

Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas

Blanca Estela Barcelata Eguiarte,¹ Consuelo Durán Patiño,¹ Emilia Lucio Gómez-Maqueo¹

Artículo original

SUMMARY

Resilience implies adaptation to significant stressful situations. The low-income or economic hardship is considered as a risk factor associated with stressful life events. A life event is any experience capable of producing stress and can therefore become a stressor depending of individual subjective assessment. The purpose of this study was to analyze the subjective assessment of stressful life events in adolescents from the eastern neighboring area of Mexico City, which is deemed as a socioeconomically vulnerable area because of its high poverty and low development rates. Participants were 638 male and female adolescents aged 13 to 18 from two non-probabilistic samples from public education and mental health institutions. A socio-demographic file and the Life Event Questionnaire were applied. T values show statistical differences between school and clinical samples in all socio-demographic variables and also in all areas of life events. The family, behavior problems, personal and school areas are the ones where a greater number of stressful life events are perceived in both samples, even though school sample scores are within the normal range, whereas the clinical sample scores are marginal and out of the normal range. The MANOVA showed significantly effects by sex but not by age on the perception of life events, and there was only an interaction of sex and age in health. In the clinical sample, the older adolescent showed higher scores in stressful life events. The findings are consistent with previous reports that point to a greater number of stressful life events in clinical groups and economic hardship. No significant differences were found in the perception of stressful events concerning age. These results may be useful in designing intervention models with adolescents aimed at changing perceptions and the way they cope with adverse life events, in order to strengthen resilience in low-income and psycho-social risk contexts.

Key words: Adolescence, stressful life events, economic adversity, resilience, perception.

RESUMEN

La resiliencia implica adaptación ante situaciones de riesgo o estrés significativo. Las presiones económicas se consideran un riesgo por su asociación con sucesos de vida estresantes. Un suceso de vida es un acontecimiento que tiene el potencial de producir estrés, por lo que su valoración es un factor básico en los procesos adaptativos. El propósito de este estudio fue analizar la valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes de adolescentes de la zona oriente y conurbada de la Ciudad de México, caracterizada por vulnerabilidad económica. Participaron 638 hombres y mujeres adolescentes, de entre 13 y 18 años de edad, de dos muestras intencionales de instituciones públicas educativas y de salud mental. Se aplicaron una ficha socio-demográfica y el Cuestionario de Sucesos de Vida. Los valores de *t* de *Student* indican diferencias significativas entre la muestra escolar y la clínica en las variables sociodemográficas y en la percepción de los sucesos vitales. Las áreas familiar, problemas de conducta, personal y escolar exhiben las puntuaciones más altas en ambas muestras. La escolar con puntuaciones dentro del rango de normalidad y la clínica con valores marginales y fuera de la norma. Los análisis con MANOVA no muestran efectos significativos por la edad, pero sí por sexo, e interacción sexo-edad. Los hombres mayores de la muestra clínica perciben más sucesos estresantes en todas las áreas, en particular en salud. Los datos son consistentes con la bibliografía que indica mayor número de sucesos estresantes en grupos clínicos y adversidad económica, aunque no apoyan otros que señalan diferencias de edad. Esto sugiere que, independientemente de la edad, todos los adolescentes perciben de manera similar su entorno. Los resultados podrían orientar el diseño de programas con adolescentes que contribuyan a modificar sus percepciones y la forma de enfrentar los sucesos de vida adversos a fin de fortalecer la resiliencia.

Palabras clave: Adolescencia, sucesos estresantes, adversidad económica, resiliencia, percepción.

INTRODUCCIÓN

La perspectiva psicopatológica del desarrollo plantea una relación compleja entre estrés, riesgo, psicopatología y resiliencia, constructos vinculados con el proceso de adaptación-desadaptación durante la adolescencia.¹ Se afirma que no se puede hablar de resiliencia sin la pre-

sencia de estrés, por lo que también se le refiere como resistencia al estrés para describir el mantenimiento de una conducta adaptada ante la presencia de condiciones de riesgo o de estrés significativo como pueden ser los sucesos vitales.²

De acuerdo con Gore y Eckenrode,³ la base para la investigación en psicopatología y resiliencia en la adolescen-

¹ Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia: Blanca Estela Barcelata Eguiarte. Prol Abasolo 54-23, Fuentes de Tepepan, 14648, México, DF. Fax: 5489-5170. E-mail: bareg7@hotmail.com
Recibido primera versión: 17 de mayo de 2011. Segunda versión: 19 de abril de 2012. Aceptado: 11 de mayo de 2012.

cia está determinada por el estudio del estrés. Se enfatiza la necesidad de identificar los tipos de estresores y fuentes de estrés; determinar sus mecanismos, así como su relación con los desenlaces adolescentes.^{4,5}

Un suceso de vida es cualquier experiencia, situación o acontecimiento que ocurre a un individuo, familia o comunidad que tiene el potencial de producir estrés, por lo que, dependiendo de las condiciones personales o contextuales de un adolescente, puede convertirse en un estresor.⁶

