

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**TESIS DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**ESTRUCTURAS DE COVARIANZA ENTRE ESTILOS PARENTALES
DE CRIANZA PERCIBIDOS, MALESTARES PSICOSOMÁTICOS Y
CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA SALUD REPORTADO POR UN
GRUPO DE NIÑOS Y NIÑAS ENTRE LOS 9 Y LOS 16 AÑOS DE EDAD**

Sustentantes

Andrea Molina Ovares - A53503

Karla Salazar Sánchez - A65233

Comité asesor

Director: Dr. Domingo Campos Ramírez

Lectora: Dr. Ana María Carmiol Barboza

Lector: Dr. Jorge Sanabria León

Agosto, 2011


**ESTRUCTURAS DE COVARIANZA ENTRE ESTILOS PARENTALES DE CRIANZA
PERCIBIDOS, MALESTARES PSICOSOMÁTICOS Y CALIDAD DE VIDA ASOCIADA
A LA SALUD REPORTADO POR UN GRUPO DE NIÑOS Y NIÑAS
ENTRE LOS 9 Y LOS 16 AÑOS DE EDAD**

Este proyecto de graduación fue presentado a la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica como requisito parcial para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, y fue aprobado por los siguientes miembros del tribunal examinador:



Dr. Domingo Campos Ramírez

Director del proyecto



Dra. Ana María Carmiol Barboza

Asesora del proyecto



Dr. Jorge Sanabria León

Asesor del proyecto



Dr. Mauricio Leandro Rojas

Presidente del tribunal

Dr. Mauricio Leandro Rojas



Dr. Mariano Rosabal Coto

Profesor designado

DEDICATORIA

A mis padres, Roxana y David por sus enseñanzas
y el amor que me ha ayudado a cumplir mis metas

A mi hermano por apoyarme incondicionalmente
en todo momento

A las personas que de alguna u otra forma me han
acompañado a lo largo de este trayecto con su
amistad y consejo

A Di-s por guiarme y acomodar mi camino

Andrea

DEDICATORIA

A Dios por la posibilidad

de alcanzar este éxito

A mi mamá y a mi papá

por su invaluable apoyo;

con su amor han orientado

mi norte en todo momento

A mi hermana y hermano, por

acompañarme y alentarme a seguir

A mi novio, por estar ahí

Y a mí, por mi esfuerzo

Karla

AGRADECIMIENTOS

Manifestamos nuestro agradecimiento a los (as) niños(as) y jóvenes, así como a sus padres y madres participantes en la investigación, quienes mostraron su interés en el tema y estuvieron anuentes a ofrecer su apoyo, sin el cual no hubiera sido posible realizar este estudio.

Agradecemos también al personal de la Escuela Bernardo Soto Alfaro en Alajuela, Colegio Marista en Alajuela y Colegio Técnico Don Bosco en San José, quienes nos abrieron las puertas de sus instituciones y nos ofrecieron su colaboración.

Finalmente extendemos nuestro sentido agradecimiento al Dr. Domingo Campos Ramírez, por la guía brindada durante la investigación, el tiempo dedicado, la paciencia y el aporte de su inestimable conocimiento y experiencia que nos proporcionó un valioso aprendizaje para nuestra carrera profesional.

ÍNDICE GENERAL

Índice de Tablas	vii
Abreviaturas	viii
Resumen	ix
Introducción	1
Justificación.....	3
Marco de referencia.....	7
Planteamiento del problema	16
Hipótesis.....	16
Objetivos	17
Metodología	18
Participantes	18
Procedimiento general.....	18
Instrumentos	19
Resultados	30
Contrastes por sexo	30
Modelo de ecuaciones estructurales	49
Discusión.....	52
Limitaciones e implicaciones de los hallazgos.....	71
Referencias.....	75
Anexos.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

TABLAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas y densidad familiar.....	18
Tabla 2. Características psicométricas del índice de estrés en el clima familiar, el índice de riesgo perinatal y el índice de vulnerabilidad en la primera infancia.....	21
Tabla 3. Características psicométricas de las subescalas del KIDSCREEN-27.....	22
Tabla 4. Características psicométricas de las medidas de parentaje.....	23
Tabla 5. Características psicométricas de la lista de malestares psicosomáticos.....	28
Tabla 6. Características psicométricas de la severidad de malestares psicosomáticos.....	29
Tabla 7. Contrastes entre variables sociodemográficas por sexo.....	30
Tabla 8. Contrastes entre índice de estrés en el clima familiar, índice de riesgo perinatal e índice de vulnerabilidad en la primera infancia por sexo.....	31
Tabla 9. Contrastes de parentaje y responsividad por sexo.....	32
Tabla 10. Contrastes de calidad de vida por sexo.....	33
Tabla 11. Contraste entre carga psicológica por sexo.....	33
Tabla 12. Contraste entre malestares psicosomáticos por sexo.....	36
Tabla 13. Contrastes entre subsistemas de malestares psicosomáticos por sexo.....	36
Tabla 14. Correlación entre medidas de parentaje, carga psicológica y calidad de vida.....	39
Tabla 15. Correlación entre medidas de parentaje y responsividad.....	40
Tabla 16. Correlación entre medidas de calidad de vida y carga psicológica.....	41
Tabla 17. Correlación entre medidas de calidad de vida.....	42
Tabla 18. Correlación entre medidas de carga psicológica.....	43
Tabla 19. Correlación entre severidad de malestares psicosomáticos, calidad de vida, parentaje y carga psicológica.....	45
Tabla 20. Correlación entre calidad de vida por edad y sexo.....	47
Tabla 21. Correlación entre carga psicológica por edad y sexo.....	48
Tabla 22. Correlación entre malestares psicosomáticos por edad y sexo.....	48
Tabla 23. Resumen de los modelos sometidos a prueba.....	49
Tabla 24. Índices de ajuste de los modelos sometidos a prueba.....	50

FIGURAS

Figura 1. Modelo de ecuaciones estructurales.....	51
---	----

ABREVIATURAS

AAS	Amigos y Apoyo Social
ARP	Autonomía y Relación con los Padres
BF	Bienestar Físico
BP	Bienestar Psicológico
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CMIN/DF	Discrepancia Mínima dividida entre los Grados de Libertad
CP	Carga Psicológica
CR	<i>Critical Ratio</i>
CV	Calidad de Vida
E	Edad
EE	Entorno Escolar
HOME	<i>Home Observation for Measurement of the Environment</i>
ML	Método de Estimación de Máxima Verosimilitud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCRI	<i>Parental Child Relationship Inventory</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Aproximation</i>
RP	Responsividad Parental
SP	Severidad Psicósomática

RESUMEN

El presente estudio procuró ahondar en la comprensión de los factores protectores y factores de riesgo vinculados con la aparición, el desarrollo y la intensidad de los malestares psicosomáticos. El objetivo principal fue establecer las estructuras de covarianza entre los estilos parentales de crianza, la presencia de malestares psicosomáticos y la calidad de vida asociada con la salud en un grupo de niños, niñas y adolescentes costarricenses de la gran área metropolitana.

Para esto se recolectó información sobre un entramado de variables que permitiera establecer las interacciones entre las mismas y la severidad psicosomática. Una de las variables estudiadas fue la calidad de vida percibida tanto por el/la niño/a como por los padres y las madres mediante el KIDSCREEN, también se indagó sobre el parentaje (PCRI), la responsividad materna y paterna (HOME), la depresión (CDI), el estrés y la ansiedad (DASS-21) y la presencia de malestares psicosomáticos (Lista de Malestares Psicosomáticos).

