

## **Reportes de Niños y Padres sobre Eventos Vitales Estresantes y Síntomas de Enfermedad**

Ana Marina Reyes  
Laura Acuña<sup>1,2</sup>

Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México

### **Compendio**

El propósito del estudio fue conocer si los eventos vitales reportados en la Escala de Reajuste Social (SRRS) predecirían la frecuencia de síntomas reportados en la Escala de Síntomas Físicos y Psicológicos (ESFP). Un segundo propósito fue conocer el grado de acuerdo entre los reportes de padres e hijos. Niños mexicanos de educación elemental ( $N=287$ ) y algunos de sus padres ( $N=156$ ) respondieron ambos cuestionarios. Se encontró que los puntajes en el SRRS correlacionaron con los puntajes en la ESFP. Los resultados también mostraron un bajo grado de acuerdo entre informantes. La consistencia entre padres e hijos sobre el reporte de eventos vitales y síntomas de enfermedad varió en función del sexo, grado escolar y tipo de escuela de los niños.

*Palabras clave:* Eventos vitales estresantes; síntomas de enfermedad; acuerdo entre dos informantes; padres; niños de educación elemental.

### **Children and their Parents Reports of Stressful Life Events and Illness**

#### **Abstract**

The purpose of the study was to determine whether stressful events reported on the Social Readjustment Scale (SRRS) predicted reports of different symptoms on the Scale of Physical and Psychological Symptoms (SPPS). A second purpose was to determine whether parents and their children agree in their reports. Mexican children ( $N=287$ ) from elementary schools and some of their parents ( $N=156$ ) answered the questionnaires. Results showed that scores on the SRRS correlated with scores on the SPPS and that there was a low degree of agreement between the reports of parents and children. The degree of consistency on stressful events and symptoms reported by the children's and their parents varied with the children's gender, school grade and type of school.

*Keywords:* Stressful life events; physical and psychological health; agreement between two informants; parents; elementary school children.

### **Relación entre Estrés Vital y la Salud de los Niños**

En una gran cantidad de estudios se ha encontrado que el inicio o el agravamiento de una enfermedad física o mental está relacionada con la acumulación durante un periodo relativamente corto de tiempo (los últimos seis meses) de eventos vitales estresantes experimentados por niños desde preescolar hasta preparatoria (Brady & Mathews, 2006; Franko et al., 2004). Los eventos vitales incluyen sucesos de naturaleza aparentemente positiva, negativa o neutra, como por ejemplo la obtención de un logro personal sobresaliente,

la muerte de alguno de los padres o el inicio de un nuevo grado escolar (Coddington, 1972). Independientemente de su naturaleza negativa o positiva, cuando un niño experimenta algún evento debe reajustarse a la nueva situación (Holmes & Rahe, 1967). Dicho reajuste implica una cierta cantidad de tiempo y de esfuerzo por parte de los niños (Coddington, 1972). Una de las escalas más utilizadas para medir el estrés vital experimentado por niños de educación elemental es la Escala de Reajuste Social (SRRS, por sus siglas en inglés) desarrollada por Coddington, que lista 36 eventos vitales estresantes. En distintas investigaciones se encontró que jueces de diferentes culturas tienden a acordar sobre la severidad de los eventos vitales incluidos en el SRRS (Fasano & Muratori, 1996; Liakopoulou et al., 1997; Monaghan, Robinson & Dodge, 1978). Por ejemplo, mientras que el evento más estresante de la lista es la muerte de alguno de los padres, eventos como el nacimiento de un hermano o la obtención de un logro personal sobresaliente causan grados intermedios de estrés y eventos como el inicio de un nuevo grado escolar o la disminución del número de discusiones del

<sup>1</sup> La presente investigación formó parte del proyecto financiado por PAPIIT IN302307-3 y es una versión corta del segundo estudio de la tesis de licenciatura del primer autor, el segundo autor fungió como director de tesis. Los autores desean agradecer a Jorge Alberto Ruiz, Christian López y Alejandra González García su colaboración en diversas fases del estudio.

<sup>2</sup> Dirección: Universidad Nacional Autónoma de México, Laboratorio de Condicionamiento Operante, Facultad de Psicología, Av. Universidad, 3004, Col. Copilco Universidad, México, DF, 04510. E-mail: lacuna@servidor.unam.mx.

niño con sus padres causan niveles bajos de estrés. En México, Reyes (2007) y Reyes y Acuña (en prensa) validaron una versión en español del SRRS para niños de primaria y encontraron altos grados de coincidencia en la forma en que maestros mexicanos evaluaron el grado de estrés que experimenta un niño ante cada uno de los eventos vitales, tanto entre sí (divididos en diferentes grupos en función de variables sociodemográficas), como en relación con los jueces estadounidenses del estudio de Coddington (1972).

En varias investigaciones se ha mostrado que el experimentar eventos vitales puede tener consecuencias negativas sobre la salud física de los niños. Por ejemplo, Brady y Matthews (2006) reportaron una relación entre experimentar eventos vitales y aumentos en la presión arterial de adolescentes. Barglow et al. (1983) reportaron que los eventos vitales fueron un predictor confiable de los niveles de glucosa en la sangre en casos de diabetes infantil. Kashani, Hodges, Simonds, y Hilderbrant (1981) encontraron que niños internados en un hospital habían experimentado más eventos vitales que niños sanos. Järvelin, Moilanen, Vikeväinen-Tervonen, y Huttunen (1989) encontraron que el estrés vital predijo la presencia de enuresis en niños menores de siete años. Jacobs y Charles (1980) reportaron que niños que padecían leucemia habían experimentado más eventos vitales durante el año previo a la aparición de la enfermedad que niños sanos.

También se ha documentado que experimentar eventos vitales estresantes está relacionado con desajustes psicológicos en los niños. Por ejemplo, Carter y Biasini (2001) encontraron que los eventos vitales predijeron confiablemente el grado de autoestima de niños de primaria. Bedell, Giordani, Amour, Tavormina, y Boll (1977) encontraron que los eventos vitales experimentados por niños de entre seis y 15 años de edad estuvieron relacionados con tener un auto-concepto negativo y un alto grado de ansiedad. Swearingen y Cohen (1985) reportaron que experimentar eventos vitales se relacionó con altos grados de depresión, de ansiedad y con un mayor número de faltas a la escuela entre niños de secundaria y preparatoria. Franko et al. (2004) en un estudio longitudinal, encontraron que el estrés vital fue un predictor confiable de la presencia de síntomas de depresión en niñas adolescentes. Lin et al. (2007) encontraron una relación entre experimentar eventos vitales y el agravamiento de la presencia de síntomas obsesivos-compulsivos entre niños que presentaban esta psicopatología. Vincent y Rosenstrok (1979) reportaron que el estrés vital se relacionó con la presencia de síntomas psiquiátricos entre adolescentes. En suma, existe un cúmulo de evidencia que muestra que el estrés vital puede tener consecuencias físicas y psicológicas negativas para un niño.