La evidencia indica que experiencias como maltrato físico, riñas familiares, divorcio de los padres,^{7,8} haber sido víctima de abuso sexual,^{8,9} y dificultades económicas,¹⁰⁻¹² entre otras, a menudo representan factores de riesgo para el desarrollo del adolescente. Por otra parte, los modelos de resiliencia subrayan la importancia de la percepción o valoración subjetiva de dichas experiencias en los procesos adaptativos.^{1,13}

La compleja relación entre estrés, resiliencia y adaptación en la adolescencia se refleja en la variedad de enfoques que tratan de explicar de manera integral el estrés.¹⁴⁻¹⁷ La mayoría retoma el modelo transaccional de Lazarus y Folkman,¹⁸ que refiere al estrés como un proceso interactivo entre el individuo y su entorno, mediado por un sistema perceptual-cognitivo. El desequilibrio entre la percepción y la evaluación de un suceso, y de los recursos disponibles para enfrentarlo, es lo que da pauta para que una experiencia sea interpretada como negativa o estresante.

Algunos estudios subrayan la importancia de la valoración subjetiva como un proceso básico en el surgimiento del estrés.^{10,19} Esto permite entender por qué para algunos adolescentes existen eventos "insignificantes o modestos" que pueden ser altamente agobiantes mientras para otros no lo son.¹³

Entre las limitaciones de la investigación del estrés como una condición de riesgo se menciona que en ocasiones su estudio se centra en un solo suceso de vida o lista de estresores, sin indagar las fuentes de estrés ni considerar lo que representa para cada adolescente.^{2,13} Mientras que para algunos jóvenes los marcadores pueden estar en función de variables personales, para otros están en el contexto, por lo que sucesos familiares, escolares y sociales ocupan un papel preponderante.^{7,20}

La variabilidad de los sucesos se ha determinado, algunas veces, contrastando muestras clínicas y subclínicas con escolares o normativas, observándose un mayor número de sucesos estresantes y nivel de estrés en el primer tipo de muestras.^{17,21,22} Se indica que la percepción de las experiencias vitales varía en función del sexo y la edad, lo cual puede estar matizado por otras variables contextuales como el nivel socioeconómico. Las mujeres tienden a reportar mayor número de sucesos estresantes que los hombres, frecuentemente de tipo personal, como abuso, o con la familia, mientras que los hombres tienden a percibir más estresores de tipo social, aunque también algunos familiares, como abandono.^{2,8,23-25} Los adolescentes mayores parecen estar más expuestos a sucesos de vida estresantes que los más jóvenes pero parecen percibirlos con menor carga negativa.²⁶

La marginación económica o nivel socioeconómico bajo se considera un factor de riesgo para el desarrollo del adolescente por su asociación con sucesos de vida estresantes.^{1,2,13} La investigación en población mexicana sugiere que los adolescentes de poblaciones marginadas presentan con frecuencia adversidad económica, seguida de otros sucesos estresantes como violencia familiar.^{25,27-29} El potencial estresante de un suceso puede ser tan alto que otros factores, considerados protectores como el afrontamiento activo o el apoyo parental, pueden resultar poco eficaces para moderarlo.^{19,20,26,30}

Se ha visto que los sucesos vitales mayores, como enfermedad física o mental de los padres, o sufrir un accidente, con frecuencia se asocian a desajuste emocional.^{1,25} Las contrariedades cotidianas, como no tener dinero o las peleas en la familia, también pueden tener un impacto negativo en los adolescentes, aunque esto depende de su percepción.^{12,17,24,25} Es importante conocer cómo experimentan los sucesos vitales adolescentes de nivel socioeconómico (NSE) bajo que viven en zonas marginadas, cuáles son sus fuentes de estrés, con base en lo cual se puedan diseñar estrategias de intervención adecuadas al contexto.^{7,8,17,31} Sin embargo, no todos los estudios reportan las fuentes de estrés y son relativamente pocos los que contrastan muestras escolares y clínicas de adolescentes en condiciones de marginación.

El propósito del presente estudio fue analizar la valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes de dos muestras de adolescentes de bajo nivel socioeconómico de la zona oriente y conurbada de la Ciudad de México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

Se trata de un estudio transversal en el que participaron 638 adolescentes de 13 a 18 años de edad (media=15.2 años; *D.E.*=1.41), 323 hombres (50.6%) y 315 mujeres (49.4%), pertenecientes a dos muestras no probabilísticas de instituciones públicas de educación y salud mental de la zona oriente y conurbada de la Ciudad de México, considerada de alto riesgo y bajos índices de desarrollo.³² Una muestra escolar integrada por 538 adolescentes estudiantes, 48.5% hombres y 51.5% mujeres, entre 13 y 18 años de edad (media=15.3 años; *D.E.*=1.34) de ocho escuelas públicas de enseñanza media y media superior ubicadas en la delegación Iztapalapa y en los municipios de Chimalhuacán, Chicoloapan, Nezahualcóyotl, Chalco, Los Reyes y Tlalmanalco, del Estado de México. Una muestra clínica constituida por 100 adolescentes, 62.0% hombres y 38.0% mujeres (media=14.3 años; *D.E.*=1.51), de consulta externa de servicios de salud mental de instituciones públicas (Centros Comunitarios de la Secretaría de Salud, Centros de Atención Integral y Clínicas Universitarias), remitidos por orientadores o directivos de las escuelas, llevados por los padres o familiares, o que solicitaron atención por iniciativa propia, e identifi-

cados con diversos problemas emocionales y de conducta por parte del equipo de salud.