En total, la muestra estuvo compuesta por 329 sujetos, donde un 50.6% fueron niños ($n = 167$) y un 49.4% niñas ($n = 163$), la media de edad fue de 12.39 ($DE = 2.14$). Entre los principales hallazgos se observó una presencia diferenciada de malestares psicosomáticos por sexo, siendo las mujeres quienes reportaron mayor severidad. Sin embargo, no hay diferencias significativas entre las variables de carga psicológica (ansiedad, estrés y depresión) por sexo, diferencias que si se obtienen en las variables de calidad de vida, donde las mujeres reportan menor bienestar físico y psicológico en relación con los hombres. La edad no mostró ser una variable determinante.

A partir de los resultados se puede inferir que la carga psicológica, conformada por ansiedad, estrés y depresión está relacionada con la severidad psicósomática, además, dicha carga puede verse afectada por la responsividad parental, la cual en algunos casos propicia mecanismos de afrontamiento a través del cuerpo. Todas estas variables se enlazan e influyen en la aparición de conflictos que devienen en malestares físicos y deterioros orgánicos con un intrínseco antecedente psicológico. Se puede deducir a partir de nuestros análisis que cuando las emociones no se manifiestan en la acción ni en la verbalización, se escoge en muchos de los casos las funciones corporales como medio de expresión, elección que puede estar influida por las relaciones en las primeras etapas de desarrollo, por lo que muchos de estos procesos llegan a instaurarse en la infancia y se mantienen hasta la adultez.

Por otra parte, las medidas de calidad de vida correlacionan negativamente tanto con carga psicológica como con malestares psicósomáticos. En la misma línea, carga psicológica correlaciona positivamente con los malestares psicósomáticos. Elementos como el apego, la regulación emocional, la carga alostática y la psiconeuroinmunología se presentan como posibles aportes explicativos de los hallazgos encontrados.

De esta manera, se estableció un modelo de estructuras de covarianzas que permite visualizar la interacción de todas las variables para acercarse a un modelo comprensivo de la severidad psicósomática, en el cual la responsividad explica un 62% de la varianza de calidad de vida, mientras que calidad de vida y carga psicológica explican un 46% de la varianza de la severidad psicósomática.

Estos hallazgos refuerzan la perspectiva multifactorial de los malestares psicósomáticos, que invitan a un acercamiento desde diferentes disciplinas para la comprensión de dichos

malestares, donde las variables psicológicas se tornan importantes en tanto se han encontrado vinculadas con los síntomas psicosomáticos. Esto tiene implicaciones en el abordaje de los síntomas físicos, de manera que resultados como los nuestros indican que en la salud física se juegan variables psicológicas que deben ser atendidas.

A su vez, estos hallazgos promueven una revisión en términos de prevención a través de los factores protectores encontrados, como lo es la percepción de la calidad de vida acompañada de ciertos estilos de crianza, además, se deben revisar aquellas variables que actúan como factores que podrían representar un riesgo para la salud física y psicológica de los niños y niñas, como son las variables de carga psicológica y algunos tipos de responsividad parental.

INTRODUCCIÓN

Los estilos de relación y modelos vinculares padres-madres-hijos/as establecidos durante la primera y segunda infancia pueden devenir factores de protección o de riesgo dentro de los modelos explicativos del desarrollo de las enfermedades psicosomáticas. Históricamente, se ha puesto un gran énfasis en la investigación de la interacción madre-hijo/a y su potencial valor como predictor significativo de la aparición, intensidad y desarrollo de los síntomas psicosomáticos y somatoformes. Sin embargo, las vertientes de investigación del parentaje, *parenting*, han llamado la atención sobre la necesidad de considerar también el rol que cumple el padre dentro de un modelo más amplio de explicación de los malestares psicosomáticos. En la actualidad se necesita más claridad sobre el rol diferencial que juegan los modelos y patrones de crianza, por la vía paterna o por la vía materna, en las manifestaciones psicosomáticas de los niños/as y adolescentes.

Estudios previos han establecido claramente las relaciones entre la percepción del cuidado parental y el reporte de malestares psicosomáticos (Russek, Schwartz, Bell y Baldwin, 1998), la importancia de las experiencias tempranas en el posterior desarrollo del niño/a (Taylor, 2002; Hastings y De, 2008), las asociaciones entre los niveles de respuesta materna, *responsiveness*, y el desarrollo del niño/a en los niveles social, emocional, comunicativo y cognitivo (Warren y Brady, 2007), la vinculación entre los factores estresores de las relaciones familiares con el desarrollo y mantenimiento de los malestares psicosomáticos (Berntson y Gustafsson, 2000; Berntsson y Köhler, 2001; Berntsson, Köhler y Gustafsson, 2001; Brill, Patel y Macdonald, 2001), así como las relaciones entre las cifras de prevalencia e incidencia de los malestares psicosomáticos, la edad y el sexo del niño/a.

El presente estudio procura establecer una matriz de covarianzas comprensiva que abarque los niveles y las dimensiones hasta la fecha investigados, integrando en esta oportunidad información desde la perspectiva materna y paterna, así como desde la perspectiva de los niños/as y adolescentes. Por tanto, se indagarán las percepciones sobre los estilos parentales de crianza (padre y madre), calidad de vida asociada a la salud, eventos vitales estresores y el autoreporte de malestares psicosomáticos, en un grupo de niños, niñas y adolescentes entre los 9 y los 16 años de edad insertos en instituciones educativas públicas y privadas de la gran área metropolitana. Paralelamente, a los progenitores se les consultará sobre su percepción de sus estilos parentales de crianza, la calidad de vida asociada a la salud de su hijo/a y la historia del desarrollo de su hijo/a.

JUSTIFICACIÓN

La investigación en torno a los síntomas psicosomáticos ha aumentado recientemente debido al incremento de su incidencia y prevalencia en los últimos cuatro lustros (Osika, Friberg y Wahrborg, 2007). Dadas las consecuencias en el área de la salud pública, en el plano individual, colectivo e institucional, las principales organizaciones encargadas de la salud han identificado como prioritario el aumentar la investigación en este ámbito. Ahora bien, el plano psicológico de los malestares psicosomáticos representa uno sólo de los múltiples ejes que se deben considerar, empero desde la perspectiva de modelos explicativos intra e interpersonales, es quizás uno de los más importantes, de manera que resulta sumamente relevante profundizar en los procesos y factores implicados en la aparición, mantenimiento e intensificación de los malestares.

Uno de los factores involucrados dentro de la constitución de los síntomas psicosomáticos y de los más investigados, es la interacción madre-hijo/a. En esta dirección, se ha encontrado que la interacción inadecuada madre-hijo/a es un factor fundamental en la aparición de los síntomas psicosomáticos (Berntsson y Gustafsson, 2000); además, ciertos modelos de interacción madre-hijo/a podrían considerarse eventos o situaciones estresoras familiares, jugando a su vez un rol central en el desarrollo y en el mantenimiento de los malestares (Brill et al., 2001).