### Acuerdo entre Padres e Hijos sobre los Eventos Vitales Estresantes y los Síntomas de Enfermedad Experimentados por los Niños

En la mayoría de las investigaciones en las que se ha estudiado la relación entre el estrés vital y la salud de niños, se ha utilizado el reporte de los padres ya sea sobre los eventos experimentados por sus hijos (Carter & Biasini, 2001), o sobre su estado de salud física y mental (Bailey & Garralda, 1990). Los padres han sido la fuente de información ya que se consideró que la habilidad de los niños para reportar con precisión los sucesos o los síntomas que han experimentado es limitada y depende de su edad, inteligencia y resistencia a la sugestión (Fundundis, 1989). No obstante, en general los psicólogos clínicos consideran que los padres no son fuentes de información enteramente confiables, especialmente en casos en los que no se llevan bien, maltratan a sus hijos o cuando éstos presentan conductas antisociales o delictivas (Ferdinand, van der Ende & Verhulst, 2007; Yeh & Weisz, 2001). En consecuencia, en otros estudios se emplearon los reportes de los propios niños y se buscó establecer la correspondencia entre éstos y los de sus padres (Carter & Biasini, 2001; Jackson & Warren, 2000). Un hallazgo consistente en esos estudios es que existe un grado relativamente bajo de acuerdo entre ambos informantes.

Existen relativamente pocos estudios en los que se comparó el grado de acuerdo entre padres e hijos respecto al número de los eventos vitales experimentados por un niño. Los resultados de la mayoría de esos estudios han mostrado que los niños reportan haber experimentado un mayor número de eventos vitales que los que sus padres reportan por ellos (Bailey & Garralda, 1990; Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover & Kalas, 1986; Johnston, Steele, Herrera & Phipps, 2003; Rende & Plomin, 1991; Tang, 2002). Los eventos que los niños tienden a reportar, mientras que sus padres no, están relacionados con la obtención de reconocimientos o logros, el haberse enfermado de algo grave, el tiempo que un padre está en la casa, problemas en sus relaciones personales y la frecuencia con la que discuten los padres entre sí y con los propios niños. En cambio, en general los padres tienden a reportar la ocurrencia de eventos como la muerte de un familiar o un amigo cercano, la enfermedad de uno de los padres o hermanos y el nacimiento de un hermano. A diferencia de los estudios anteriores, Yamamoto y Mahlios (2001) encontraron una alta correlación entre el número de eventos vitales reportados por padres e 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. Es importante mencionar, sin embargo, que

independientemente de la fuente del informante, en las distintas investigaciones se ha encontrado que la acumulación de eventos vitales es un predictor confiable del deterioro en la salud física y mental de los niños (Carter & Biasini, 2001).

A diferencia del escaso número de estudios en los que se compararon los reportes de hijos y padres respecto de los eventos vitales, existe una gran cantidad de estudios en los que se han comparado los reportes de las díadas relativos a los síntomas de enfermedad física y psicológica que presentan los niños. Por ejemplo, Yeh y Weizs (2001) encontraron que padres e hijos tendieron a no coincidir respecto a los problemas que habían llevado a los niños a ser objeto de psicoterapia, pero que el grado de coincidencia varió en función del tipo de problemas que presentaban los niños. Cuando se trató de problemas como tener conductas rebeldes, problemas de atención o de hiperactividad existió un mayor acuerdo entre las díadas, en comparación con cuando se trató de problemas no directamente observables por los padres, como miedos, depresión o ansiedad. Kazdin, French, Unis, y Esveldt-Dawson (1983) reportaron bajos grados de acuerdo entre padres e hijos respecto del grado de depresión de éstos últimos, pero un alto grado de acuerdo entre los reportes de ambos padres. Kashani, Orvaschel, Burk, y Reid (1985) compararon las respuestas de niños y de sus padres respecto a los problemas de conducta y de los síntomas de depresión y ansiedad de los niños. Al igual que en otros estudios, encontraron que el acuerdo entre las díadas fue bajo. Mientras que los niños tendieron a reportar la presencia de síntomas de depresión y ansiedad, sus padres tendieron a reportar la presencia de conductas oposicionistas y de problemas de atención. Grill y Ollendick (2003) también encontraron que mientras que los padres tendieron a reportar la presencia de problemas o síntomas fácilmente observables por ellos como rebeldía y problemas de atención o hiperactividad, los niños reportaron problemas relacionados con sus sentimientos y con su estado de ánimo.

Como se esperaba, la falta de coincidencia entre los reportes de hijos y padres ha generado que los investigadores se pregunten por las razones de la falta de acuerdo. Se ha especulado que los desacuerdos podrían deberse a características de los niños, como su género, edad o el tipo de problema que presentan o bien a factores como el nivel socioeconómico o el funcionamiento familiar. En las investigaciones en las que se compararon las respuestas de niños y padres respecto a los eventos vitales experimentados por los niños, no se han realizado comparaciones en función de las características sociodemográficas de los niños o de los padres (Bailey & Garralda, 1990; Yamamoto & Mahlios, 2001). En cambio, respecto al reporte de síntomas de enfermedad se ha reportado que el grado de acuerdo entre padres e

hijos varía en función de características de los niños, de los padres o del entorno. Por ejemplo, Verhulst y van der Ende (1992) encontraron que el grado de acuerdo entre las niñas y sus padres fue mayor que en el caso de los niños. En cambio, Grill y Ollendick (2003) no encontraron diferencias en el grado de acuerdo entre padres e hijos en función del sexo de los niños, pero reportaron un menor grado de coincidencia cuando los niños tenían problemas emocionales, que cuando presentaban problemas de tipo conductual. Achenbach, McConaughy y Howell (1987) encontraron que los niños más pequeños (entre seis y 11 años), tendieron a coincidir en mayor grado con sus padres que los de mayor edad. Tang (2002) reportó que padres e hijos con recursos económicos tendieron a coincidir en mayor grado que los de escasos recursos, pero Kolko y Kazdin (1993) no encontraron diferencias en función del nivel socioeconómico. Estos últimos autores, en cambio, reportaron grados de acuerdo mayores entre padres e hijos que provenían de familias cohesivas y en las que había una buena comunicación entre sus miembros. A pesar de estos hallazgos, no existen resultados consistentes sobre cuáles características de los niños o de los padres son responsables de los desacuerdos entre ambos (Johnston et al., 2003).

