muerte de un amigo cercano	0.92	67	1	4	8
5. Enfermedad seria de un hermano o de una hermana que requirió hospitalización	0.91	67	0	2	11
29. Muerte de un abuelo o una abuela	0.90	61	6	3	10
15. Aumento en el número de discusiones del niño con sus padres	0.89	63	1	8	8
16. Enfermedad grave de alguno de los padres que requiere hospitalización	0.89	63	2	5	10
8. Algún adulto (e. g. abuelos, tíos, etc.) llegó a vivir en la casa donde habita el niño	0.88	60	3	3	14
3. La madre empieza a trabajar	0.87	56	7	6	11
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres	0.87	59	3	5	13
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de casa	0.79	50	4	12	14
32. Obtención de un logro personal sobresaliente	0.77	48	4	9	19
23. Disminución en el número de discusiones del niño (a) con sus padres	0.74	46	2	6	26
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de la iglesia	0.72	44	1	6	29
ACUERDO NO CONFIABLE					
28. Cambio en la situación financiera de los padres (aumento o disminución ingreso)	0.69	40	4	10	26
4. Cambio en la aceptación del niño por sus compañeros	0.68	38	6	5	31
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	0.67	38	5	3	34
17. Inicio de un nuevo grado escolar	0.41	18	11	6	45

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del evento; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del evento; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del evento y el padre su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del evento mientras que el padre no lo hizo.

Tabla D3

Coefficientes *Ppos* y número de niños de primero y segundo grado de primaria y de sus padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los eventos vitales del SRRS

No. Evento	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
ACUERDO CONFIABLE					
2. Muerte del padre o de la madre.	1.00	52	0	0	0
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre.	1.00	52	0	0	0
31. Adquisición de una deformidad visible.	1.00	52	0	0	0
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos.	1.00	52	0	0	0
35. El niño(a) tiene un deformidad congénita visible.	1.00	52	0	0	0
18. Descubrimiento de ser un hijo adoptado.	0.99	51	0	0	1
7. Madre o padre se vuelven a casar.	0.98	50	0	2	0
22. Muerte de un amigo cercano.	0.98	50	0	1	1
24. Inicio en el uso de drogas o bebidas alcohólicas	0.98	50	0	1	1
11. Separación de los padres.	0.97	46	3	2	1
27. Muerte de un hermano o hermana.	0.97	49	0	0	3
9. Divorcio de los padres.	0.96	47	1	1	3
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada.	0.96	48	0	1	3
25. Asistencia a la escuela por primera vez.	0.96	48	0	4	0
36. Reprobación de un grado escolar.	0.96	48	0	2	2
30. Un hermano o hermana se va de la casa.	0.95	46	1	0	5
1. Nacimiento de un hermano o hermana	0.93	43	3	3	3
5. Enfermedad seria de un hermano o de una hermana que requirió hospitalización	0.93	45	0	0	7
14. Suspensión de la escuela.	0.93	43	3	1	5
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre.	0.93	45	0	5	2
29. Muerte de un abuelo o una abuela.	0.92	40	5	3	4
15. Aumento en el número de discusiones del niño con sus padres.	0.90	42	1	7	2
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño.	0.88	41	0	0	11
16. Enfermedad grave de alguno de los padres que requiere hospitalización.	0.87	39	1	3	9
21. Cambio de escuela.	0.87	38	3	3	8
23. Disminución en el número de discusiones del niño (a) con sus padres.	0.87	39	1	5	7
8. Algún adulto (e.g, abuelos, tíos, etc.) llegó a vivir en la casa donde habita el niño.	0.86	37	3	2	10
4. Cambio en la aceptación del niño por sus compañeros	0.85	38	1	3	10
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres.	0.83	36	1	5	10
3. La madre empieza a trabajar	0.82	31	7	3	11
32. Obtención de un logro personal sobresaliente.	0.81	34	2	8	8
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres.	0.72	28	2	3	19
ACUERDO NO CONFIABLE					
28. Cambio en la situación financiera de los padres (aumento o disminución ingreso)	0.68	25	3	6	18
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de la iglesia	0.67	26	0	4	22
13. Cambio en ocupación del padre que implica aumento en el tiempo fuera de casa	0.62	22	3	10	17
17. Inicio de un nuevo grado escolar	0.56	18	6	9	19

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del evento; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del evento; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del evento y el padre su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del evento mientras que el padre no lo hizo.