Las manifestaciones psicosomáticas suelen presentarse en altos porcentajes en la población infantil y adolescente; sin embargo, las cifras no son consistentes, ellas varían en función del contexto en el que se presenten, el sexo, la edad y la perspectiva teórica y metodológica desde la cual son detectados (Berntsson y Gustafsson, 2000; Brill et al., 2001). Los porcentajes fluctúan entre un 2% y un 36,8%; por ejemplo, Berntsson et al. (2001) reportan en una

muestra de 3760 niños/as de los países nórdicos que al menos el 25% ha presentado un malestar psicosomático; además, la prevalencia era mayor para las niñas. Brill y colaboradores (2001) reportan de un 10% a un 15% de niños/as y adolescentes con alguna queja psicosomática. Berntsson y Gustafsson (2000) establecieron la prevalencia de malestares psicosomáticos en un 19,8% en una muestra de 1163 niños/as suecos de 7 a 12 años.

De acuerdo con los resultados planteados por Gureje, Simon, Ustun y Goldberg (1997) basados en un estudio epidemiológico de la OMS, para conocer la prevalencia de los síntomas psicosomáticos y los trastornos de somatización en 5438 personas de 14 países (Alemania, Brasil, Chile, China, Estados Unidos, Francia, Grecia, India, Japón, Nigeria, Países Bajos, Reino Unido y Turquía), se encontraron valores desde el 7,6% (Nigeria) hasta el 36,8% (Chile), con una media general de 19,7%. Se halló a partir de este estudio un riesgo elevado de que los sujetos reportaran una percepción negativa sobre su salud, depresión comórbida y desorden de ansiedad generalizada, conjuntamente, se observó que la somatización es un problema común en las distintas culturas (Gureje et al., 1997).

Por su parte, en Alemania, en una muestra de 2548 adolescentes y adultos jóvenes, se encontró en un estudio epidemiológico prospectivo una tasa de incidencia del 25,7%, al mismo tiempo se hallaron como predictores de los malestares, la clase social baja, el sexo femenino, el uso de sustancias, ansiedad y desórdenes afectivos, también las experiencias traumáticas sexuales y el abuso físico (Lieb et al., 2002).

Por otro lado, en México fue de un 21,8% el porcentaje de malestares psicosomáticos de intensidad media o alta, en una muestra de 234 estudiantes universitarios de la carrera de

psicología, igualmente se encontró una correlación significativa entre el estrés y los malestares psicosomáticos, siendo las mujeres quienes presentaban mayores niveles en ambas variables (González y Landero, 2006a). Además, en un estudio llevado a cabo por González, Landero y Tapia (2007) se encontró una prevalencia de 25.7% de síntomas psicosomáticos con una severidad media o alta, hallando asimismo una correlación negativa y significativa entre cansancio emocional, malestares psicosomáticos y percepción de la salud en una muestra de 506 estudiantes universitarios.

Aunado a lo anterior, debido a que los malestares se presentan en el nivel orgánico, su etiología tanto como la intervención suele ser confusa o múltiplemente identificada en el mejor de los casos; es decir, puede llegar a desentrañarse desde una perspectiva eminentemente médica o bien, por las consecuencias y el desarrollo del malestar, puede ubicarse dentro de un modelo de tratamiento interdisciplinario. En este sentido, se ha encontrado que del 10% al 15% de las visitas médicas se deben a malestares psicosomáticos, lo que indica que un acercamiento más certero a los malestares, desembocaría en mejores tratamientos, en el desarrollo de estrategias de prevención y evitaría en gran medida la medicación innecesaria (Berntsson y Gustafsson, 2000).

Otras variables que se han vinculado al tema han sido la edad y el sexo. Por un lado, la edad ha mostrado ser un factor que marca una diferencia en cuanto a la prevalencia de los malestares psicosomáticos, ya que se han obtenido resultados que muestran cómo los mismos se incrementan a medida que la edad aumenta (Santalahti, Aromaa, Sourander, Helenius y Piha, 2005). Además, Brill et al. (2001) encontraron una variación tanto por etapa del desarrollo como por sexo, siendo más común encontrar dichos malestares en las mujeres adolescentes, en contraste con los y las infantes. En relación explícita con la variable sexo,

varios estudios evidencian diferencias en la presencia de malestares psicosomáticos según se trate de hombres o mujeres (Berntsson et al., 2001; Brill et al., 2001; Hagekull y Bohlin, 2004; Santalahti et al., 2005). Sin embargo, no todas las investigaciones replican estos supuestos; por ejemplo, Berntsson y Gustafsson (2000) no encontraron una relación significativa entre la presencia de síntomas psicosomáticos y el sexo.

En síntesis, se evidencia la necesidad de observar la relación entre las variables propuestas con el fin de conocer el comportamiento de las mismas y las covarianzas existentes; de manera tal que se puedan establecer cuáles son los mejores predictores de la aparición, el desarrollo y la intensificación de malestares y trastornos psicosomáticos leves y fuertes.

MARCO DE REFERENCIA

La interacción madre - padre-hijo/a ha sido estudiada desde diversas perspectivas, no obstante, los niveles de respuesta parental y los estilos de cuidado parental se han asociado explícitamente con los malestares psicósomáticos. Russek y colaboradores (1998) encontraron una asociación entre el reporte de un alto cuidado parental y la reducción en el reporte de síntomas, tales como la depresión, la ansiedad, la hostilidad y síntomas somáticos; lo anterior los llevó a concluir que la percepción del amor y cuidado parental puede ser un determinante en la salud a largo plazo, tanto en hombres como en mujeres. Para estos autores la percepción positiva de amor y cuidado de los padres y las madres es la fuente más importante de apoyo para el/la niño/a.

Por su parte, Hastings y De (2008) apuntan que los patrones de desarrollo se establecen especialmente en las primeras experiencias con los/las cuidadores/as en el hogar; al mismo tiempo, la excitación del umbral emocional y la expresión en los niños/as pequeños/as de hecho requiere que los padres respondan a menudo a sus emociones, y que los niños/as a su vez puedan aprender acerca de sus propias emociones a partir de las reacciones de sus padres. Estos últimos contribuyen así al desarrollo de los mecanismos de regulación emocional de sus hijos/as en forma indirecta, a través del telón de fondo del clima emocional normativo en el hogar y más directamente, a través de sus respuestas a las emociones de los/las menores (Hastings y De, 2008).

Taylor (2002), al referirse a las experiencias tempranas menciona que, el estado emocional de un/una niño/a puede estar regulado por una relación interpersonal siempre y cuando exista una vinculación e interacción con la otra persona. Las interacciones entre el/la niño/a en edades

tempranas y su madre sirven como regulador externo, no sólo de la conducta del infante y de su fisiología autonómica sino también de la neuroquímica de su cerebro en maduración, hallándose también, efectos perdurables de las experiencias durante la infancia, como por ejemplo, la superficialidad en las relaciones de objeto, la inclinación a la introspección, la sumisión, el bajo nivel de agresividad manifiesta y la tendencia a imitar en lugar de identificarse con los demás.