Si bien los estudios de Reyes (2007) y Reyes y Acuña (en prensa) sugirieron que la versión en español del SRRS podía utilizarse confiablemente para medir estrés vital, no mostraron el poder predictivo de los eventos vitales sobre la salud de niños mexicanos. Consecuentemente, el propósito del presente estudio fue conocer el grado en que la acumulación de eventos vitales durante un periodo corto de tiempo (los últimos seis meses) está relacionada con la salud física y psicológica de niños mexicanos de educación elemental. Un segundo propósito del estudio fue conocer el grado de acuerdo entre los reportes de padres e hijos, tanto respecto a los eventos vitales, como a distintos síntomas físicos y psicológicos experimentados por los niños y conocer si el grado de acuerdo entre padres e hijos variaría dependiendo de las características sociodemográficas de los niños.

## Método

### Participantes

Participaron voluntariamente 287 niños de dos diferentes escuelas primarias de la ciudad de México, una pública ( $n = 189$ ; 91 del sexo masculino y 98 del sexo femenino) y una privada ( $n = 98$ ; 54 del sexo masculino y 44 del sexo femenino). Además 156 padres (118 del sexo femenino y 38 del sexo masculino) también participaron. Los niños estaban cursando uno de los seis grados de primaria (31 de primero, 25 de segundo, 33 de tercero, 36 de cuarto, 31 de quinto y 33 de sexto de la escuela pública y 17 de primero, 20 de segundo, 20 de

tercero, 18 de cuarto, 11 de quinto y 12 de sexto de la escuela privada). La edad de los niños de la escuela pública varió entre los seis y los 13 años, con una media de 9.12 y la de los de la escuela privada varió entre los

seis y los 12 años, con una media de 8.53. En la Tabla 1 se muestran las características de los 287 niños y de las 156 díadas padres-niños.

Tabla 1  
*Características de la Muestra Total de 287 Niños y de 156 Díadas Padres-Niños*

			Escuela Privada			Escuela Pública		
			1°-2°	3°-4°	5°-6°	1°-2°	3°-4°	5°-6°
Muestra total de niños (N = 287)	Hombres	No.	19	20	15	30	32	29
		Edad	6.79	8.9	10.93	6.83	9.25	11
	Mujeres	No.	18	18	8	26	37	35
		Edad	6.67	8.94	10.75	7	9.03	11.03
Muestra de niños cuyos padres participaron en el estudio (n = 156)	Hombres	No.	14	13	8	12	11	18
		Edad	6.86	9	11	6.33	9.45	11.28
	Mujeres	No.	16	10	4	10	19	21
		Edad	6.69	9.10	10.75	6.50	8.89	11.29

### Instrumentos

*Versión en español de la Escala de Reajuste Social – SRRS* (Coddington, 1972; Reyes, 2007). Esta escala lista 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 (durante los seis meses anteriores). Los padres indicaron si sus hijos experimentaron cada evento durante el mismo periodo de tiempo. Para calificar el SRRS, a cada evento experimentado se le asigna el puntaje de estrés vital correspondiente, conocido como Unidad de Cambio de Vida (o puntaje LCU, por sus siglas en inglés; Coddington, 1972; Holmes & Rahe, 1967). Los puntajes LCU que se asignaron a los diferentes eventos vitales que niños o padres señalaron que habían acontecido fueron los reportados por Reyes (2007) correspondientes a la versión validada en México del SRRS. La suma de puntajes LCU indica el grado de estrés vital al que estuvo sometido cada niño durante los últimos seis meses. La versión en español del SRRS para niños de primaria mostró tener una alta consistencia interna (alfa de Cronbach igual a .97) y los puntajes LCU correspondientes a cada evento vital también mostraron ser confiables y válidos para puntuar el estrés vital, ya que Reyes reportó un alto grado de acuerdo tanto entre los maestros mexicanos (divididos según su sexo, edad, estado civil, tener hijos, años de experiencia docente, escuela pública o privada en la que enseñaban y grado máximo de estudios), como respecto a los jueces estadounidenses del estudio original de Coddington (1972) en relación con la severidad de los eventos (*Rho's* de Spearman mayores de .72).

*Versión en español de la Escala de Síntomas Físicos y Psicológicos – ESFP* (Allen & Klein, 1996). Esta

escala incluye 37 síntomas. Los niños y sus padres indicaron, por separado, en una escala de cinco puntos (1 = nunca; 5 = siempre) la frecuencia con la que el niño experimentó cada síntoma desde que inició el año escolar, (i.e., los últimos seis meses). Reyes (2007) encontró que la escala tuvo una alta consistencia interna ( $\alpha = .87$  con las respuestas de los niños y de .97 con las de los padres) y comprobó con un análisis factorial que efectivamente mide dos dimensiones de salud altamente correlacionadas entre sí, una física y una psicológica. La suma de los puntajes, divididos entre 37, da un índice de la frecuencia con la que un niño experimentó los distintos síntomas físicos y psicológicos.

*Cuestionario de Datos Personales.* Se pidió información a ambos informantes sobre el sexo, la edad y el grado escolar de los niños. Los padres sólo reportaron su sexo.

### Procedimiento

Las escuelas se seleccionaron por conveniencia. Se solicitó primero la autorización de los directivos para trabajar con los niños y con sus padres y, una vez que se obtuvo, se pidió autorización a los padres para que sus hijos y ellos mismos respondieran los cuestionarios. Se les aseguró que sus respuestas eran anónimas y confidenciales y que no se proporcionaría información sobre los resultados individuales ni a los maestros o autoridades escolares, ni a otros niños, por lo que no podría influir su desempeño académico o social. Dado que el dominio de la lecto-escritura de los niños de primer a tercer grado no eran suficientes para responder por sí mismos los cuestionarios, se realizaron entre-

vistas individuales de una duración aproximada de 20 minutos en salones de las mismas escuelas. Los niños de cuarto a sexto respondieron los cuestionarios de manera grupal en su salón de clases. El investigador permaneció en los salones durante los 30 minutos que tomó a los niños responder los cuestionarios y aclaró cualquier duda sobre la forma de responderlos. Los padres respondieron los cuestionarios durante juntas organizadas por las propias escuelas y sólo se contó con la participación voluntaria de los que asistieron a esas juntas.