Instrumentos

Se aplicó una ficha sociodemográfica contenida en el Cuadernillo de Preguntas del Proyecto MP6-11: Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM -Macroproyecto UNAM 2007-2009- con 33 reactivos de opción múltiple que evalúan variables socioeconómicas, validada para este tipo de población.³³

La medición de los sucesos estresantes se realizó con el Cuestionario Sucesos de Vida para Adolescentes³⁴ que evalúa los sucesos de vida ocurridos en el último año. Consta de 130 reactivos agrupados en siete áreas o dimensiones: familiar, social, logros y fracasos, salud, personal, problemas de conducta y escolar. Ciento veintinueve reactivos de cuatro opciones de respuesta: a) me sucedió y fue bueno para mí; b) me sucedió y fue malo para mí; c) me sucedió y no tuvo importancia; d) no me sucedió, y una pregunta abierta que explora algún otro tipo de suceso estresante y cómo lo afrontó el adolescente. Las características psicométricas se reportan en el respectivo Manual³⁴ y algunos estudios muestran un coeficiente global de consistencia interna de Kuder-Richardson de .89 y un índice global de estabilidad temporal de .75, así como indicadores aceptables de validez de criterio a través del método de jueces.^{35,36}

Procedimiento

Los adolescentes se contactaron en las instituciones públicas educativas y de salud mental. A las instituciones participantes se les proporcionó un consentimiento informado para que lo firmaran los padres o tutores de los adolescentes y dieran así su autorización para la evaluación. La participación fue voluntaria, garantizándose la confidencialidad y el anonimato. Al grupo clínico se le proporcionó atención psicológica o psiquiátrica en función de la evaluación. Los procedimientos fueron revisados y avalados por el Comité de Ética del Comité Académico del Programa de Maestría y Doctorado de Psicología de la UNAM.

La aplicación fue colectiva, en grupos de 25 a 40 alumnos en las escuelas, y de cuatro a seis adolescentes en los centros de salud mental. La evaluación se llevó a cabo antes de que la muestra clínica recibiera algún tratamiento. Colaboraron en la aplicación de dos a cuatro psicólogos entrenados y el psicólogo responsable del proyecto.

Se realizaron análisis descriptivos y comparativos para la caracterización sociodemográfica de las muestras escolar y clínica, con el uso de chi cuadrada (χ^2) para las variables nominales y para valorar la prevalencia de los sucesos en ambas muestras. Se obtuvieron diferencias de medias con *t* de Student para los sucesos vitales estresantes. El nivel de estrés se determinó a partir de puntuaciones T. Una elevación T>65 en alguna

área se consideró indicador de presencia de sucesos estresantes conforme a los puntos de corte establecidos para población mexicana.³⁴ Se corrió un MANOVA para explorar los efectos principales y de interacción del sexo, edad y tipo de muestra en la valoración subjetiva de los sucesos en las diferentes áreas. Para el procesamiento de datos se utilizó el SPSS v.15.

RESULTADOS

El cuadro 1 presenta algunos datos sociodemográficos de los adolescentes de las muestras escolar y clínica; en él se

Cuadro 1. Comparación del perfil sociodemográfico: muestras escolar y clínica

Variables/Indicadores	M. escolar N=538	M. clínica N=00	† Student / χ^2	p
Edad	15.3 años (D.E. 1.33)	14.3 años (D.E. 1.51)	6.534	.00**
Escolaridad			56.14	.00**
Secundaria	46.5	82.0		
Preparatoria	53.5	18.0		
Promedio escolar	8.0	7.0	-3.07	.00**
Estado civil			.437	.80
Soltero	98.3	99.0		
Dinero para gastar			27.39	.00**
Nada	5.9	13.1		
\$ 1-10	21.0	33.3		
\$ 11-20	38.3	41.4		
Tipo de vivienda			22.54	.00**
Vecindad	3.5	8.1		
Unidad habitacional	8.4	11.1		
Departamento	8.8	19.2		
Casa en terreno familiar	29.4	33.3		
Casa sola	40.2	22.2		
Servicio de internet			13.21	.04*
No computadora/ no acceso	30.7	31.0		
Café internet	27.5	42.0		
Tipo de familia			11.88	.00**
Nuclear	69.1	45.0	1.49	.22
Extensa	14.2	12.2	10.53	.00**
Monoparental	12.6	24.1	10.28	.00**
Reconstituida	6.6	19.6	17.83	.00*
Escolaridad padre				
Primaria	22.9	18.0		
Secundaria	36.8	40.0		
Preparatoria	21.2	17.0		
Escolaridad madre			20.44	.00*
Primaria	27.9	36.0		
Secundaria	37.2	33.0		
Preparatoria	22.1	15.0		
Ocupación padre			10.34	.11
Obrero	10.2	8.0		
Empleado	47.5	44.0		
Comerciante	18.8	20.0		
Ocupación madre			26.90	.00**
Obrero	10.3	13.0		
Empleado	9.7	14.0		
Comerciante	14.4	9.0		
Ama de casa	52.4	35.0		