La presencia de una alta respuesta parental se caracteriza entonces por la presencia de calidez, estabilidad, predictibilidad y respuestas contingentes y efectivas. De esta manera, podemos diferenciar cuatro aspectos de la respuesta, a saber, respuesta contingente, apoyo emocional afectivo, atención y un nivel de lenguaje adecuado al estado maduracional del niño/a. Adicionalmente, una alta respuesta se asocia con un acelerado desarrollo del lenguaje, la cognición y el comportamiento social, a diferencia de una baja respuesta que se ha ligado con un desarrollo menor (Warren y Brady, 2007). Empero, se debe tomar en consideración que la respuesta varía según la cultura en la cual se evalúe (Bradley y Corwyn, 2005). Por su parte, Keller (2000) manifiesta que la calidad de la interacción depende de las cualidades parentales, como la sensibilidad y la respuesta para atender las señales de los/las infantes.

La respuesta parental ha sido operativizada, entre otros instrumentos, mediante el inventario HOME, instrumento que evalúa el ambiente familiar, siendo su principal objetivo medir la calidad y cantidad de estimulación tanto como el apoyo disponible para el/la niño/a y adolescente en su contexto natural (Bradley, 1993; Bradley, Caldwell y Corwyn, 2003; Bradley y Corwyn, 2005; Totsika y Sylva, 2004). La valoración mediante este instrumento está enfocada en el niño/a y adolescente propiamente, considerados como receptores activos

de todos los objetos, eventos e interacciones que ocurren en la dinámica familiar (Totsika y Sylva, 2004).

Además, Roa y Del Barrio (2001) han planteado dos dimensiones básicas para la función de crianza de la familia: apoyo y control. En cuanto a la primera, se logran identificar bajos niveles de castigo físico, así como adecuada comunicación y expresión de emociones, observándose también un uso mayor del razonamiento por parte del padre y la madre. En contraste, el control se observaría en la restricción, el estilo autocrático, así como en la aseveración del poder (Becerra, Roldán y Aguirre, 2008).

Las dimensiones anteriores se considerarán a través de las subescalas comunicación, disciplina y autonomía propuestas en el cuestionario de crianza parental (PCRI, ver Anexo 8). En este sentido, la primera subescala está relacionada con la percepción de los padres acerca de la comunicación hacia los/las hijos/as en diversas situaciones. La segunda subescala evalúa el tipo y la efectividad de las técnicas de disciplina aplicadas por los padres y las madres, y por último, la tercera subescala, valora qué tan dispuestos están los padres y las madres para facilitar la independencia de sus hijo/as (Gerard, 1994).

Otra línea de investigación involucra el ambiente familiar desde la perspectiva de su funcionalidad estresora (Brill et al., 2001). Estudios longitudinales indican una asociación directa entre los eventos estresantes y los conflictos familiares, la delincuencia, los síntomas autodestructivos y aislamiento social (Dise-Lewis, 1988).

Por consiguiente, se puede considerar que existen sucesos vitales que podrían funcionar como factores que confieren susceptibilidad al manejo inoportuno del estrés; por ejemplo, aquellos que ocurren durante la infancia temprana como el maltrato infantil y la muerte de alguno de

los padres. Pero también, situaciones prolongadas como los estilos de interacción podrían resultar siendo estresores potenciales en sí mismos y contribuir en la aparición, desarrollo e intensificación de la sintomatología psicosomática (González y Landero, 2006b).

En este sentido, el estrés es considerado una variable central dentro de los mecanismos de los síntomas psicosomáticos, entendiéndose el estrés psicológico desde la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1984), como “una relación particular entre el individuo y su entorno, que él mismo evalúa como amenazante o desbordante respecto de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (p.50). Asimismo, de acuerdo con esta teoría el individuo muestra respuestas diferentes ante un mismo estímulo ya que esto depende tanto de condiciones externas como internas y de la relación del individuo con las mismas, mediando a su vez la historia del sujeto, las experiencias y las características personales, lo que hace que las interpretaciones y los estilos de afrontamiento sean distintos (González y Landero, 2006b).

Aunado a esto, se debe tomar en cuenta que ante la presencia de estresores la persona se encuentra en la capacidad de percibir o no el estrés, lo cual está en función de la valoración sobre sí mismo, el apoyo social percibido y la estimación de la situación, influyendo también las variables sociodemográficas en tanto están asociadas a la percepción del estrés y a los síntomas psicosomáticos (González y Landero, 2008).

Con respecto al proceso y mecanismo del estrés, cabe destacar que ocurre una activación del sistema nervioso autónomo que se produce cuando un estresor es percibido, haciendo que los órganos que son estimulados por los tejidos nerviosos reciban un exceso de las hormonas de estrés, estimulando la función del órgano e incrementando su tasa metabólica. El problema se produce entonces cuando los órganos no tienen la oportunidad de relajarse pudiéndose iniciar

así las disfunciones. De esta manera, el estado de salud dependerá de la forma en que el individuo afronte los estímulos estresantes y de lo que suceda en las siguientes etapas: demandas psicosociales, evaluación cognitiva, respuesta al estrés, estrategias de afrontamiento, variables sociales y disposicionales (González y Landero, 2006b).

En relación con lo anterior, Leza (2005) afirma que el estrés puede aumentar la vulnerabilidad a infecciones, enfermedades autoinmunes y gastrointestinales, considerándose entonces que dicha variable afecta todos los síntomas orgánicos, por lo que puede provocar o estar relacionado con el síndrome de fatiga crónica, enfermedades crónicas como la diabetes o alteraciones cognitivas, no obstante, afecta especialmente el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central, pudiendo precipitar o provocar exacerbación de enfermedades cardiovasculares y psiquiátricas. También, en el estudio realizado por Sandín (2003), se menciona que la incapacidad para controlar los estresores puede desarrollar alteraciones cardiovasculares, hipertensión, úlcera péptica, asma, jaquecas, dolores musculares, depresión y pérdida de la calidad de vida en general, como también el incremento de las conductas de enfermedad. Por lo tanto, diversas condiciones sociales pueden actuar como agentes estresantes y alterar el estatus de la salud de los individuos.

Las relaciones entre estrés y la presencia de síntomas psicosomáticos, sin embargo, no se realiza de manera absoluta y directa, existen muchas variables mediadoras y moderadoras que deben ser consideradas. Berntson y Gustafsson (2000) buscaron determinantes de los malestares psicosomáticos en niños/as en un marco conceptual que incluye tres niveles: distal (factores económicos), intermedio (estado de salud de los padres y madres, apoyo de la familia y la sociedad, sentido de coherencia de los padres y madres y actividades familiares) y proximal (actividades del niño/a, satisfacción académica, estabilidad mental, discapacidad,

competencias sociales y contacto con los pares). Entre otros resultados encontraron que la estabilidad mental, las competencias sociales, la satisfacción escolar, el contacto con los pares, la salud de la madre, el sentido de coherencia de los padres y madres así como los recursos socioeconómicos están correlacionados significativamente con los síntomas psicósomáticos.

Besiroglu et al. (2009), por su parte, concluye que las experiencias tempranas tienen consecuencias que pueden llevar a la disociación o a la conversión de síntomas emocionales en síntomas psicósomáticos referidos a la piel. En este sentido, desde una perspectiva biológica, se ha argumentado que la exposición a situaciones estresantes puede producir una vulnerabilidad biológica y posteriormente puede resultar en enfermedades psicósomáticas.