Tabla D4

Coefficientes *Ppos* y número de niños de tercero y cuarto grado de primaria y de sus padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los eventos vitales del SRRS

No. Evento	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
ACUERDO CONFIABLE					
2. Muerte del padre o de la madre.	1.00	53	0	0	0
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre.	1.00	53	0	0	0
24. Inicio en el uso de drogas o bebidas alcohólicas	1.00	53	0	0	0
25. Asistencia a la escuela por primera vez.	1.00	53	0	0	0
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos.	1.00	53	0	0	0
7. Madre o padre se vuelven a casar.	0.98	51	0	1	1
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada.	0.98	51	0	1	1
9. Divorcio de los padres.	0.97	50	0	1	2
14. Suspensión de la escuela.	0.97	50	0	2	1
27. Muerte de un hermano o hermana.	0.97	50	0	1	2
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre.	0.97	48	2	2	1
36. Reprobación de un grado escolar.	0.97	48	2	0	3
18. Descubrimiento de ser un hijo adoptado.	0.96	49	0	1	3
21. Cambio de escuela.	0.96	43	6	2	2
30. Un hermano o hermana se va de la casa.	0.96	49	0	1	3
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño.	0.95	48	0	1	4
11. Separación de los padres.	0.95	47	1	1	4
16. Enfermedad grave de alguno de los padres que requiere hospitalización.	0.95	47	1	1	4
31. Adquisición de una deformidad visible.	0.95	48	0	1	4
35. El niño(a) tiene un deformidad congénita visible.	0.94	47	0	0	6
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres.	0.93	45	1	1	6
29. Muerte de un abuelo o una abuela.	0.93	43	4	3	3
22. Muerte de un amigo cercano.	0.91	44	0	3	6
1. Nacimiento de un hermano o hermana	0.89	41	2	8	2
32. Obtención de un logro personal sobresaliente.	0.89	41	2	1	9
5. Enfermedad seria de un hermano o de una hermana que requirió hospitalización	0.88	42	0	1	10
15. Aumento en el número de discusiones del niño con sus padres.	0.86	40	0	8	5
3. La madre empieza a trabajar	0.85	36	4	5	8
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de casa	0.85	35	6	4	8
8. Algún adulto (e.g, abuelos, tíos, etc.) llegó a vivir en la casa donde habita el niño.	0.84	38	1	2	12
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de la iglesia.	0.72	29	1	1	22
28. Cambio en la situación financiera de los padres (aumento o disminución del ingreso familiar)	0.70	27	3	6	17
ACUERDO NO CONFIABLE					
23. Disminución en el número de discusiones del niño(a) con sus padres	0.67	26	1	1	25
4. Cambio en la aceptación del niño por sus compañeros	0.66	25	2	4	22
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	0.60	20	6	0	27
17. Inicio de un nuevo grado escolar	0.32	9	5	3	36

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del evento; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del evento; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del evento y el padre su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del evento mientras que el padre no lo hizo.

Tabla D5

Coefficientes *Ppos* y número de niños de quinto y sexto grado de primaria y de sus padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los eventos vitales del SRRS

No. Evento	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
ACUERDO CONFIABLE					
2. Muerte del padre o de la madre.	1.00	51	0	0	0
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre.	0.99	50	0	1	0
21. Cambio de escuela.	0.99	48	2	1	0
25. Asistencia a la escuela por primera vez.	0.99	50	0	1	0
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos.	0.99	50	0	0	1
36. Reprobación de un grado escolar.	0.99	48	2	1	0
1. Nacimiento de un hermano o hermana	0.98	47	2	0	2
7. Madre o padre se vuelven a casar.	0.98	49	0	0	2
14. Suspensión de la escuela.	0.98	49	0	0	2
24. Inicio en el uso de drogas o bebidas alcohólicas	0.98	49	0	1	1
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre.	0.98	48	1	2	0
35. El niño(a) tiene un deformidad congénita visible.	0.98	48	1	0	2
18. Descubrimiento de ser un hijo adoptado.	0.97	48	0	2	1
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada.	0.97	48	0	1	2
9. Divorcio de los padres.	0.96	47	0	0	4
11. Separación de los padres.	0.96	45	2	2	2
31. Adquisición de una deformidad visible.	0.96	47	0	0	4
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño.	0.95	46	0	0	5
27. Muerte de un hermano o hermana.	0.94	45	0	1	5
16. Enfermedad grave de alguno de los padres que requiere hospitalización.	0.93	44	0	3	4
5. Enfermedad seria de un hermano o de una hermana que requirió hospitalización	0.91	43	0	3	5
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres.	0.91	40	3	6	2
22. Muerte de un amigo cercano.	0.91	42	1	1	7
30. Un hermano o hermana se va de la casa.	0.90	41	1	0	9
8. Algún adulto (e.g, abuelos, tíos, etc.) llegó a vivir en la casa donde habita el niño.	0.89	39	2	2	8
3. La madre empieza a trabajar	0.88	38	3	6	4
29. Muerte de un abuelo o una abuela.	0.87	39	0	3	9
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de la iglesia.	0.84	33	5	3	10
15. Aumento en el número de discusiones del niño con sus padres.	0.82	34	2	8	7
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de casa	0.81	34	1	5	11
4. Cambio en la aceptación del niño por sus compañeros	0.72	27	3	1	20
23. Disminución en el número de discusiones del niño (a) con sus padres.	0.71	28	0	1	22
28. Cambio en la situación financiera de los padres (aumento o disminución del ingreso familiar)	0.71	25	6	2	18
ACUERDO NO CONFIABLE					
32. Obtención de un logro personal sobresaliente	0.56	19	2	3	27
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	0.47	15	2	3	31
17. Inicio de un nuevo grado escolar	0.22	5	10	0	36