**p<0.001; *p<0.05.

Cuadro 2. Diferencia de medias puntajes T y número de sucesos estresantes: muestras escolar y clínica

	Muestra escolar N=538		Muestra clínica N=100		t	p
	Media	D.E.	Media	D.E.		
Familiar	56.24	16.35	71.61	23.03	-8.00	.00**
Social	53.60	12.80	59.72	15.64	-4.21	.00**
Logros y fracasos	53.86	12.32	60.36	13.30	-4.76	.00**
Salud	55.09	15.75	59.15	18.07	-2.29	.02*
Personal	54.76	12.74	63.92	13.57	-6.50	.00**
Problemas de conducta	52.53	13.94	73.47	21.66	-12.44	.00**
Escolar	50.85	11.84	63.40	14.52	-9.33	.00**
Promedio general	53.06	11.01	64.60	14.92	-9.17	.00**
Número de sucesos	15.10	9.89	25.22	12.01	-9.24	.00**

**p≤0.001; *p≤0.05.

observan diferencias significativas en la mayor parte de los indicadores. Nótese que los adolescentes de la muestra clínica, en comparación con los de la muestra escolar, tienen menor edad ($t=6.53, p=.001$); tienen menor escolaridad ($\chi^2=56.14, p=.000$), en su mayoría cursan secundaria, con un promedio académico más bajo ($t=-3.07, p=.001$), tienen menos dinero para gastos diarios ($t=27.39, p=.001$), y un mayor porcentaje vive en casa o vivienda en terreno familiar ($\chi^2=22.54, p=.001$).

Con respecto a la configuración familiar, se aprecia que más adolescentes de la muestra clínica viven en familias mono-parentales ($\chi^2=10.53, p=.001$), así como reconstituidas ($\chi^2=10.528, p=.001$), en comparación con los escolares cuyos hogares en su mayoría son nucleares ($\chi^2=11.88, p=.001$). Los padres de la muestra escolar presentan mayor nivel de escolaridad ($\chi^2=17.83, p=.007$), pero en la ocupación no hay diferencia significativa ya que en ambas muestras la mayoría son empleados. Se observa que un mayor número de madres de la muestra escolar se dedica al hogar y mayor porcentaje de madres de la muestra clínica trabajan ($\chi^2=26.90, p=.000$).

Los análisis con *t* de Student arrojan diferencias significativas en todas las áreas entre ambas muestras, como en el promedio total y el número total de sucesos (cuadro 2). La

muestra escolar presenta medias dentro del rango de normalidad ($T \leq 65$) en todas las dimensiones, mientras que en la clínica son superiores, con puntajes fuera del rango ($T > 65$) en las áreas Familiar y Problemas de Conducta (estrés asociado con problemas de conducta). En tanto, la Personal y la Escolar muestran valores marginales. También se observan diferencias con significancia clínica (diferencia de $T > 3$) que oscilan entre cuatro a 13 puntuaciones T. Las fuentes de estrés más importantes son en primer lugar el área Familiar, en segundo los Problemas de Conducta, en tercero la dimensión Personal y en cuarto la Escolar.

Entre los sucesos estresantes de mayor frecuencia en ambas muestras (cuadro 3), aunque con diferencias significativas, se encuentran problemas con los padres y maestros. Aproximadamente 50% manifiesta falta o disminución de dinero, mientras más de la tercera parte reporta desilusiones amorosas y pérdidas.

Para evaluar la influencia del sexo y la edad, en la percepción de los sucesos se corrió un MANOVA. Las medias y desviaciones estándar por grupos, por sexo y edad se presentan en el cuadro 4. Se observa que las medias son superiores en la muestra clínica en todas las áreas, en particular en el grupo de hombres, excepto en el área Salud, en la que

Cuadro 3. Sucesos estresantes de mayor prevalencia: muestras escolar y clínica

Eventos estresantes	M. Escolar	M. Clínica	Total	χ^2	p
	N=538 %	N=100 %	N=638 %		
1. Tuve serios desacuerdos con mis papas	29.9	56.6	34.1	27.85	.00**
2. Tuve problemas con los maestros	18.9	51.5	23.7	57.62	.00**
3. Me castigaron injustamente	18.6	50.5	23.5	49.59	.00**
4. Disminuyeron los ingresos familiares	32.0	45.5	34.1	7.64	.05*
5. Reprobé un examen importante	24.3	44.4	27.5	19.47	.00**
6. Perdí algo muy preciado	34.2	42.4	35.5	9.95	.01*
7. No tengo dinero	26.6	41.4	28.9	11.44	.01*
8. Tuve una desilusión amorosa	21.6	41.4	33.1	6.84	.07
9. Me suspendieron en la escuela	6.9	37.4	11.6	109.99	.00**
10. Le hice daño a alguien	5.9	37.4	13.8	48.53	.00**