Berntsson y Köhler (2001) investigaron los cambios en los síntomas psicósomáticos y enfermedades a largo plazo, considerando la asociación de los mismos con las condiciones socioeconómicas de los padres. Además, realizaron una comparación entre 1984 y 1996 en niños/as y adolescentes de 2 a 17 años de los países nórdicos, en la cual hallaron un incremento tanto en síntomas psicósomáticos como en las enfermedades a largo plazo, encontrando también una diferencia por sexo, donde las mujeres presentan mayor prevalencia en los síntomas psicósomáticos. Por otra parte, observaron que la prevalencia era mayor en población con bajo ingreso económico, con menor educación y en familias uniparentales.

Berntsson et al. (2001) realizaron una comparación entre los síntomas psicósomáticos en niños y niñas de los países nórdicos utilizando el mismo modelo de Berntson y Gustafsson (2000), evidenciando que el estado de salud de la madre es el mejor predictor, seguido de la estabilidad mental, economía de la familia, estrato socioeconómico y sentido de coherencia de los padres y las madres.

Dentro del contexto nacional también se han desarrollado investigaciones en torno a los malestares psicosomáticos en correlación con las situaciones tempranas del desarrollo, como es el caso de Cruz (1990) que se posiciona desde una perspectiva que aborda más allá de lo orgánico. Explora así, los síntomas del asma desde una perspectiva psicosomática, planteando la importancia de los elementos afectivos en el curso de dicha enfermedad, mostrando por lo tanto la insuficiencia del tratamiento farmacológico aislado, y a su vez, acentuando la importancia del rol de la familia. La investigación clínica planteada por Cruz (1990) buscó determinar el efecto de la intervención psicoterapéutica breve en el control de las crisis asmáticas, para esto se expuso a los sujetos (22 niños que consultaron en el hospital nacional de niños) a terapia individual mediante el dispositivo de escucha. Los resultados revelan una diferencia significativa entre el grupo experimental expuesto a terapia y los grupos control, evidenciando el primer grupo una tendencia a la disminución de la frecuencia e intensidad del asma persistente. Además, se encontró como denominador común en las familias, el debilitamiento de la figura paterna y una relación simbiótica madre-hijo/a.

Conjuntamente, en una investigación dentro del ámbito nacional, realizada con población adulta trabajadora en un rango de edad de 17 a 70 años, se planteó como hipótesis la existencia de una relación entre las enfermedades psicosomáticas y (1) el trabajo, (2) la educación y (3) el ambiente familiar (Smith, 1969). En el ámbito del trabajo, se estableció una diferencia entre peones/obreros y técnicos/ profesionales, no obstante, en los resultados se concluyó que las enfermedades psicosomáticas se presentan de manera indiferenciada, es decir, no se encontró correlación entre dichas variables, negando la primera hipótesis. En relación con la educación, se halló una asociación entre el grado académico y una tendencia a presentar enfermedades

psicosomáticas, siendo las personas con grados secundarios y universitarios quienes presentaron mayor afluencia de casos.

De la última hipótesis del estudio, sobre la relación ambiente familiar – enfermedad psicosomática, el autor concluye que “es mucho más perjudicial para una persona; el hecho de que en su etapa infantil, [experimente] una situación inadecuada en su hogar, que la que posteriormente presente en su hogar de adulto” (p.67). Se observó en el estudio, que aún cuando los sujetos tuvieran una relación positiva en el hogar que han construido, siempre presentan enfermedades psicosomáticas, y no de manera coincidente también tuvieron situaciones de falta de afecto, falta de seguridad y de irresponsabilidad en su familia de orientación, es decir, en la que fueron criados.

Por su parte, Aguilar y Salazar (1984), siempre dentro del ámbito nacional, efectuaron un estudio en torno a la neurodermatitis en comparación con un grupo de sujetos que presentaban síntomas psicosomáticos y otro grupo de sujetos sin dichos síntomas, para investigar el comportamiento de las variables sociodemográficas, hábitos de vida, síntomas orgánicos y factores emocionales en los tres grupos. A partir de esta investigación se encontró que tanto los sujetos que padecen neurodermatitis como los que presentan síntomas psicosomáticos somatizan a través de malestares gastrointestinales, trastornos en la piel, síntomas a nivel de cabeza, nariz y garganta, además de sensibilidad en los órganos de los sentidos. Según Aguilar y Salazar (1984) esto tiene relación con que, ante una situación de estrés estos sujetos se obligan a ser activos, por lo que no se permiten la expresión de sus necesidades de dependencia, debido a que no las aceptan o porque perciben un rechazo de su entorno.

Además, concluyen que ambos grupos se caracterizan por sus complicaciones para desarrollar relaciones con el entorno, en tanto presentan dificultades para manejar positivamente las contradicciones del ambiente que les rodea. De igual forma, los dos grupos presentaron tendencia hacia la regresión sobre todo en términos de dependencia, por lo que se considera que los síntomas a nivel visceral o muscular sustituyen la relación de una persona significativa. Por último, se halló que los sujetos con síntomas psicósomáticos tienden a evadir los conflictos psíquicos y las situaciones problemáticas, presentando asimismo una mayor sensibilidad a las influencias externas con las que tienen que enfrentarse, produciendo una resomatización de sus respuestas ante el estrés y la reactivación de los conflictos.

Llegados a este punto, se hace necesario destacar que el término psicósomático ha sido entendido desde diversas perspectivas dentro de los distintos enfoques de abordaje, por lo que no es posible identificar una única definición. Están quienes parten de lo psicósomático como síntomas psicógenos, asumiendo una causalidad unidireccional a partir de un factor psicológico. Sin embargo, para efectos de esta investigación se partirá del enfoque multicausal al que hacen referencia González y Landero (2006b), en el cual se establece que la etiología de la enfermedad implica una serie de factores genéticos, familiares, socioculturales y emocionales que en interacción contribuyen a la aparición de los malestares, enfatizando los factores psicológicos intrapersonales e interpersonales. Los malestares psicósomáticos los asumiremos entonces como referencias a malestares físicos asociados con factores psicológicos que pueden vincularse significativamente con su aparición, mantenimiento o agravamiento (López y Belloch, 2002), los cuales podrían ser identificados mediante un diagnóstico de experto, pero también, ser evaluados mediante escalas estandarizadas de tipo auto-reporte (González, Landero y García, 2009).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Basándonos en que en investigaciones previas se ha encontrado suficiente evidencia de una relación entre los malestares psicosomáticos y la interacción temprana progenitor-progenie como factor de riesgo y/o protección, se plantea el siguiente problema: ¿cuáles son las estructuras de covarianza entre los estilos parentales de crianza y la presencia de malestares psicosomáticos y la calidad de vida asociada a la salud percibida por niños y niñas entre los 9 y los 16 años de edad?

HIPÓTESIS

- Existe una correlación negativa y moderada entre los estilos parentales de crianza positivos percibidos por los niños/as y jóvenes y el reporte de la presencia de malestares psicosomáticos.
- Existe una correlación negativa y moderada entre el reporte de la presencia de malestares psicosomáticos y la calidad de vida asociada a la salud reportada por los niños/as y los jóvenes.
- Existe una correlación positiva y moderada entre los niveles de estrés psicológico percibido y el reporte de malestares psicosomáticos.
- Existe una presencia diferencial de malestares psicosomáticos entre los sexos.
- Existe una presencia diferencial de malestares psicosomáticos de acuerdo con la edad.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Establecer las estructuras de covarianza entre los estilos parentales de crianza, la presencia de malestares psicosomáticos y la calidad de vida asociada con la salud en un grupo de niños, niñas y jóvenes costarricenses de la gran área metropolitana.