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del evento; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del evento; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del evento y el padre su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del evento mientras que el padre no lo hizo.

Tabla D6

Coefficientes *Ppos* y número de niños de la escuela pública y de sus respectivos padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los eventos vitales del SRRS

No. Evento	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
ACUERDO CONFIABLE					
2. Muerte del padre o de la madre.	1.00	91	0	0	0
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre.	0.99	90	0	1	0
14. Suspensión de la escuela.	0.99	88	1	1	1
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada.	0.99	89	0	1	1
21. Cambio de escuela.	0.99	84	6	1	0
24. Inicio en el uso de drogas o bebidas alcohólicas	0.99	89	0	1	1
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos.	0.99	90	0	0	1
11. Separación de los padres.	0.98	85	2	4	0
18. Descubrimiento de ser un hijo adoptado.	0.98	87	0	2	2
7. Madre o padre se vuelven a casar.	0.97	86	0	2	3
9. Divorcio de los padres.	0.97	86	0	2	3
25. Asistencia a la escuela por primera vez.	0.97	86	0	5	0
36. Reprobación de un grado escolar.	0.97	83	2	3	3
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño.	0.95	82	0	1	8
27. Muerte de un hermano o hermana.	0.95	83	0	2	6
31. Adquisición de una deformidad visible.	0.95	83	0	1	7
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre.	0.95	82	1	7	1
35. El niño(a) tiene un deformidad congénita visible.	0.95	82	1	0	8
1. Nacimiento de un hermano o hermana	0.94	76	6	6	3
30. Un hermano o hermana se va de la casa.	0.93	78	2	1	10
5. Enfermedad seria de un hermano o de una hermana que requirió hospitalización	0.92	77	0	4	10
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres.	0.92	75	3	7	6
16. Enfermedad grave de alguno de los padres que requiere hospitalización.	0.92	76	1	7	7
22. Muerte de un amigo cercano.	0.92	77	1	5	8
15. Aumento en el número de discusiones del niño con sus padres.	0.90	73	1	11	6
29. Muerte de un abuelo o una abuela.	0.88	68	4	7	12
3. La madre empieza a trabajar	0.87	64	8	9	10
8. Algún adulto (e.g, abuelos, tíos, etc.) llegó a vivir en la casa donde habita el niño.	0.87	67	4	5	15
13. Cambio en la ocupación del padre que implica un aumento en el tiempo que pasa fuera de casa	0.81	61	2	11	17
32. Obtención de un logro personal sobresaliente.	0.81	60	2	6	23
28. Cambio en la situación financiera de los padres (aumento o disminución del ingreso familiar)	0.76	52	6	10	23
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de la iglesia.	0.74	51	5	7	28
4. Cambio en la aceptación del niño por sus compañeros	0.73	51	3	6	31
23. Disminución en el número de discusiones del niño (a) con sus padres.	0.71	50	0	6	35
ACUERDO NO CONFIABLE					
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	0.61	38	4	3	46
17. Inicio de un nuevo grado escolar	0.42	22	9	10	50

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del evento; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del evento; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del evento y el padre su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del evento mientras que el padre no lo hizo.

Tabla D7

Coefficientes *Ppos* y número de niños de la escuela privada y sus respectivos padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los eventos vitales del SRRS