**p≤0.001; *p≤0.05.

Cuadro 4. Puntuaciones T promedio y desviaciones estándar de los sucesos estresantes por sexo y edad: muestras escolar y clínica

Áreas	Muestra escolar N=538								Muestra clínica N=100							
	Hombres N=261				Mujeres N=277				Hombres N=62				Mujeres N=38			
	Edad 13-15 N=149		Edad 16-18 N=112		Edad 13-15 N=163		Edad 16-18 N=114		Edad 13-15 N=55		Edad 16-18 N=7		Edad 13-15 N=26		Edad 16-18 N=12	
	X	D.E	X	D.E	X	D.E	X	D.E	X	D.E	X	D.E	X	D.E	X	D.E
Fam	57.63	19.6	55.27	16.0	56.29	14.9	55.29	13.7	72.11	24.3	77.75	25.2	71.54	23.1	65.45	15.0
Soc	52.47	12.4	53.50	12.7	54.52	13.3	53.86	12.5	59.74	16.2	62.80	13.0	59.63	17.3	57.78	11.6
LyF	54.00	11.7	55.54	14.5	53.69	10.8	52.27	12.6	60.70	13.6	66.25	18.5	58.95	10.0	58.03	14.7
Sal	54.08	15.2	55.34	16.3	55.68	16.0	55.34	15.4	58.89	20.0	72.55	17.7	57.13	15.5	55.73	10.6
Per	55.22	12.7	54.99	11.7	53.71	13.2	55.43	13.0	62.95	14.2	64.25	13.1	63.93	11.9	67.92	14.7
PCo	53.22	13.4	53.38	14.1	51.96	15.1	51.59	12.5	76.86	19.9	74.23	23.8	69.73	26.1	66.06	15.2
Esc	49.45	11.8	54.84	12.9	48.49	9.9	52.16	12.0	64.89	14.9	66.20	17.2	60.53	12.6	61.19	15.0

Áreas de sucesos: Fam = Familiar; Soc = Social; LyF = Logros y fracasos; Sal = Salud; Per = Personal; PCo = Problemas de conducta; Esc = Escolar.

Cuadro 5. Efectos del sexo y edad en la percepción de los sucesos estresantes en las diferentes áreas

Variable dependiente	Modelo corregido			Sexo			Edad			Sexo* Edad		
	F	p	Eta ²	F	p	Eta ²	F	p	Eta ²	F	p	Eta ²
Familiar	.00	.09	.00	2.20	.13	.00	.15	.69	.00	1.17	.27	.00
Social	.00	.03*	.00	.13	.70	.00	.04	.82	.00	.83	.36	.00
Logros y fracasos	.00	.04*	.00	3.97	.04*	.00	.49	.48	.00	1.93	.16	.00
Salud	.08	.02*	.08	3.74	.05*	.00	2.25	.13	.00	3.60	.05*	.00
Personal	.00	.06	.00	.25	.61	.00	.93	.33	.00	.43	.50	.00
Problemas de conducta	.00	.20	.00	4.81	.02*	.00	.60	.43	.00	.03	.85	.00
Escolar	.00	.15	.00	3.88	.04*	.00	2.80	.09	.00	1.17	.27	.00

**p<0.001; *p<0.05.

las mujeres de la muestra escolar presentan medias ligeramente más altas.

Se obtuvieron *F* significativas que indican que sólo el sexo tiene un efecto directo en las áreas Logros y Fracasos, Salud, Problemas de Conducta y Escolar (cuadro 5). La variable edad por sí sola no introduce ningún efecto significativo en la percepción de los sucesos en ninguna de las dimensiones. Sin embargo, se encontró un efecto interaccional significativo entre el sexo y la edad en el área Salud, lo cual indica que los chicos mayores tienden a experimentar más estresores que los de menor edad y que el grupo de mujeres.

En el cuadro 6 se presenta el resumen de los efectos principales, de primer y segundo orden; del sexo y edad, y de la interacción sexo (1=hombre; 2=mujer) y edad (1=13 a 15 años; 2=16 a 18 años) y tipo de muestra (1=muestra escolar; 2=muestra clínica) en la percepción de los sucesos estresantes.

Los valores *F*(Roy) indican efectos principales significativos sólo del sexo y del tipo de muestra (escolar o clínica) en la percepción de los sucesos. Tampoco se encontraron interacciones significativas entre la edad y sexo, sexo y muestra, edad y muestra, como tampoco sexo, edad y tipo de muestra

o grupo de pertenencia, lo que indica que en estas muestras la edad no influye en la percepción de los sucesos.