## Resultados

### Relación entre Eventos Vitales y la Salud de los Niños

Para conocer el valor predictivo de los eventos vitales sobre la salud, se realizaron tres análisis de regresión múltiple tipo jerárquico en los que la variable dependiente fue la frecuencia promedio de síntomas reportada por los 287 niños, por los 156 para los que se contó con el reporte de algún padre y por los 156 padres. En un primer paso, se incluyó como variable independiente la suma de puntajes LCU. En un segundo paso, se incluyeron las variables sexo, grado escolar (primer y segundo grado, tercero y cuarto y quinto y sexto) y tipo de escuela (pública o privada). Se formaron tres grupos según el año de estudio, dado que el número de niños de la escuela privada fue bajo ( $n = 98$ ). En el tercer paso de los análisis, se incluyeron en las ecuaciones de regresión las interacciones de primer orden entre las variables demográficas y en el cuarto y último paso se incluyó la interacción triple. En los tres análisis de regresión, se encontró que los eventos vitales fueron un predictor

confiable de la salud de los niños, mientras que ni las variables demográficas, ni sus interacciones produjeron aumentos significativos en  $R^2$ . En consecuencia, sólo se reportan los resultados del primer paso de los análisis en los que los eventos vitales fueron el único predictor.

Los tres análisis mostraron que la acumulación de eventos vitales fue un predictor confiable de la frecuencia de síntomas físicos y psicológicos que experimentaron los niños  $F(1, 285) = 24.32, p > .001; \beta = .28, t = 5.28, p < .001$ , para las respuestas de los 287 niños,  $F(1, 154) = 8.77, p > .01; \beta = .28, t = 3.41, p < .001$ , para las respuestas de los 156 niños y  $F(1, 154) = 29.27, p > .001; \beta = .39, t = 5.26, p < .001$ , para las respuestas de los 156 padres. Los eventos vitales explicaron el 8% de la varianza de los síntomas de enfermedad cuando se consideraron las respuestas de los niños y el 16% en el caso de los padres.

Se clasificó a los niños en tres niveles de estrés: bajo (puntajes LCU menores a 100), intermedio (puntajes LCU entre 101 y 299) y alto (puntajes LCU mayores a 300). Mediante análisis de varianza simple se comparó la frecuencia de síntomas reportados por los 289 niños, por los 156 niños y por sus padres, en función de su nivel de estrés. Los tres análisis mostraron que el nivel de estrés tuvo efectos significativos  $F(2, 284) = 10.91, p < .001, F(2, 153) = 4.38, p < .05, F(2, 153) = 7.90, p < .001$ , respectivamente. Pruebas post hoc de Tukey mostraron que los niños con altos niveles de estrés experimentaron una mayor número de síntomas que aquellos con niveles intermedios y que los que tuvieron un bajo nivel de estrés fueron los que menos síntomas experimentaron. En la Figura 1 se muestran las medias que se encontraron en cada análisis.

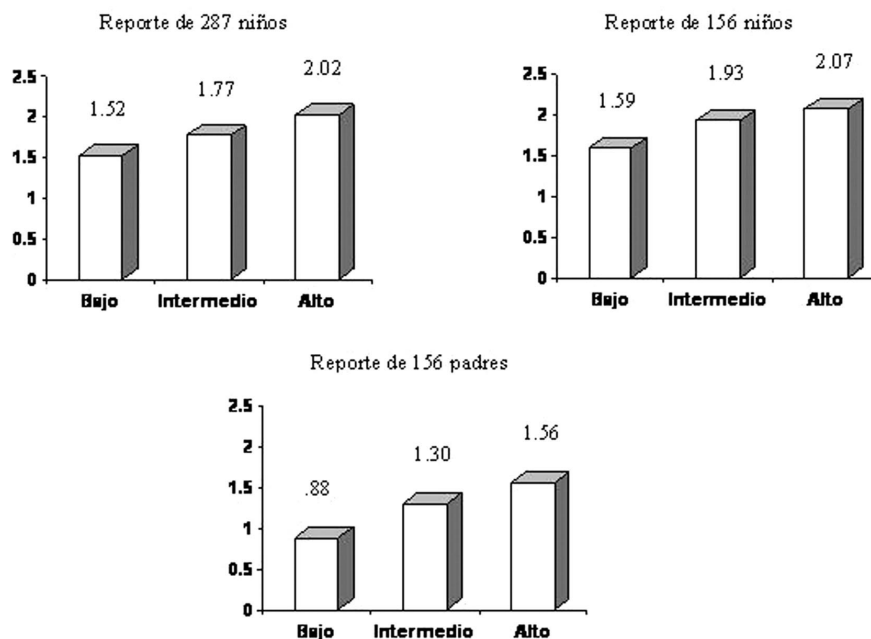


Figura 1. Medias de síntomas de enfermedad experimentados por los niños(as) según su nivel de estrés vital.

### Concordancia entre las Respuestas de Niños y Padres

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 de enfermedad, 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.

Mediante pruebas *t* para grupos relacionados se compararon las medias del número total de eventos vitales y de síntomas reportados por los 156 padres e hijos y subdivididos según el sexo, grado escolar y tipo de escuela de los niños. Dado que la ocurrencia de síntomas se reportó en una escala de frecuencia de cinco puntos, se consideró que un síntoma había ocurrido si se señaló que se presentó siempre, frecuentemente o en ocasiones y que no había ocurrido si se reportó que se presentó casi nunca o nunca. Para evitar cometer el error Tipo I en cada familia de comparaciones, se aplicó la corrección de Bonferroni (Kepper, 1991) y se fijó el nivel de significancia en .03 en las comparaciones por sexo y tipo de escuela y en .02 en función del grado escolar. Se encontró que los niños reportaron haber experimentado un mayor número de eventos vitales ( $\bar{x} = 5.74$ ,  $DE = 3.00$ ) y de síntomas de enfermedad ( $\bar{x} = 10.61$ ,  $DE = 6.96$ ) que los que sus padres reportaron por ellos ( $\bar{x} = 2.42$ ,  $DE = 2.24$  y  $\bar{x} = 7.29$ ,  $DE = 6.15$ ,  $t(155) = 11.45$ ,  $p < .001$  y  $t(155) = 4.79$ ,  $p < .001$ , respectivamente). Estas diferencias persistieron independientemente del sexo, del grado escolar y del tipo de escuela de los niños.