No. Evento	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
ACUERDO CONFIABLE					
2. Muerte del padre o de la madre.	1.00	65	0	0	0
6. Encarcelamiento por un año o más del padre o de la madre.	1.00	65	0	0	0
25. Asistencia a la escuela por primera vez.	1.00	65	0	0	0
33. Encarcelamiento del padre o de la madre por 30 días o menos.	1.00	65	0	0	0
35. El niño(a) tiene un deformidad congénita visible.	1.00	65	0	0	0
7. Madre o padre se vuelven a casar.	0.99	64	0	1	0
31. Adquisición de una deformidad visible.	0.99	64	0	0	1
24. Inicio en el uso de drogas o bebidas alcohólicas	0.98	63	0	1	1
36. Reprobación de un grado escolar.	0.98	61	2	0	2
18. Descubrimiento de ser un hijo adoptado.	0.97	61	0	1	3
27. Muerte de un hermano o hermana.	0.97	61	0	0	4
34. Pérdida del trabajo por el padre o la madre.	0.97	59	2	2	2
9. Divorcio de los padres.	0.95	58	1	0	6
22. Muerte de un amigo cercano.	0.95	59	0	0	6
29. Muerte de un abuelo o una abuela.	0.95	54	5	2	4
20. Embarazo de una hermana adolescente no casada.	0.94	58	0	2	5
30. Un hermano o hermana se va de la casa.	0.94	58	0	0	7
11. Separación de los padres.	0.93	53	4	1	7
1. Nacimiento de un hermano o hermana	0.92	55	1	5	4
14. Suspensión de la escuela.	0.92	54	2	2	7
16. Enfermedad grave de alguno de los padres que requiere hospitalización.	0.92	54	1	0	10
5. Enfermedad seria de un hermano o de una hermana que requirió hospitalización	0.90	53	0	0	12
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño.	0.90	53	0	0	12
21. Cambio de escuela.	0.86	45	5	5	10
8. Algún adulto (e.g, abuelos, tíos, etc.) llegó a vivir en la casa donde habita el niño.	0.85	47	2	1	15
12. Aumento en el número de pleitos entre los padres.	0.84	46	2	5	12
3. La madre empieza a trabajar	0.82	41	6	5	13
15. Aumento en el número de discusiones del niño con sus padres.	0.81	43	2	12	8
23. Disminución en el número de discusiones del niño (a) con sus padres.	0.81	43	2	1	19
4. Cambio en la aceptación del niño por sus compañeros	0.77	39	3	2	21
26. El niño(a) se convierte en miembro activo de la iglesia.	0.73	37	1	1	26
32. Obtención de un logro personal sobresaliente.	0.72	34	4	6	21
ACUERDO NO CONFIABLE					
13. Cambio en ocupación del padre que implica aumento en el tiempo fuera de casa	0.69	30	8	8	19
19. Disminución en el número de discusiones entre los padres	0.60	25	6	3	31
28. Cambio en la situación financiera de los padres (aumento o disminución ingreso)	0.60	25	6	4	30
17. Inicio de un nuevo grado escolar	0.32	10	12	2	41

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del evento; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del evento; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del evento y el padre su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del evento mientras que el padre no lo hizo.

Apéndice E

Coeficientes *Ppos*, acuerdo y desacuerdos para cada uno de los síntomas con niveles de acuerdo confiables de la Escala de Síntomas Físicos y Psicológicos de la muestra divididos en función de las variables demográficas (sexo, grado escolar y tipo de escuela)

Tabla E1

Coefficientes *Ppos* y número de varones y sus padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los síntomas de la ESFP

No. Síntoma	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
ACUERDO CONFIABLE					
6. Tener taquicardias	0.94	67	0	3	6
15. Sentir que le falta el aire	0.91	64	0	6	6
8. Tener tensión muscular o tics	0.91	62	1	4	9
18. Tartamudear	0.87	57	2	9	8
35. Tener risa nerviosa	0.87	57	2	7	10
7. Tener dolores frecuentes en otra parte del cuerpo	0.87	56	3	6	11
36. Creer que se tiene una carencia de amigos	0.85	55	2	7	12
4. Sentir náuseas	0.85	52	6	1	17
17. Rechinar los dientes	0.84	53	3	11	9
11. Tener insomnio	0.83	52	3	1	20
5. Sufrir gastritis	0.81	50	3	3	20
25. Estar deprimido	0.81	51	1	7	17
22. Sentirse preocupado	0.80	46	7	8	15
12. Despertarse a la mitad de la noche	0.79	44	8	5	19
10. Tener un exceso de apetito	0.79	42	11	9	14
29. Sentir que no puede iniciar una tarea	0.78	47	3	4	22
9. Tener falta de apetito	0.77	43	8	14	11
32. Tener sentimientos de rechazo todo el tiempo	0.77	46	3	14	13
19. Tener ganas incontrolables de llorar o incapacidad para llorar	0.77	45	4	14	13
30. Mostrar excitabilidad, sobresalto o mucha inquietud	0.76	41	9	7	19
23. Sentir mareos o debilidad	0.73	41	5	7	23
16. Tener la boca o la garganta secas	0.73	42	3	5	26
28. Sentirse abrumado o incapaz de competir por lo que quiere	0.73	41	4	16	15
24. Mostrar irritabilidad o facilidad de alterarse	0.72	39	7	16	14
21. Sentirse nervioso	0.70	39	4	20	13
ACUERDO NO CONFIABLE					
20. Sentirse ansioso	0.69	44	3	22	17
14. Sentirse cansado	0.69	37	6	10	23
27. Tener un estado general de enojo o cólera	0.69	35	9	23	9
2. Sufrir diarrea	0.69	37	5	15	19
13. Tener pesadillas	0.64	34	4	7	31
3. Estar estreñido	0.62	61	1	66	8
37. Incapacidad para terminar una tarea asignada	0.62	31	7	23	15
26. Estar distraído	0.61	27	15	20	14
34. Tener dificultades para terminar una actividad	0.61	30	7	20	19
33. Tener problemas de concentración	0.60	27	13	22	14
31. Estar excesivamente aburrido	0.59	27	12	11	26
1. Tener dolor de cabeza	0.54	23	14	25	14