DISCUSIÓN

Para el enfoque psicopatológico del desarrollo, una tarea inicial en la comprensión de la relación psicopatología-re-

Cuadro 6. Efectos principales e interacciones del sexo, edad y muestra en la percepción de los sucesos estresantes (contrastes multivariados)

Fuente	gl hipótesis	gl del error	F(Roy)	Sig.
Sexo	7	623	2.36	.02*
Edad	7	623	1.89	.68
Muestra	7	623	18.54	.00**
Sexo * Edad	7	623	1.67	.11
Sexo * Muestra	7	623	1.81	.08
Edad * Muestra	7	623	1.04	.39
Sexo*Edad*Muestra	7	623	.95	.46

**p<.001; *p<.05.

siliencia es el estudio de las fuentes de estrés y tipos de estresores.³⁻⁵ Por ello, el propósito principal de este trabajo fue evaluar la percepción de los sucesos de vida estresantes en adolescentes de una muestra escolar y una clínica. Se encontró que los adolescentes del grupo clínico presentaron más indicadores de NSE bajo y puntuaciones altas en todas las áreas, así como mayor número de sucesos estresantes en total, en comparación con la muestra escolar. Lo anterior se ha asociado con problemas emocionales y de conducta, como lo muestran estudios previos con diversos tipos de muestras, tanto clínicas como subclínicas (o limítrofes).^{7,17,21,22,25}

Los datos revelan diferencias entre las muestras en la mayoría de las características sociodemográficas a pesar de que provienen de un mismo contexto. Resalta que los adolescentes que asisten a servicios de salud mental son más jóvenes, lo cual podría reflejar que son más vulnerables porque cuentan con menos recursos de afrontamiento o que las problemáticas de esta población parecen agudizarse y ser más apremiantes en los chicos de menor edad, como se sugiere previamente.^{24,26} Sin embargo, también podrían plantearse otras hipótesis de carácter provisional, como que los chicos de mayor edad acuden menos a los servicios de salud mental, porque se consideran libres de problemas y pueden decidir no ir, o porque han abandonado la escuela, lo cual impide que sean identificados y remitidos por las autoridades escolares, quienes generalmente condicionan la permanencia a los estudiantes con problemas emocionales y de conducta, hasta no recibir un servicio de salud mental. Por otra parte, estos datos parecen confirmar algunos planteamientos que señalan que los adolescentes tienen poco contacto con los servicios de salud, porque usualmente son un grupo saludable, por lo que su asistencia a servicios de salud mental es mucho menor.³⁷ No obstante, a diferencia de otros reportes que indican que sólo 13.7% asiste a algún tratamiento por problemas emocionales y que regularmente son mujeres, en este estudio fueron más hombres los que acudían a consulta.^{37,38}

A pesar de las diferencias entre las muestras escolar y clínica, ambas presentan limitaciones económicas, lo cual confirma la vulnerabilidad que en este sentido caracteriza a la zona en la que viven los adolescentes.^{25,32} Se enfatiza que la muestra clínica presenta más adversidad o restricciones económicas. Por ejemplo, más adolescentes del grupo clínico no cuentan con computadora ni con internet, herramientas para realizar tareas, y tienen menos dinero para gastar diariamente, lo cual puede representar estrés cotidiano. No obstante, esto último también podría deberse a la diferencia de edad entre los chico(a)s de ambas muestras más que a las presiones económicas, ya que los escolares tienen mayor edad y generalmente se les proporciona más dinero para comida, transporte y otros satisfactores (ropa, diversión). El promedio escolar bajo del grupo clínico podría asociarse a la problemática emocional y ser producto de ésta, lo que es común en los grupos de adolescentes que acuden a servicios de salud mental.

El mayor número de indicadores de NSE bajo en la muestra clínica podría implicar no sólo mayor restricción económica, sino una acumulación de factores de riesgo, como el bajo nivel educativo y ocupacional de los padres, o el tipo de familia, lo cual tiende a relacionarse de manera indirecta con la dinámica familiar, así como con la presencia de trastornos psicológicos como sugieren otros estudios.^{6,8,11,13}

La ubicación de la dimensión familiar como primera fuente de estrés en ambas muestras, con puntuaciones fuera de la norma en la muestra clínica, coincide con lo señalado en la bibliografía:^{7,10,22,23,31} que la mayoría de los estresores se vinculan con la familia (p. ej., relación con los padres, problemas económicos).^{8,23,27} Esto sugiere problemáticas familiares que aunque podrían tener su origen en situaciones macro-estructurales (p. ej., crisis económica, migración, desempleo),³⁹ afectan la configuración y el funcionamiento familiar como disminución del ingreso, pérdida del trabajo y conflictos parentales,²⁵ lo que puede ser estresante para los adolescentes e impactar de forma negativa a su desarrollo.^{8,10,12,20} Los altos niveles de percepción de estrés en la dimensión de problemas de conducta en la muestra clínica parecen vincularse con los problemas en la escuela.³¹ Los sucesos vitales y su valoración negativa parecen superar los recursos de afrontamiento de los adolescentes, aunque en este documento no se presentan datos al respecto, lo que se traduce en presencia de problemas emocionales y de conducta, por lo que son referidos a servicios de salud mental.^{19,25,30}