Para conocer la correspondencia entre el número de eventos vitales y de síntomas reportado por cada día, se calcularon coeficientes de correlación de Pearson. La correlación entre el número de eventos vitales reportado por las 156 días fue insignificante  $r(156) = .07$ ,  $p > .05$  y varió entre .03 y .31, cuando se consideró el sexo, el grado escolar y el tipo de escuela de los niños. La correlación entre el número de síntomas de enfermedad fue también baja  $r(156) = .13$ ,  $p > .05$ , variando entre .04 y .23 en función de las características demográficas de los niños.

El grado de acuerdo entre dos informantes comúnmente se calcula mediante el coeficiente Kappa (Cohen, 1960). No obstante, este coeficiente tiene la desventaja de que cuando existen altos porcentajes observados de acuerdo, no refleja el grado de acuerdo real entre los informantes (Hasnain, Onishi & Elstein, 2004). Cicchetti y Feinstein (1990) propusieron el uso de un coeficiente conocido como proporción de positivos

(Ppos), que corrige las deficiencias del coeficiente Kappa. Según Landis y Koch (1977) coeficientes mayores de .70 reflejan un grado confiable de acuerdo entre informantes. Consecuentemente, se computaron coeficientes Ppos y además se analizaron los desacuerdos entre informantes calculando la frecuencia con la que uno de ellos reportó la ocurrencia de un evento o de un síntoma, mientras que el otro no lo hizo. En las dos primeras columnas de la Tabla 2 se muestran los 36 eventos vitales y sus correspondientes coeficientes Ppos. En las dos siguientes columnas, se muestra el número de hijos y de padres que coincidieron en reportar que el evento no ocurrió (i.e., - -) u ocurrió (i.e., ++). En las dos últimas columnas se muestran los casos en los que el niño señaló la no ocurrencia del evento, pero el padre si lo hizo (i.e., -+) y cuando el niño reportó su ocurrencia, pero el padre no (i.e., +-). Los eventos vitales están ordenados en la tabla en función de la magnitud de los coeficientes Ppos de mayor a menor. En el mismo formato que en la Tabla 2, en la Tabla 3 se muestran los 37 síntomas de enfermedad y sus correspondientes coeficientes Ppos.

Sólo hubo dos eventos, disminución en el número de discusiones entre los padres e inicio de un nuevo grado escolar, con coeficientes Ppos no confiables. En ambos casos, más niños que padres reportaron su ocurrencia. Aún en el caso de los eventos con un grado confiable de acuerdo, los desacuerdos existentes se debieron a que en general más niños que padres reportaron su ocurrencia. No obstante, hubo cinco eventos para los que un mayor número de padres reportó su ocurrencia: encarcelamiento por un año o más de alguno de los padres, asistencia a la escuela por primera vez, pérdida del trabajo por alguno de los padres, nacimiento de un(a) hermano(a) y aumento en el número de discusiones del niño con sus padres.

La Tabla 3 muestra que 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. Para la mayoría de los síntomas con índices confiables de acuerdo, un mayor número de niños que de padres reportó su ocurrencia, excepto en tres casos: estar estreñido, tener un estado general de enojo o cólera e incapacidad para terminar una tarea, para los que más padres que niños los reportaron.

Se computaron coeficientes Ppos para el acuerdo entre días subdividiendo a los niños en función de su sexo, grado escolar y tipo de escuela (pública o privada). En las Tablas 4, 5 y 6 se muestran los eventos vitales y los síntomas de enfermedad, respectivamente, cuyo

Tabla 2  
*Coefficiente Ppos para el Grado de Acuerdo entre Padres e Hijos sobre los Eventos Vitales*

No. Evento	Acuerdo		Desacuerdo		
	<i>Ppos</i>	--	++	+-	+ -
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(a) hijo(a) 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(a) amigo(a) cercano(a)	0.93	136	1	5	14
10. Enfermedad seria que requiere hospitalización del niño(a)	0.93	135	0	1	20
16. Enfermedad grave de alguno de los padres que requirió hospitalización	0.92	130	2	7	17
5. Enfermedad seria de un hermano o de hermana que requirió hospitalización	0.91	130	0	4	22
29. Muerte de un abuelo o 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 (la) niño(a)	0.86	114	6	6	30
15. Aumento en el número de discusiones del niño(a) 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.* -- y ++ se refieren a cuando ambos padres e hijos reportaron, respectivamente que el evento no ocurrió u ocurrió; - + refiere el caso en los que los niños reportaron la ocurrencia del evento, mientras que los padres no lo hicieron y + - los casos en los que mientras los padres mencionaron la ocurrencia del evento, los niños no lo hicieron.

Tabla 3

*Coefficiente Ppos para el Grado de Acuerdo entre Padres e Hijos sobre los Síntomas Experimentados*

No. Síntoma	Acuerdo		Desacuerdo		
	<i>Ppos</i>	--	++	+-	+-
Coeficientes Confiables					
6. Tener taquicardias	0.93	134	3	6	13
18. Tartamudear	0.88	121	3	11	21
15. Sentir que falta el aire	0.88	120	2	11	23
8. Tener tensión muscular o tics	0.87	118	3	12	23
3. Estar estreñido(a)	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(a)	0.78	97	5	14	40
28. Sentirse abrumado(a) o incapaz de competir por lo que quiere	0.78	95	8	22	31
36. Creer que se tiene una carencia de amigos(as)	0.78	95	8	15	38
29. Sentir impotencia para iniciar una tarea	0.78	97	4	6	49
10. Tener un exceso de apetito	0.77	87	17	16	36
20. Sentirse ansioso(a)	0.76	92	7	23	34
9. Tener falta de apetito	0.75	82	19	28	27
22. Sentirse preocupado(a)	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(a)	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(a)	0.69	77	9	34	36
26. Estar distraído(a)	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(a)	0.65	65	20	21	50
1. Tener dolor de cabeza	0.56	48	33	43	32

*Nota.* -- y ++ se refieren a cuando ambos padres e hijos reportaron, respectivamente que un síntoma se presentó o no; - + refiere el caso en los que los niños reportaron experimentar un síntoma, mientras que los padres no lo hicieron y + - los casos en los que mientras los padres mencionaron la presencia de un síntoma, los niños no lo hicieron.

coeficiente *Ppos* fue menor a .70. La Tabla 4 muestra que el acuerdo entre los niños y sus padres fue mayor (dos eventos con coeficientes no confiables) que entre las diádas niñas-padres (cuatro sucesos). Los niños de

la escuela pública acordaron en mayor grado con sus padres (dos eventos con un acuerdo no confiable) que los de la escuela privada (cuatro sucesos). Los niños de quinto y sexto acordaron en mayor grado con sus pa-



dres (tres eventos con coeficientes no confiables) que los niños de cuarto y quinto y de primero y segundo (cuatro sucesos, en cada caso). En todos los casos, un número mayor de niños reportó la ocurrencia de los eventos, en comparación con sus padres.