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del síntoma; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del síntoma; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del síntoma y el padre su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del síntoma mientras que el padre no lo hizo.

Tabla E2

Coefficientes *Ppos* y número de niñas y sus padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los síntomas de la ESFP

No. Síntoma	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
ACUERDO CONFIABLE					
6. Tener taquicardias	0.93	67	19	18	18
18. Tartamudear	0.90	64	9	14	11
11. Tener insomnio	0.85	55	4	14	8
8. Tener tensión muscular o tics	0.84	56	3	7	24
15. Sentir que le falta el aire	0.84	56	5	3	20
23. Sentir mareos o debilidad	0.83	55	3	3	7
3. Estar estreñado	0.83	54	6	9	15
28. Sentirse abrumado o incapaz de competir por lo que quiere	0.83	54	2	8	14
32. Tener sentimientos de rechazo todo el tiempo	0.83	54	11	14	16
17. Rechinar los dientes	0.83	55	6	7	22
5. Sufrir gastritis	0.82	52	6	3	16
7. Tener dolores frecuentes en otra parte del cuerpo	0.81	50	3	10	29
19. Tener ganas incontrolables de llorar o incapacidad para llorar	0.81	50	8	6	25
34. Tener dificultades para terminar una actividad	0.79	48	6	13	18
2. Sufrir diarrea	0.79	46	2	5	17
29. Sentir que no puede iniciar una tarea	0.78	50	1	8	24
20. Sentirse ansioso	0.77	48	2	6	17
35. Tener risa nerviosa	0.77	48	1	2	13
37. Incapacidad para terminar una tarea asignada	0.76	47	6	8	16
10. Tener un exceso de apetito	0.76	45	4	11	17
25. Estar deprimido	0.75	46	5	14	23
4. Sentir náuseas	0.75	46	5	14	22
26. Estar distraído	0.75	40	3	4	18
16. Tener la boca o la garganta secas	0.75	47	9	11	22
14. Sentirse cansado	0.74	43	4	7	23
13. Tener pesadillas	0.73	41	13	15	12
9. Tener falta de apetito	0.72	39	4	14	47
33. Tener problemas de concentración.	0.72	38	4	6	16
36. Creer que se tiene una carencia de amigos	0.70	40	1	2	27
24. Mostrar irritabilidad o facilidad de alterarse	0.70	38	3	13	23
ACUERDO NO CONFIABLE					
30. Mostrar excitabilidad, sobresalto o mucha inquietud	0.69	41	8	10	24
31. Estar excesivamente aburrido	0.69	38	4	7	15
22. Sentirse preocupado	0.68	39	12	13	17
21. Sentirse nervioso	0.67	38	7	11	14
12. Despertarse a la mitad de la noche	0.66	38	3	8	21
27. Tener un estado general de enojo o cólera	0.60	45	6	8	26
1. Tener dolor de cabeza	0.58	25	4	13	16

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del síntoma; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del síntoma; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del síntoma y el padre su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del síntoma mientras que el padre no lo hizo.

Tabla E3

Coefficientes *Ppos* y número de niños de primero y segundo grado de primaria y de sus padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los síntomas de la ESFP