Objetivos específicos

- Determinar la covarianza de los estilos parentales de crianza con la presencia de malestares psicosomáticos, utilizando las coordenadas de los niveles de respuesta emocional y verbal, así como los estilos de cuidado parental.
- Establecer los valores de distribución de la presencia de malestares psicosomáticos por edad y por sexo.
- Determinar los valores de distribución de la calidad de vida asociada a la salud por edad y por sexo.
- Determinar los valores de distribución del estrés psicológico percibido por edad y por sexo.
- Establecer la matriz de correlaciones y covarianzas entre los estilos parentales de crianza percibidos, la presencia de malestares psicosomáticos, el estrés psicológico percibido y la calidad de vida asociada a la salud.

METODOLOGÍA

PARTICIPANTES

El estudio cuenta con la participación de 329 niños (n = 167, 50,6%) y niñas (n = 163, 49.4%), adicionalmente participó la madre o el padre de cada sujeto. En la Tabla 1 se muestran las características psicométricas de la muestra.

Tabla 1
Variables sociodemográficas y densidad familiar

	M	DE	Mín	Máx	Z	P	N
Edad del niño(a)	12.39	2.14	9	16	2.07	.000	329
Edad de la madre	39.97	5.87	28	55	1.64	.009	329
Edad del padre	42.85	6.71	25	62	.994	.277*	302
Grado académico de la madre	13.09	4.18	3	18	3.83	.000	328
Grado académico del padre	12.93	4.25	3	18	3.41	.000	299
Número de hermanos (as)	1.60	1.09	0	7	4.31	.000	322
Posición de nacimiento	1.86	1.01	1	7	4.53	.000	329

* = distribución normal

PROCEDIMIENTO GENERAL

Para llevar a cabo el presente estudio se contó con la aprobación de la Comisión de Investigación y Trabajos Finales de Graduación de la Escuela de Psicología y del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica. Una vez obtenidos ambos consentimientos, se procedió a establecer contacto con los y las participantes de este estudio, inicialmente se coordinó con los centros educativos (una escuela pública, un colegio subvencionado y un colegio privado) y se obtuvo el permiso de las respectivas autoridades para proceder con la investigación. Posteriormente, se coordinó un espacio para transmitir la información de la investigación directamente a los padres y madres, esto a través de reuniones en las instituciones donde se entregaron los protocolos para padres, los cuales incluían una carta con información de la investigación para padres y madres y el consentimiento informado, tanto

para los padres o madres como para los niños/as participantes, no obstante, en una institución no se contó con esta facilidad, de manera que los protocolos fueron enviados a través de los niños y las niñas a sus respectivas casas.

Posterior a la recolección de los consentimientos informados, con la respectiva aprobación de los padres o madres, se procedió a aplicar el protocolo a los niños y las niñas correspondientes. Seguidamente, se completaron las cuotas de la muestra previamente establecidas por medio de contactos a conveniencia de las investigadoras.

En este sentido, el proceso de recolección de datos se desarrolló entre febrero y marzo del 2011 y se entregaron un total de 680 protocolos para los padres/madres, de los cuales 342 fueron devueltos para obtener un total de 329 aplicaciones válidas, evidenciándose un porcentaje de rechazo del 50.3%.

INSTRUMENTOS

Se trabajó con dos protocolos de instrumentos, uno para padres o madres que contó con el Cuestionario de Antecedentes e Información de la Familia, el KIDSCREEN para padres y madres y el Inventario de Relaciones Parentales.

Adicionalmente, se utilizó el protocolo para los niños y niñas, que contenía el CDI, el KIDSCREEN, la Escala de Respuesta Emocional y Verbal paterna/materna, el DASS-21 y la Lista de Malestares Psicosomáticos. A continuación se presenta un desglose de los instrumentos utilizados según el constructo a medir.

Antecedentes e información de la familia. Se utilizó el Cuestionario de Antecedentes e Información de la Familia tomado y adaptado de Sattler y Hoge (2006). El aporte fundamental de este cuestionario es la información que proporciona sobre datos sociodemográficos. Además, se construyeron tres índices que facilitan información sobre el estrés en el clima familiar, el riesgo perinatal y la vulnerabilidad en la primera infancia de los y las participantes.

Para la construcción del “Índice de estrés en el clima familiar” se contaba con una serie de situaciones estresantes establecidas en la “encuesta de estrés familiar” del instrumento (ver Anexo 3) las cuales eran codificadas de manera dicotómica, por lo tanto, en caso de presentarse el evento se asignaba un “1” y en caso contrario se codificaba la respuesta con un “0”. Posteriormente, a cada evento se le asignó una carga y se multiplicaba por la puntuación del sujeto, finalmente se obtuvo la media de los puntajes de todas las situaciones por sujeto.

Además, se construyó el “Índice de riesgo perinatal” que engloba situaciones de riesgo durante el embarazo (Ver Anexo 3, sección embarazo), por ejemplo, consumo de drogas por parte de la madre durante el embarazo, dificultades durante el embarazo (sangrados, presión alta, infecciones), exposición de la madre a rayos X, complicaciones durante el parto y/o al nacer, entre otros. El cálculo de este índice se realizó promediando las respuestas de las preguntas seleccionadas (ítems 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16), las cuales tenían asignados los valores “0” = no/no sé y “1” = sí, refiriéndose a la ausencia o presencia de las situaciones antes mencionadas.

Con respecto al “Índice de vulnerabilidad en la primera infancia”, se incluyeron ítems que indican algún riesgo o problema en el desarrollo de la primera infancia del niño o niña participante (Ver Anexo 3, sección infancia, ítems 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10), de manera que, se

incluyeron preguntas sobre problemas de alimentación, trastornos del sueño, infecciones, medicamentos, entre otros. Al igual que en el índice anterior, el cálculo se realizó promediando los puntajes obtenidos en cada una de las preguntas, puntuando “0” en caso de que no se presentara la situación o “1” cuando se presentó. Las características psicométricas de los tres índices se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2
Características psicométricas del índice de estrés en el clima familiar, el índice de riesgo perinatal y el índice de vulnerabilidad en la primera infancia

	M	DE	Mín	Máx	Z	P	N
Índice de estrés en el clima familiar	25.25	27.98	0	199	3.22	.000	329
Índice de riesgo perinatal	1.41	1.53	0	7	4.02	.000	329
Índice vulnerabilidad en primera infancia	1.68	1.39	0	6	2.95	.000	329

Calidad de vida y bienestar. Este constructo, entendido como “la habilidad de participar plenamente en funciones y actividades relacionados con aspectos físicos, sociales y psicosociales apropiadas para la edad” (Urzúa, Cortés, Prieto, Vega y Tapia, 2009b), fue medido con el KIDSCREEN-27 (Robitail et al., 2006; Urzúa, Cortés, Prieto, Vega y Tapia, 2009a; Urzúa, Cortés, Prieto, Vega y Tapia, 2009b), tanto para reporte de los padres y madres como para el autoreporte de los niños y niñas (Ver propiedades psicométricas en la Tabla 3). Cada cuestionario está compuesto por 27 ítems que se califican en un rango de 1 a 5, donde 1 = nada/nunca, 2 = un poco/casi nunca, 3 = moderadamente/algunas veces, 4 = mucho/casi siempre y 5 = muchísimo/siempre, de manera que, mayor puntaje indica mejor calidad de vida y bienestar, además, el instrumento cuenta con cinco dimensiones que estarían implicadas en lo que a calidad de vida se refiere, a continuación una descripción de cada una:

Bienestar físico (BF): cuenta con 5 ítems que buscan medir la actividad física, la energía y el estado físico del niño/a. A mayor puntaje, mayor bienestar físico.