Tabla 4  
*Acuerdo sobre la Ocurrencia de Eventos Vitales en Función de las Características de los Niños*

No. Evento	Ppos	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(a) 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
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
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(a) 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

*Nota.* Se muestran los eventos cuyo coeficiente Ppos fue menor a .70. Al igual que en las tablas anteriores se muestra el número de niños y de padres que acordaron y no acordaron respecto a la ocurrencia de los eventos.

Las Tablas 5 y 6 muestran que las niñas coincidieron en mayor grado que los niños con sus padres respecto a su estado de salud (siete y 12 síntomas con coeficientes menores a .70, respectivamente). En el caso de los niños,

en ocho de los 12 síntomas, un mayor número de padres reportó su ocurrencia, mientras que en el caso de las niñas-padres, en todos los casos un mayor número de niñas reportó su ocurrencia. Los niños de la

Tabla 5  
Acuerdo de Padres-Hijos sobre Ocurrencia de Síntomas en Función de las Características de los Niños

No. Síntoma	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+ -
Sexo					
Niños					
20. Sentirse ansioso(a)	0.69	44	3	22	17
14. Sentirse cansado(a)	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 estreñado(a)	0.62	61	1	66	8
37. Incapacidad para terminar una tarea asignada	0.62	31	7	23	15
26. Estar distraído(a)	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(a)	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(a)	0.69	38	4	7	15
22. Sentirse preocupado(a)	0.68	39	12	13	17
21. Sentirse nervioso(a)	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
Tipo de 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
Privada					
16. Tener la boca o la garganta secas	0.68	32	3	5	25
26. Estar distraído(a)	0.65	23	17	14	11
13. Tener pesadillas	0.61	25	8	4	28
21. Sentirse nervioso(a)	0.54	23	3	20	19
31. Estar excesivamente aburrido(a)	0.54	18	16	6	25
1. Tener dolor de cabeza	0.52	16	19	14	16

*Nota.* Al igual que en las tablas precedentes, el primer signo siempre se refiere al reporte por parte de los niños y el segundo al reporte de los padres. El signo - designa que se reportó que el evento no ocurrió y el signo + que el evento ocurrió.

escuela pública coincidieron en mayor grado con sus padres (cuatro síntomas con coeficientes no confiables) que los de la escuela privada (seis síntomas). En el caso de las díadas de la escuela pública, en tres de los cuatro síntomas un mayor número de padres mencionó que sus hijos los habían sufrido. En el caso de las díadas de la escuela privada, en dos casos un mayor número de padres reportó su ocurrencia. Los niños de quinto y sexto fueron los que coincidieron más con sus padres, seguidos por los de primer y segundo grado y los de tercero y cuarto fueron los que menos coincidieron (3, 7 y 12

síntomas con coeficientes menores a .70, respectivamente). En el caso de los niños más pequeños y de los mayores solamente en un caso más padres que niños reportaron la ocurrencia de uno de los síntomas (falta de apetito y dolores de cabeza, respectivamente). En el caso de los niños de tercero y cuarto, en dos casos (sentirse nervioso y tener dolores de cabeza) más padres que niños reportaron su ocurrencia. Para el resto de los síntomas un mayor número de niños que de padres mencionó que lo había experimentado.

Tabla 6  
Acuerdo de Padres-Hijos sobre Ocurrencia de Síntomas en Función de las Características de los Niños

No. Síntoma	<i>Ppos</i>	Acuerdo		Desacuerdo	
		--	++	-+	+-
Grado Escolar					
Primero-Segundo					
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(a)	0.63	22	4	8	18
31. Estar excesivamente aburrido(a)	0.59	19	7	9	17
Tercero-Cuarto					
16. Tener la boca o la garganta secas	0.69	27	2	4	20
21. Sentirse nervioso(a)	0.67	24	5	14	10
26. Estar distraído(a)	0.67	22	9	9	13
31. Estar excesivamente aburrido(a)	0.64	22	6	3	22
22. Sentirse preocupado(a)	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(a) 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					
21. Sentirse nervioso(a)	0.68	25	3	10	13
26. Estar distraído(a)	0.68	21	10	11	9
1. Tener dolor de cabeza	0.55	16	9	16	10

*Nota.* Al igual que en las tablas precedentes, el primer signo siempre se refiere al reporte por parte de los niños y el segundo al reporte de los padres. El signo - designa que se reportó que el evento no ocurrió y el signo + que el evento ocurrió.

## Discusión

### Valor Predictivo de los Eventos Vitales sobre la Salud

Los resultados del 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 5 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 están relacionados con experimentar una serie de eventos vitales (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 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. Vincent y Rosenstock (1979) reportaron una relación entre estrés vital y la presencia de síntomas psiquiátricos en niños.

Los resultados del presente estudio también mostraron que el estrés vital explicó un 8% de la varianza de la salud de los niños, conforme su propio reporte, mientras que conforme el reporte de sus padres, explicó el 16% de la varianza. Este hallazgo sugiere que los padres fueron más realistas respecto a la clase de sucesos y de síntomas que experimentaron los niños, que los propios niños. Únicamente en un estudio anterior se comparó la determinación de los eventos vitales sobre la salud utilizando el reporte de ambos, hijos y padres y los resultados fueron contrarios a los del presente estudio, ya que los eventos vitales explicaron un 24% de la varianza de la autoestima de los niños conforme su propio reporte, pero sólo el 9% conforme el reporte de sus padres (Carter & Biasini, 2001). Esta diferencia podría deberse a que se ha documentado que el reporte de padres e hijos varía dependiendo del tipo de los síntomas de enfermedad que presentan los niños (Tang, 2002). Mientras que en el estudio de Carter y Biasini sólo se midió la autoestima como índice de salud mental, en este estudio se midieron diversos síntomas físicos y psicológicos. Esta diferencia puede ser responsable de los datos contradictorios encontrados entre ambos estudios.