No. Síntoma	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
ACUERDO CONFIABLE					
15. Sentir que le falta el aire	0.94	46	0	1	5
6. Tener taquicardias	0.93	45			7
18. Tartamudear	0.93	44	1	3	4
8. Tener tensión muscular o tics	0.89	42	0	6	4
7. Tener dolores frecuentes en otra parte del cuerpo	0.89	39	3	4	6
19. Tener ganas incontrolables de llorar o incapacidad para llorar	0.89	39	3	5	5
29. Sentir que no puede iniciar una tarea	0.85	36	3	1	12
32. Tener sentimientos de rechazo todo el tiempo	0.85	36	3	10	3
3. Estar estreñido	0.84	37	1	9	5
25. Estar deprimido	0.84	37	1	6	8
10. Tener un exceso de apetito	0.81	32	5	2	13
17. Rechinar los dientes	0.81	34	2	9	7
22. Sentirse preocupado	0.81	34	2	9	7
11. Tener insomnio	0.80	33	3	2	14
35. Tener risa nerviosa	0.80	33	3	8	8
37. Incapacidad para terminar una tarea asignada	0.80	34	1	13	4
28. Sentirse abrumado o incapaz de competir por lo que quiere	0.79	31	5	9	7
34. Tener dificultades para terminar una actividad	0.79	30	6	9	7
24. Mostrar irritabilidad o facilidad de alterarse	0.78	31	4	8	9
20. Sentirse ansioso	0.77	32	1	9	10
2. Sufrir diarrea	0.74	28	4	10	10
4. Sentir náuseas	0.73	28	3	0	21
36. Creer que se tiene una carencia de amigos	0.73	28	3	6	15
33. Tener problemas de concentración	0.72	26	16	16	4
26. Estar distraído	0.72	24	9	15	4
16. Tener la boca o la garganta secas	0.71	28	1	6	17
21. Sentirse nervioso	0.71	28	1	10	13
5. Sufrir gastritis	0.70	26	4	1	21
27. Tener un estado general de enojo o cólera	0.70	26	4	15	7
13. Tener pesadillas	0.70	24	7	6	15
ACUERDO NO CONFIABLE					
23. Sentir mareos o debilidad	0.69	33	0	14	15
30. Mostrar excitabilidad, sobresalto o mucha inquietud	0.68	24	5	8	15
1. Tener dolor de cabeza	0.67	20	12	10	10
9. Tener falta de apetito	0.65	21	8	13	10
12. Despertarse a la mitad de la noche	0.64	22	5	7	18
14. Sentirse cansado	0.63	22	4	8	18
31. Estar excesivamente aburrido	0.59	19	7	9	17

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del síntoma; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del síntoma; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del síntoma y el padre su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del síntoma mientras que el padre no lo hizo.

Tabla E4

Coefficientes *Ppos* y número de niños de tercero y cuarto grado de primaria y de sus padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los síntomas de la ESFP

No. Síntoma	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
ACUERDO CONFIABLE					
6. Tener taquicardias	0.92	43	3	2	5
3. Estar estreñido	0.89	41	2	5	5
17. Rechinar los dientes	0.87	41	0	2	10
18. Tartamudear	0.87	41	0	4	8
8. Tener tensión muscular o tics	0.86	40	0	3	10
15. Sentir que le falta el aire	0.85	38	2	6	7
5. Sufrir gastritis	0.84	36	3	3	11
36. Creer que se tiene una carencia de amigos	0.84	36	3	4	10
11. Tener insomnio	0.80	34	2	1	16
9. Tener falta de apetito	0.79	31	16	4	12
4. Sentir náuseas	0.77	30	5	3	15
20. Sentirse ansioso	0.77	30	5	6	12
10. Tener un exceso de apetito	0.76	29	6	6	12
23. Sentir mareos o debilidad	0.76	30	4	3	16
32. Tener sentimientos de rechazo todo el tiempo	0.75	30	3	6	14
35. Tener risa nerviosa	0.75	31	1	5	16
2. Sufrir diarrea	0.75	28	6	11	8
7. Tener dolores frecuentes en otra parte del cuerpo	0.73	29	3	8	13
19. Tener ganas incontrolables de llorar o incapacidad para llorar	0.72	27	5	7	14
30. Mostrar excitabilidad, sobresalto o mucha inquietud	0.72	27	5	5	16
25. Estar deprimido	0.72	28	3	3	19
14. Sentirse cansado	0.71	27	4	10	12
12. Despertarse a la mitad de la noche	0.71	28	2	4	19
29. Sentir que no puede iniciar una tarea	0.71	29	0	2	22
27. Tener un estado general de enojo o cólera	0.70	27	3	12	11
ACUERDO NO CONFIABLE					
16. Tener la boca o la garganta secas	0.69	27	2	4	20
21. Sentirse nervioso	0.67	24	5	14	10
26. Estar distraído	0.67	22	9	9	13
31. Estar excesivamente aburrido	0.64	22	6	3	22
22. Sentirse preocupado	0.63	21	7	8	17
24. Mostrar irritabilidad o facilidad de alterarse	0.62	20	8	8	17
34. Tener dificultades para terminar una actividad	0.61	23	1	13	16
28. Sentirse abrumado o incapaz de competir por lo que quiere	0.56	32	0	7	44
13. Tener pesadillas	0.55	19	3	4	27
33. Tener problemas de concentración	0.54	16	10	12	15
37. Incapacidad para terminar una tarea asignada	0.53	17	6	12	18
1. Tener dolor de cabeza	0.45	12	12	17	12

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del síntoma; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del síntoma; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del síntoma y el padre su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del síntoma mientras que el padre no lo hizo.