A diferencia de otras poblaciones,^{17,19,22,26} en este estudio la edad de los chico(a)s no parece tener un efecto significativo en la valoración de los sucesos estresantes, lo que sugiere que su entorno y los sucesos son experimentados de manera similar por todos los adolescentes independientemente de la edad. Por el contrario se observan algunas variaciones con respecto al sexo. Las mujeres valoran como estresantes más sucesos personales y de salud, mientras los hombres en general reportan problemas en más áreas, en particular en problemas de conducta y relacionados con la escuela, lo cual parece estar regulado por aspectos culturales. Se encuentra interacción del sexo y la edad, siendo los hombres mayores del grupo clínico los que reportan más sucesos a diferencia de hallazgos previos.^{6,23,24,30}

En suma, se confirma la exposición a eventos estresantes en ambientes de marginación o adversidad económica.²⁸⁻³⁰ Puede estimarse que tanto los escolares como los adolescentes usuarios de servicios de salud mental están percibiendo los ámbitos familiar, personal y problemas de conducta como las principales fuentes de estrés, aunque la muestra clínica parece experimentar mayores niveles de estrés y estar en condiciones económicas menos favorables, presentando problemas de adaptación. Esto parece apoyar datos previos que indican que los grupos clínicos valoran más sucesos de forma negativa entre los que están las restricciones económicas.^{21,22}

Este estudio presenta un esbozo de cómo adolescentes de bajos recursos económicos y en condiciones de marginación de la zona oriente y conurbada de la Ciudad de México^{8,25,32} están experimentando los sucesos en diversas dimensiones de su vida. En este sentido contribuye a identificar fuentes o áreas de estrés, así como estresores específicos, evaluándose la percepción y no sólo la exposición a los sucesos.³ El contrastar un grupo escolar y uno clínico permite observar que, a pesar de que los adolescentes viven en un contexto similar, están experimentándolo de forma diferente. El impacto negativo en uno de ellos se refleja en los diversos problemas emocionales y de conducta que presentan, probablemente asociados a otras posibles fuentes de estrés relacionadas con adversidad económica.

La compleja relación entre estrés y los desenlaces adolescentes, así como algunas limitaciones de este estudio, dejan algunas otras interrogantes: ¿qué papel cumple la percepción de control del suceso sobre su salud mental?, ¿cuál es el efecto independiente de los sucesos mayores y cotidianos en los desenlaces adolescentes?, ¿qué relación hay entre ciertos tipos de sucesos y determinados problemas emocionales y de conducta? ¿Existen diferencias entre la percepción de los sucesos en otros niveles socioeconómicos y poblaciones en riesgo? ¿Qué sucesos predicen ciertos desenlaces adolescentes?

Es importante continuar investigando en otros ambientes de adversidad económica y marginación, así como en distintos niveles socioeconómicos, a partir de estudios multifactoriales que también indaguen fuentes de protección. No obstante, los resultados de este estudio podrían retroalimentar el diseño de intervención en ambientes clínicos y educativos, que integre a la familia y al personal docente, por resultar fuentes importantes de estrés. Si bien no se pueden cambiar algunas condiciones de vida de los adolescentes, sí se pueden modificar sus percepciones y formas de afrontamiento. Una forma de hacerlo es formar grupos de discusión de adolescentes utilizando las respuestas del cuestionario de sucesos, en particular la respuesta abierta, en forma anónima, así como por medio del entrenamiento en estrategias que les permitan lidiar con sucesos adversos, cotidianos y mayores, individuales y familiares, a fin de promover patrones saludables de comportamiento que fortalezcan la resiliencia en contextos de marginación y adversidad psicosocial.

AGRADECIMIENTOS

Gracias al apoyo del PASPA-DGAPA y al PAPIIT-IN308310 de la UNAM, así como a las escuelas y centros comunitarios de salud mental por su apoyo. A la doctora María Elena Medina-Mora Icaza por sus valiosos comentarios.

REFERENCIAS

1. Garmezy N. Reflections and cometary on risk, resilience, and development. En: Haggerty R, Sherrod L, Garmezy N, Rutter M (eds).