La magnitud de las correlaciones entre los puntajes LCU y la salud fue relativamente baja (de .28, en el caso de los niños y de .40, en el caso de los padres), no obstante es similar a la reportada en otros estudios. Por ejemplo, Bergets (2002) reportó una correlación igual a .20 entre la acumulación de eventos vitales y la tendencia de niños a mostrar habilidades de liderazgo. 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. Swearingen y Cohen (1985) reportaron una correlación de .29 entre estrés vital y ansiedad e igual a .32 con síntomas de depresión. Con adultos también se ha encontrado que la determinación del estrés vital sobre la salud varía entre .12 y .30 (Cromer, Schmidt & Murphy, 2006). La magnitud de estas correlaciones puede deberse a que se ha documentado que la relación entre el estrés y la salud está modulada por diversos factores. Por ejemplo, se han reportado correlaciones más bajas entre estrés vital "positivo" (obtención de logros, iniciar un nuevo año escolar, aumento del grado de aceptación por los compañeros y amigos) y la salud que con estrés "negativo" (muerte de uno de los padres o hermanos, enfermedad grave del

niño o de los padres, divorcio o separación de los padres) (Swearingen & Cohen, 1985). La controlabilidad de los eventos, su anticipación o el ser sorpresivos, su grado de deseabilidad, así como variables culturales y demográficas pueden afectar el grado de estrés que producen (Bruner et al., 1994; Swearingen & Cohen, 1985; Turner, Wheaton & Lloyd, 1995). También existe evidencia de que variables psicológicas como el grado de apoyo social, las estrategias para enfrentar los problemas y hasta el rol sexual actúan como mitigadores efectivos de los efectos nocivos del estrés sobre la salud (Acuña & Bruner, 2002a, 2002b; Jackson, Kim & Delap, 2007; Turner & Steptoe, 1998).

Los resultados también mostraron que conforme ambos, el reporte de padres e hijos, los niños con altos niveles de estrés fueron los que experimentaron diversos síntomas de enfermedad con mayor frecuencia, seguidos por aquellos con un nivel intermedio de estrés y finalmente por quienes estuvieron expuestos a niveles bajos. Holmes (1978) con personas adultas, reportó también una relación sistemática entre el nivel de estrés y la gravedad de las enfermedades, siendo que altos puntajes LCU (i.e., mayores a 300 puntos) predijeron la presencia de enfermedades graves como cáncer, diabetes o infartos al miocardio, puntajes intermedios (i.e., entre 101 y 299 puntos) predijeron enfermedades como gastritis o colitis y puntajes bajos (i.e., menores a 100 puntos) padecimientos leves como gripes o dolores de cabeza.

#### Acuerdo Entre los Reportes de Padres y Niños

Los niños reportaron haber experimentado un mayor número de eventos vitales y de síntomas de enfermedad que los que sus padres reportaron por ellos. Aunque estos datos son consistentes con los hallazgos de investigaciones anteriores (Johnston et al., 2003; Tang, 2002), no deja de ser sorprendente que padres e hijos no acuerden. Los niños sistemáticamente reportan estar experimentando grados de estrés mayores que los que sus padres parecen darse cuenta, lo cual podría sugerir que algunos padres no son concientes del grado de tensión al que están sometidos sus hijos y consecuentemente de los riesgos sobre su salud física y mental. Existe evidencia que sugiere que efectivamente éste puede ser el caso. Por ejemplo, ciertos problemas, como tener mucho acné o tener peleas frecuentes con los amigos, que son juzgados por los padres como poco importantes, pero no por los niños, pueden llevar a éstos a presentar serios grados de depresión e incluso al suicidio (Ang, Chia & Fung, 2006; Purvis, Robison, Merry & Watson, 2006).

El número de eventos y de síntomas de enfermedad reportado por cada díada niño-padre no correlacionó. Respecto de los eventos vitales, la magnitud de la correlación encontrada fue más baja ( $r = .07$ ) que las reportadas en estudios anteriores. Por ejemplo, Johnston et al. (2003) reportaron una correlación igual a .49 en

tre reportes de padres e hijos de entre siete y 18 años, mientras que Rende y Plomin (1991) con niños de primero de primaria encontraron que la correlación fue igual a .21. Las diferencias en la magnitud de las correlaciones encontradas en cada estudio pueden deberse a las edades y características sociodemográficas de los niños que participaron en cada investigación. Cuando se subdividió a los niños en función de su sexo, grado escolar y tipo de escuela (pública o privada), la magnitud de las correlaciones varió entre .13 y .31 y éstas son de una magnitud similar a las reportadas en estudios previos. Respecto a los síntomas de enfermedad, las correlaciones entre los reportes de padres e hijos 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 mediante distintos cuestionarios, el grado de depresión de niños de entre cinco y 13 años y encontraron correlaciones que 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 tiende a ser baja.

Sólo en el caso de dos eventos vitales el acuerdo entre padres e hijos no fue confiable: 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 les pedían señalar los eventos que habían experimentado desde que empezó el año escolar. En estudios anteriores, se encontró que los desacuerdos entre hijos y padres tienden a centrarse en el reporte de la ocurrencia de sucesos relacionados con los propios padres o con el niño (Bailey & Garralda, 1990). El número de discusiones entre los padres es uno de los eventos en los que tiende a haber discrepancia en los reportes de padres e hijos (Yamamoto & Mahlios, 2001), pero a diferencia de otros estudios, no hubo discrepancias significativas relativas a eventos inherentes al propio niño. Un mayor número de niños que de padres reportó que existió un aumento en el número de las discusiones entre los padres. Es posible que los padres no hayan reportado la ocurrencia de ese suceso o bien por deseabilidad social o simplemente porque no están dispuestos a reconocerlo. Aún en el caso de los

sucesos con grados confiables de acuerdo, las discrepancias existentes se debieron a que los niños los reportaron con mayor frecuencia que sus padres. No obstante, hubo cinco eventos para los que un mayor número de padres reportó su ocurrencia: encarcelamiento por un año o más o pérdida del trabajo por alguno de los padres, asistencia a la escuela por primera vez, nacimiento de un(a) hermano(a) y aumento en el número de discusiones del(a) niño(a) con sus padres. Es posible que sucesos como el que uno de los padres sea encarcelado o pierda su trabajo sean del conocimiento de los padres pero no del(a) niño(a). En el caso de los eventos nacimiento de un(a) hermano(a) 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(a) (Bailey & Garralda, 1990; Yamamoto & Mahlios, 2001). Es factible que para ciertos niños este suceso sea muy desagradable y tiendan a reprimirlo. Sin embargo, a través de diferentes estudios los eventos en los que padres e hijos no acuerdan no han sido consistentes. Esto podría deberse a las características de los participantes en cada investigación, ya que en este trabajo se encontró que los eventos en los que hubo discrepancias variaron en función del sexo, del grado escolar y del tipo de escuela de los niños. En ninguno de los estudios anteriores se reportó el grado de acuerdo entre las díadas en función de las características sociodemográficas de los niños, por lo que no existen datos con los cuales comparar los resultados obtenidos. Los datos aquí presentados servirán de punto de comparación para futuras investigaciones.