Tabla E5

Coefficientes *Ppos* y número de niños de quinto y sexto grado de primaria y de sus padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los síntomas de la ESFP

No. Síntoma	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
ACUERDO CONFIABLE					
6. Tener taquicardias	0.95	46	0	4	1
11. Tener insomnio	0.92	40	4	1	6
35. Tener risa nerviosa	0.90	41	1	2	7
4. Sentir náuseas	0.89	40	1	5	5
5. Sufrir gastritis	0.89	40	1	2	8
7. Tener dolores frecuentes en otra parte del cuerpo	0.88	38	3	3	7
3. Estar estreñido	0.86	37	12	6	6
8. Tener tensión muscular o tics	0.86	36	3	3	9
18. Tartamudear	0.85	36	2	4	9
15. Sentir que le falta el aire	0.83	36	0	4	11
23. Sentir mareos o debilidad	0.83	33	4	4	10
17. Rechinar los dientes	0.81	33	3	6	9
12. Despertarse a la mitad de la noche	0.81	32	4	4	11
16. Tener la boca o la garganta secas	0.81	34	1	3	13
32. Tener sentimientos de rechazo todo el tiempo	0.81	34	1	5	11
28. Sentirse abrumado o incapaz de competir por lo que quiere	0.80	32	3	6	10
14. Sentirse cansado	0.79	31	4	5	11
13. Tener pesadillas	0.79	32	2	3	14
9. Tener falta de apetito	0.79	30	5	11	5
25. Estar deprimido	0.78	32	1	5	13
29. Sentir que no puede iniciar una tarea	0.78	32	1	3	15
30. Mostrar excitabilidad, sobresalto o mucha inquietud	0.78	31	2	7	11
36. Creer que se tiene una carencia de amigos	0.78	31	2	5	13
22. Sentirse preocupado	0.77	30	3	5	13
20. Sentirse ansioso	0.75	30	1	8	12
27. Tener un estado general de enojo o cólera	0.75	27	6	10	8
19. Tener ganas incontrolables de llorar o incapacidad para llorar	0.74	29	2	10	10
10. Tener un exceso de apetito	0.73	26	6	8	11
2. Sufrir diarrea	0.73	27	4	8	12
37. Incapacidad para terminar una tarea asignada	0.73	27	4	11	9
34. Tener dificultades para terminar una actividad	0.72	25	7	9	10
24. Mostrar irritabilidad o facilidad de alterarse	0.71	26	4	11	10
33. Tener problemas de concentración	0.71	23	9	7	12
31. Estar excesivamente aburrido	0.71	24	7	9	11
ACUERDO NO CONFIABLE					
21. Sentirse nervioso	0.68	25	3	10	13
26. Estar distraído	0.68	21	10	11	9
1. Tener dolor de cabeza	0.55	16	9	16	10

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del síntoma; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del síntoma; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del síntoma y el padre su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del síntoma mientras que el padre no lo hizo.

Tabla E6

Coefficientes *Ppos* y número de niños de la escuela pública y de sus respectivos padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los síntomas de la ESFP

No. Síntoma	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
ACUERDO CONFIABLE					
6. Tener taquicardias	0.97	83	2	3	3
15. Sentir que le falta el aire	0.88	71	1	4	15
3. Estar estreñido	0.88	69	3	9	10
18. Tartamudear	0.88	70	1	8	12
4. Sentir náuseas	0.86	65	5	5	16
8. Tener tensión muscular o tics	0.84	64	3	5	19
11. Tener insomnio	0.84	61	7	4	19
5. Sufrir gastritis	0.84	63	4	3	21
7. Tener dolores frecuentes en otra parte del cuerpo	0.84	63	4	9	15
35. Tener risa nerviosa	0.82	60	4	8	19
17. Rechinar los dientes	0.81	61	2	13	15
19. Tener ganas incontrolables de llorar o incapacidad para llorar	0.81	58	6	10	17
36. Creer que se tiene una carencia de amigos	0.79	56	5	9	21
29. Sentir que no puede iniciar una tarea	0.79	57	3	3	28
32. Tener sentimientos de rechazo todo el tiempo	0.79	57	3	13	18
28. Sentirse abrumado o incapaz de competir por lo que quiere	0.78	55	5	12	19
20. Sentirse ansioso	0.78	56	3	11	21
21. Sentirse nervioso	0.78	54	6	14	17
16. Tener la boca o la garganta secas	0.78	57	1	8	25
25. Estar deprimido	0.76	53	4	11	23
23. Sentir mareos o debilidad	0.74	50	5	8	28
13. Tener pesadillas	0.73	50	4	9	28
9. Tener falta de apetito	0.73	47	9	20	15
10. Tener un exceso de apetito	0.72	47	8	14	22
22. Sentirse preocupado	0.72	48	6	12	25
14. Sentirse cansado	0.72	47	7	14	23
30. Mostrar excitabilidad, sobresalto o mucha inquietud	0.72	49	3	15	24
34. Tener dificultades para terminar una actividad	0.71	47	6	19	19
26. Estar distraído	0.71	44	11	21	15
27. Tener un estado general de enojo o cólera	0.71	46	7	21	17
12. Despertarse a la mitad de la noche	0.70	45	8	7	31
2. Sufrir diarrea	0.70	46	6	19	20
31. Estar excesivamente aburrido	0.70	47	4	15	25
ACUERDO NO CONFIABLE					
37. Incapacidad para terminar una tarea asignada	0.68	44	6	21	20
24. Mostrar irritabilidad o facilidad de alterarse	0.68	44	5	16	26
33. Tener problemas de concentración	0.63	37	11	24	19
1. Tener dolor de cabeza	0.59	32	14	29	16