- Stress, risk and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions. United Kingdom: Cambridge University Press; 2000.
2. Luthar S. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En: Cicchetti D, Cohen D (eds). *Developmental Psychopathology*. Vol. 3: Risk, disorder and adaptation. New York: John Wiley & Sons; 2006.
3. Gore S, Eckenrode J. Context and process in research on risk and resilience. En: Haggerty R, Sherrod L, Garmezy N, Rutter M (eds). *Stress, risk and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions*. United Kingdom: Cambridge University Press; 2000.
4. Egeland B. Understanding developmental processes of resilience and psychopathology: Implications for policy and practice. En: Masten A (ed). *Multilevel dynamics in developmental psychopathology*. The Minnesota Symposia on Child Psychology. Vol.34. Minneapolis: Minnesota University; 2007.
5. Lazarus RS. *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company; 1999.
6. Plunkett S, Radmacher K, Kimberly A, Moll-Phanara D. Adolescent life events, stress and coping: A comparison of communities and genders. *Professional School Counseling* 2000;3(5):356-367.
7. Tiet Q, Bird H, Davies M, Hoven C et al. Adverse life events and resilience. *Am Academy Child Adolescence Psychiatric* 1998;37(11):1191-1200.
8. Orozco R, Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME et al. Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Salud Pública México* 2008;50(1):522-537.
9. Fergusson D, Woodward L, Horwood L. Risk factors and life processes associated with the onset suicidal behaviour during adolescence early adulthood. *Psychological Medicine* 2000;30:23-39.
10. Plunkett S, Henry C, Knaub P. Family stressor events, family coping, and adolescent adaptation in farm and ranch families. *Adolescence* 1999;34(33):146-168.
11. Conger R, Conger K. Resilience in Midwestern families: Selected findings from the first decade of a prospective, longitudinal study. *J Marriage Family* 2002;64:361-373.
12. Wadsworth M, Raviv MA, Compas B, Connor-Smith J. Parent and adolescent responses to poverty related stress: Tests of mediated and moderated. *Coping models*. *J Child Family Studies* 2005;14(2):283-298.
13. Rutter M. Stress research. Accomplishments and tasks ahead. En: Haggerty RJ, Sherrod LR, Garmezy N, Rutter M (eds.). *Stress, risk and resilience in children and adolescents processes, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University Press; 2000.
14. Cervantes R, Castro F. *Stress, coping and Mexican-American mental health: A systemic review*. California: Spanish Speaking Mental Health Research Center; 1985.
15. Connor-Smith J, Compas B. Coping as a moderator of relation between reactivity to interpersonal stress, health status and internalizing problems. *Cognitive Therapy Research* 2004;28(3):347-368.
16. Moos R, Holahan Ch. Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *J Clinical Psychology* 2003;59(12):1387-1403.
17. Seiffge-Krenke I. Causal links between stressful events, copying style and adolescent symptomatology. *J Adolescence* 2000;23:575-691.
18. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca; 1991.
19. Clairano S, Menna P, Molinar R, Sestito LA. The relationships between perceived stress for the future and coping strategies in times of social uncertainty: A study of Italian adolescents. *J Psychology Counseling* 2009;1(1):5-18.
20. Barrett A, Turner R. Family structure and mental health: The mediating effects of socioeconomic status, family process, and social stress. *J Health Social Behavior* 2005;46(2):156-169.
21. Ezpeleta L, Granero R, De la Osa N, Guillamón N. Predictors of functional impairment in children and adolescents. *J Child Psychology Psychiatric* 2000;41(6):793-801.

22. Kirchner T, Forns M. Autopercepción de life events como factores de riesgo y de protección en adolescentes. Estudio diferencial. *Revista Psiquiatría* 2000;27(2):63-76.
23. Lucio E, Barcelata B, Durán C, Villafraña L. Sucesos de vida estresantes: Un estudio transcultural de adolescentes venezolanos y mexicanos. *Revista Iberoamericana Diagnóstico Evaluación Psicológica* 2004;17(1):123-138.
24. Seiffge-Krenke I, Stemmler M. Factors contributing to gender differences in depressive symptoms: A test of three developmental models. *J Youth Adolescent* 2002;31(6):405-417.
25. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J et al. Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican adolescents. *J Adolescent Health* 2009;45(5):483-489.
26. Barra E, Cerna R, Kramm D, Véliz V. Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica* 2006;24(1):55-61.
27. González-Forteza C, Villatoro J, Medina-Mora ME, Juárez F et al. Indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en estudiantes de educación media y media superior en la República Mexicana. *Salud Mental* 1997;20(4):1-7.
28. González-Forteza C, Villatoro J, Pick S, Collado M. El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de afrontamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la Ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental* 1998;21(2):37-45.
29. Lucio E, León I, Durán C, Bravo E et al. Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental* 2001;24(5):17-23.
30. Elgar F, Arlett C, Groves R. Stress, coping and behavioural problems among rural and urban adolescents. *J Adolescence* 2003;26:574-585.
31. Lucio E, Barcelata B, Durán C. El Cuestionario de Sucesos de Vida en la evaluación del estrés en adolescentes. *Psicología Salud* 2001;11(2):23-30.
32. Consejo Nacional de Población -CONAPO-. Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal. México: 2010.
33. Lucio E. Cuadernillo de preguntas del proyecto MP6-11: Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM (Macro-proyecto UNAM 2007-2009). México: UNAM; 2007.
34. Lucio E, Durán C. Cuestionario sucesos de vida -versión para adolescentes-. México: El Manual Moderno; 2003.
35. Ávila MR, Heredia M, Lucio E. Confiabilidad interna y estabilidad temporal del Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes en estudiantes mexicanos. *Enseñanza e Investigación Psicología* 2006;11(1):97-113.
36. Lucio E, Barcelata B, Durán C. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Sucesos de Vida del Adolescente. *Rev Mexicana Psicología* 2003;20(2):211-223.
37. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2009;32(2):155-163.
38. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R et al. Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bulletin World Health Organization* 2008;86(10):757-764.
39. Aguilera R, Salgado N, Romero M, Medina-Mora ME. Paternal absence and international migration: Stressors and compensators associated with mental health of Mexican teenagers of rural origin. *Adolescence* 2004;39(156):711-723.

Artículo sin conflicto de intereses