



Clínica y Salud

www.elsevier.es/clysa



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

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

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

^b Universidad Complutense de Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de mayo de 2017

Aceptado el 9 de mayo de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Acontecimientos vitales estresantes

Síntomas externalizantes

Síntomas internalizantes

Adaptación

Salud mental

Infancia

R E S U M E N

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

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

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

A B S T R A C T

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

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

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

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

* Autora para correspondencia. Centro de Salud Mental Ciudad Lineal. Calle del Doctor Cirajas 20, 3°. 28017 Madrid, España.
Correo electrónico: mayelin.rey@salud.madrid.org (M. Rey-Bruguera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.005>

1130-5274/© 2017 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

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

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

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

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

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

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

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

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

Método

Participantes

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

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

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7263218>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7263218>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)