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del síntoma; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del síntoma; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del síntoma y el padre su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del síntoma mientras que el padre no lo hizo.

Tabla E7

Coefficientes *Ppos* y número de niños de la escuela privadas y de sus respectivos padres que acordaron y no acordaron en la ocurrencia de los síntomas de la ESFP

No. Síntoma	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
ACUERDO CONFIABLE					
8. Tener tensión muscular o tics	0.91	54	0	7	4
18. Tartamudear	0.89	51	2	3	9
6. Tener taquicardias	0.89	51	1	3	10
15. Sentir que le falta el aire	0.87	49	1	7	8
17. Rechinar los dientes	0.86	47	3	4	11
23. Sentir mareos o debilidad	0.85	46	3	3	13
3. Estar estreñido	0.84	46	2	11	6
11. Tener insomnio	0.84	46	2	0	17
7. Tener dolores frecuentes en otra parte del cuerpo	0.83	43	5	6	11
10. Tener un exceso de apetito	0.83	40	9	2	14
32. Tener sentimientos de rechazo todo el tiempo	0.83	43	4	8	10
35. Tener risa nerviosa	0.83	45	1	7	12
25. Estar deprimido	0.81	44	1	3	17
2. Sufrir diarrea	0.79	37	8	10	10
28. Sentirse abrumado o incapaz de competir por lo que quiere	0.78	40	3	10	12
5. Sufrir gastritis	0.78	39	4	3	19
9. Tener falta de apetito	0.78	35	10	8	12
36. Creer que se tiene una carencia de amigos	0.77	39	3	6	17
22. Sentirse preocupado	0.77	37	6	10	12
29. Sentir que no puede iniciar una tarea	0.77	40	1	3	21
24. Mostrar irritabilidad o facilidad de alterarse	0.76	33	11	11	10
19. Tener ganas incontrolables de llorar o incapacidad para llorar	0.76	37	4	12	12
12. Despertarse a la mitad de la noche	0.75	37	3	8	17
20. Sentirse ansioso	0.74	36	4	12	13
30. Mostrar excitabilidad, sobresalto o mucha inquietud	0.74	33	9	5	18
27. Tener un estado general de enojo o cólera	0.73	34	6	16	9
37. Incapacidad para terminar una tarea asignada	0.72	34	5	15	11
14. Sentirse cansado	0.71	33	5	9	18
33. Tener problemas de concentración	0.71	28	14	11	12
34. Tener dificultades para terminar una actividad	0.70	31	8	12	14
4. Sentir náuseas	0.70	33	4	3	25
ACUERDO NO CONFIABLE					
16. Tener la boca o la garganta secas	0.68	32	3	5	25
26. Estar distraído	0.65	23	17	14	11
13. Tener pesadillas	0.61	25	8	4	28
21. Sentirse nervioso	0.54	23	3	20	19
31. Estar excesivamente aburrido	0.54	18	16	6	25
1. Tener dolor de cabeza	0.52	16	19	14	16

Nota: -- = ambos informantes reportaron la no ocurrencia del síntoma; ++ = ambos informantes reportaron la ocurrencia del síntoma; -+ = el niño reportó la no ocurrencia del síntoma y el padre su ocurrencia; +- = el niño reportó la ocurrencia del síntoma mientras que el padre no lo hizo.

El presente estudio se llevó a cabo como parte del proyecto PAPIIT IN302307-3

El Efecto del Apoyo Social como una Función de Ganancias Marginales, a cargo de

la Dra. Laura Acuña