Relativo a los síntomas de enfermedad, se encontró que los coeficientes  $P_{pos}$  variaron entre .56 y .93, siendo que en sólo seis casos fueron no confiables. En otros estudios se han reportado resultados similares. Por ejemplo, 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 el grado de acuerdo entre padres e hijos ha variado considerablemente en los diferentes estudios.

Cuando se consideró a la muestra total de díadas padre-hijo, hubo seis síntomas en los que el acuerdo no fue confiable. Los niños reportaron en mayor grado que sus padres el sentirse nervioso, tener pesadillas y estar excesivamente aburrido. Los padres en cambio reportaron que sus hijos estaban distraídos, tenían problemas para concentrarse y dolores de cabeza. En investigaciones anteriores también se ha reportado que los niños tienden a reportar en mayor grado que sus

padres síntomas relacionados con su estado de ánimo y sus sentimientos, mientras que los padres tienden a reportar síntomas y problemas conductuales que son fácilmente observables por ellos (Kashani et al., 1985; Orvaschel, Weissman, Padian & Lowe, 1981). Los resultados del estudio también mostraron que el acuerdo entre padres y niñas fue mayor que en el caso de las díadas varones-padres. Este hallazgo es similar a los reportados en estudios previos (Kolko & Kazdin, 1993; Verhulst & van der Ende, 1992). Las díadas padres-niños de la escuela pública acordaron en mayor grado que las de la escuela privada. En función de la clase social, los resultados de estudios anteriores no han sido consistentes. En un estudio anterior se encontraron resultados opuestos a los de este estudio, ya que las díadas con recursos coincidieron en mayor grado que aquellos con pocos recursos económicos (Tang, 2002). En otros estudios, en cambio, no se encontraron diferencias en función de la clase social (Kolko & Kazdin). Los niños de mayor edad coincidieron en mayor grado con sus padres que los más chicos. 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 el acuerdo entre informantes ha sido más alta en el caso de los niños de menor edad (Achenbach et al., 1987), en otros el mayor acuerdo se encontró entre los niños más grandes y sus padres (Choudhury, Pimentel, & Kendal, 2003) y en otros más la edad de los niños no ha hecho diferencia (Kolko & Kazdin). En suma, aunque se sabe que el sexo, la clase social o la edad de los niños pueden influir el grado de acuerdo entre padres e hijos, su influencia ha sido inconsistente. Desde luego, el grado de acuerdo entre padres e hijos puede depender de múltiples variables tanto de los niños, como de los padres. Una limitante del presente estudio fue el no recabar información sociodemográfica de los padres y consecuentemente no fue posible analizar el acuerdo entre padres e hijos en función de las características de los padres. Otra limitante fue que el número de niños que participó en el estudio fue relativamente baja ( $N = 287$ ) e integrada por niños de únicamente dos escuelas primarias de la ciudad de México. El número de díadas padre-hijo fue aún más bajo ( $n = 156$ ), lo cual limita la generalidad de los resultados obtenidos. Los resultados de este y otros estudios sugieren la necesidad de realizar mayor investigación que permita identificar las variables responsables de los desacuerdos entre padres e hijos.

### Referencias

- 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. (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.* Madison, WI: Inner Coaching.
- 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.
- 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.
- 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. (Doctoral dissertation, Washington University, 2002). *Dissertation Abstracts International*, *B*, 5426.
- Brady, S. S., & Matthews, K. A. (2006). Chronic stress influences ambulatory blood pressure in adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, *31*, 80-88.
- 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.
- Choudhury, M. S., Pimentel, S. S., & Kendall, P. C. (2003). Childhood anxiety disorders: Parent-child (dis)agreement using a structured interview for the DSM-IV. *Journal of American Academy of Child and Adolescent 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. (1972). 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.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational Psychology Measure*, *20*, 37-46.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., & Murphy, D. L. (2006). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1683-1691.
- Duncan, D. F. (1977). Life stress as 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.
- 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.
- Franko, D., Striegel-Moore, R., Brown, K. M., Barton, B. A., McMahon, R. P., Schreiber, G. B., et al. (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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Jacobs, T. J., & Charles, E. (1980). Life events and the occurrence of cancer in children. *Psychosomatic Medicine*, 42, 11-24.
- Jackson, Y., Kim, K. L., & Delap, C. (2007). Mediators of control beliefs, stressful life events, and adaptive behavior in school age children: The role of appraisal and social support. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 147-160.
- Jackson, Y., & Warren, J. S. (2000). Appraisal, social support, and life events: Predicting outcome behavior in school-age children. *Child Development*, 71, 1441-1457.
- Järvelin, M. R., Moilanen, I., Viikeväinen-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.
- 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.
- 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* (pp. 169-170). Trenton, NJ: 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.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Lin, H., Katsovich, L., Ghebremichael, M. G., Findley, D. B., Grantz, H., Lombroso, P. J., et al. (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.
- Liakopoulou, M., Alifieraki, T., Katidenoiu, A., Kakourou, T., Tselalidou, E., Tsiantis, J., et al. (1997). Children with alopecia areata: Psychiatric symptomatology and life events. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 678-684.
- Monaghan, J. H., Robinson, J. O., & Dodge, J. A. (1978). 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.
- 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.
- 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 Pediatrics and Child Health*, 42, 793-796.
- 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.
- Reyes, A. M. (2007). *La escala de reajuste social para niños de primaria: el estrés vital como predictor de la salud*. Tesis de Licenciatura no publicada. Ciudad de México, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Reyes, A. M., & Acuña, L. (en prensa). La escala de reajuste social para niños de primaria: versión en español. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Stober, M. (1984). Stressful life events associated with bulimia and 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*, 5, 12-19.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Yamamoto, K., & Mahlios, M. C. (2001). Home is where begins: Parents, children, and stressful events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 533-537.
- 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.

Received 22/06/2007  
Accepted 15/09/2007

**Ana Marina Reyes.** Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.  
**Laura Acuña.** Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.