Bienestar psicológico (BP): subescala de 7 ítems que mide las emociones positivas, la satisfacción con la vida y el equilibrio emocional del niño/a. Un puntaje alto indica mayor bienestar psicológico.

Autonomía y relación con los padres (ARP): 7 ítems que miden la relación con la madre y el padre, el ambiente familiar, la independencia acorde a la edad y la satisfacción con los recursos económicos. Un puntaje alto indica mejor establecimiento de relación con los padres y de la independencia según edad.

Amigos y apoyo social (AAS): subescala de 4 ítems enfocada en medir la relación con los pares. Un puntaje alto indica mayor presencia de apoyo social en las relaciones de pares.

Entorno escolar (EE): subescala de 4 ítems que mide la percepción acerca de la capacidad cognitiva, aprendizaje, concentración y sentimientos acerca de la escuela en general. Un puntaje alto indica una percepción positiva con respecto al entorno escolar y las capacidades propias de aprendizaje.

Tabla 3
Características psicométricas de las subescalas del KIDSCREEN-27

Dimensión	Nº ítems	KIDSCREEN padres y madres						KIDSCREEN niños y niñas					
		M	DE	K-S	P	α	N	M	DE	K-S	P	α	N
BF	5	3.99	.76	2.23	.004	.808	329	4.00	.72	1.75	.000	.805	329
BP	7	4.26	.535	2.28	.003	.791	329	4.15	.56	1.81	.000	.829	328
ARP	7	4.02	.67	1.87	.009	.772	329	3.95	.56	1.64	.002	.737	328
AAS	4	4.45	.625	3.54	.000	.752	329	3.96	.81	2.57	.000	.884	327
EE	4	4.26	.58	2.02	.000	.680	329	4.36	.55	2.59	.001	.777	327

Notas: BF = Bienestar Físico; BP = Bienestar Psicológico; ARP = Autonomía y Relación con los Padres; AAS = Amigos y Apoyo Social; EE = Entorno Escolar

Parentaje y responsividad. Se utilizaron dos instrumentos, el PCRI (*Parental Child Relationship Inventory*) y el HOME (*Home Observation for Measurement of the Environment*) para medir la relación entre padres/madres e hijos/as.

El PCRI es un inventario, originalmente propuesto por Gerard (1994), que busca medir las actitudes de los padres/madres hacia la crianza, y a la vez es sensible ante los hábitos de crianza que podrían llevar a desajustes emocionales y/o conductuales en los/las niños/as (Becerra et al., 2008; Roa y Del Barrio, 2001).

Dicho instrumento cuenta con 78 ítems distribuidos en 8 subescalas, no obstante, para la presente investigación se utilizaron solamente 3 de las 8 subescalas, a saber: “Autonomía” (10 ítems; mide la capacidad de los padres y madres para aceptar y promover la independencia de los hijos/as, a mayor puntaje más dificultad en el manejo de la autonomía), “Comunicación” (9 ítems; evalúa la percepción sobre la efectividad con que los padres se comunican con sus hijos/as, a mayor puntaje más efectividad en la comunicación) y “Disciplina” (12 ítems; mide el manejo de límites y de disciplina con los hijos/as, a mayor puntaje más dificultades para el manejo de límites y establecimiento de disciplina).

El instrumento funciona como una escala tipo Likert con puntuaciones de 1 a 4, donde 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = casi siempre y 4 = siempre. En la Tabla 4 se presentan las características psicométricas de las subescalas utilizadas.

Tabla 4
Características psicométricas de las medidas de parentaje

Subescala	Nº ítems	M	DE	K-S	P	α	N
Autonomía	10	2.58	.36	.99	.274*	.537	328
Comunicación	9	3.42	.35	1.62	.010	.755	328
Disciplina	12	2.13	.43	1.74	.005	.813	328

* = Distribución normal

En cuanto al HOME, se trata de un instrumento que evalúa la calidad y la cantidad de estimulación y apoyo disponible para el niño/a y adolescente en su contexto natural, esto en términos de presencia de respuesta contingente, apoyo emocional y afectivo, y nivel adecuado de lenguaje acorde con la edad maduracional del niño o la niña (Bradley, 1993; Bradley et al., 2003; Bradley y Corwyn, 2005; Totsika y Sylva, 2004).

El instrumento cuenta con subescalas que a su vez están compuestas por un número variable de ítems según la versión, por lo que para el presente estudio se considero pertinente el uso únicamente de la escala correspondiente a “Responsividad” (14 ítems), para cuantificarla se utilizó una escala tipo Likert con un rango de puntuación de 0 = nunca, 1 = a veces, 2 = muchas veces y 3 = siempre, en este sentido, un puntaje alto indica mayor presencia de indicadores correspondientes a la responsividad materna y paterna. Es importante indicar que se utilizó una escala para el reporte de la responsividad emocional y verbal materna y otra para la responsividad paterna.

Con respecto a las propiedades psicométricas, la escala de responsividad materna ($m = 2.34$, $de = .44$) cuenta con 14 ítems y se reporta un $\alpha = .799$, además, no mostró una distribución normal ($z = 2.29$, $p = .000$). Por su parte, la escala de responsividad paterna ($m = 2.19$, $de = .51$) también cuenta con 14 ítems y se reporta un $\alpha = .837$, al igual que la anterior, no muestra una distribución normal ($z = 2.29$, $p = .000$).

Es necesario aclarar que se trabajó entonces con las medidas de parentaje, que corresponden al reporte de los padres y las madres, así como con las medidas de responsividad referidas al reporte de los niños y las niñas.

Depresión. El CDI (Kovacs, 1985) fue el instrumento utilizado para el constructo depresión, cuenta con 5 dimensiones, a saber, “Anhedonia”, “Estado de ánimo negativo”, “Inefectividad”, “Baja autoestima” y “Problemas interpersonales”, sin embargo, para efectos de esta investigación, se utilizó el instrumento como medida global de depresión.

El “Índice de depresión” cuenta con 25¹ ítems que miden los síntomas de estado de ánimo disfórico. Un puntaje alto indica mayor presencia de indicadores asociados al estado de ánimo disfórico o depresión. El rango de puntuación va de 0 (intensidad más baja) al 2 (intensidad más alta). Para esta escala se reporta un $\alpha = .819$ con 25 ítems ($m = .26$, $de = .20$). Además, no se distribuyó de manera normal ($z = 2.41$, $p = .000$).

Ansiedad y estrés. Se hizo uso del DASS-21 (Lovibond y Lovibond, 1995; Szabó, 2009) el cual es un instrumento compuesto de tres subescalas útiles para medir “Depresión”, “Ansiedad” y “Estrés”, no obstante, para efectos del presente estudio se utilizaron únicamente las subescalas de “Ansiedad” y “Estrés”.

La subescala de “Ansiedad” está compuesta por 7 ítems que miden los síntomas asociados al umbral físico, ataques de pánico y miedo, donde un puntaje alto indica mayor presencia de síntomas asociados a la ansiedad. Por su parte, la subescala de estrés también está compuesta por 7 ítems que miden síntomas como tensión, irritabilidad y tendencia a sobrereactuar ante los eventos estresantes. Un puntaje alto implica mayor presencia de síntomas asociados al estrés.

El instrumento funciona como una escala tipo Likert con un rango de puntuación de 0=no, nunca, 1 = algunas veces, 2 = bastantes veces y 3 = siempre. Se obtuvo para la subescala de ansiedad una media de .52 ($de = .43$), la misma presenta un *Alfa de Cronbach* de .739 y está

¹ Debido al comportamiento de la muestra se eliminaron dos ítems, el número 19 y el número 25, con el fin de mejorar la confiabilidad de la misma.

compuesta por 7 ítems. Por su parte, la escala de estrés reporta una media de .68 ($de = .47$) y un $\alpha = .757$, cuenta con 7 ítems. Ninguna de las dos subescalas mostró una distribución normal (ansiedad: $z = 3.17, p = .000$; estrés: $z = 2.28, p = .000$).

Malestares psicósomáticos. La frecuencia y la intensidad de malestares psicósomáticos fue evaluada a través de la lista de malestares psicósomáticos, el instrumento cuenta con 21 ítems que incorporan los malestares más comunes reportados en diversas investigaciones (Bombardier, Gorayeb, Jordan, Brooks y Divine, 1991; Brill et al., 2001; Derogatis, 1994; Haug, Mykletun y Dahl, 2004; Kroenke, Spitzer y Williams, 2002; Rask et al., 2009; Simon, Gater, Kisely y Piccinelli, 1996; Von Uexküll, 1979; Wisniewski, Naglieri y Mulick, 1988; Wright, 1978). Se utilizó como base la versión para niños/as desarrollada por Wisniewski et al. (1988) de la lista de síntomas psicósomáticos para niños/as, la cual es una adaptación de la versión original para adultos planteada por Cox, Freundlich y Meyer (1975) y luego revisada por Attanasio, Andrasik, Blanchard y Arena (1984).

De esta manera, el instrumento consiste en una escala de autoreporte para personas de 9 a 16 años, compuesta por una lista de 21 malestares psicósomáticos comunes que se agruparon por subsistemas según el funcionamiento del cuerpo, esta distribución puede observarse en la Tabla 5.

También, se incluyen los ítems de cansancio, debilidad, dificultad para dormir y desmayos que han sido comúnmente asociados con depresión, sin embargo, no se consideran en el presente estudio como indicadores determinantes de la misma, por lo que para efectos de la construcción de nuestro “Índice general de severidad de malestares psicósomáticos” se incorporaron únicamente los malestares agrupados en el sistema cardiovascular, el sistema

músculo-esquelético, el sistema gastrointestinal, el sistema dermatológico y el sistema vestibular. Además, se debe aclarar que debido al comportamiento del ítem de asma, éste quedó eliminado de la clasificación por subsistemas, de manera que se agregó a la categoría “Otros”, al igual que los malestares asociados con depresión previamente mencionados.

Para la calificación del instrumento, cabe indicar que las puntuaciones por ítem van de 0 a 4 puntos según la frecuencia (¿cuántas veces tienes?) y la intensidad (¿qué tan mal te sentís cuando lo tienes?). En este sentido, “0” indicaría que nunca se tiene el malestar o que no hay problema, mientras que “4” indicaría que sucede todos los días o que es demasiado molesto, según se refiera a la frecuencia o a la intensidad, las características psicométricas de estas medidas se pueden apreciar en la Tabla 5.

Es necesario aclarar que este instrumento permite obtener varias puntuaciones o índices, razón por la cual se utilizó la severidad del malestar por cada sujeto, la cual se obtuvo multiplicando la frecuencia por la intensidad de cada síntoma, así como también, se hizo uso de índices por subsistemas, los cuales se construyeron obteniendo el promedio de la severidad de los malestares, pero segregándolos por subsistemas según el funcionamiento del cuerpo, las características psicométricas de estos datos se encuentran reportados en la Tabla 6.

Además, se construyó un “*Índice general de severidad de los malestares psicósomáticos*” ($m = 17.59$, $de = 19.45$) construido bajo el mismo principio de los índices por subsistemas, excluyéndose 5 ítems correspondientes a la categoría de “otros”, como ya ha sido mencionado. Este índice presentó un *Alfa de Cronbach* de .819 y su distribución no se mostró normal ($z = 3.31$, $p = .000$).

Tabla 5
Características psicométricas de la lista de malestares psicosomáticos

Malestar psicosomático	Frecuencia						Intensidad					
	Mín	Máx	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>	Mín	Máx	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Sistema cardiovascular												
Dolor de cabeza	0	4	1.48	1.17	4.42	.000	0	4	1.30	1.08	4.10	.000
Corazón latiendo rápido sin razón	0	4	.45	.93	8.00	.000	0	4	.37	.80	8.31	.000
Siento los brazos y las piernas dormidas	0	4	1.08	1.15	4.38	.000	0	4	.63	.88	5.94	.000
Sistema músculo-esquelético												
Dolor de espalda	0	4	1.19	1.32	4.70	.000	0	4	.86	1.00	4.96	.000
Movimiento en parte del cuerpo	0	4	.66	1.15	7.38	.000	0	4	.31	.76	8.42	.000
Sistema gastrointestinal												
Dolor de estómago	0	4	1.33	1.19	4.23	.000	0	4	1.24	1.14	3.79	.000
Me arde la boca del estómago	0	4	.54	.99	7.70	.000	0	4	.61	1.04	7.52	.000
Siento duro el estómago y me duele	0	4	.54	.93	7.06	.000	0	4	.53	.91	7.30	.000
Me da diarrea	0	4	.35	.67	7.62	.000	0	4	.50	.98	7.66	.000
Me cuesta ir al servicio sanitario	0	4	.27	.72	8.58	.000	0	4	.23	.66	8.96	.000
Tengo muchos gases	0	4	.65	1.07	7.06	.000	0	4	.35	.74	8.19	.000
Sistema vestibular												
Me siento mareado	0	4	.82	1.07	5.62	.000	0	4	.73	1.01	6.02	.000
Pierdo el equilibrio	0	4	.49	.91	7.38	.000	0	4	.36	.75	8.01	.000
Siento ganas de vomitar	0	3	.44	.83	7.65	.000	0	4	.73	1.18	7.26	.000
Sistema dermatológico												
Me pica mucho la piel	0	4	.74	1.14	6.54	.000	0	4	.48	.90	7.37	.000
Piel roja o irritada	0	4	.47	.97	7.98	.000	0	4	.38	.85	7.95	.000
Otros												
Tengo ataques de asma	0	4	.25	.68	8.83	.000	0	4	.33	.81	8.75	.000
Me cuesta dormirme	0	4	1.16	1.34	5.18	.000	0	4	.84	1.14	5.74	.000
Me siento muy cansado(a)	0	4	2.20	1.25	4.54	.000	0	4	1.10	1.04	4.72	.000
Me siento muy débil	0	4	.80	1.04	5.52	.000	0	4	.74	.97	5.83	.000
Siento que me desmayo	0	3	.26	.68	8.84	.000	0	4	.34	.85	8.75	.000

* = Distribución no normal

Tabla 6
Características psicométricas de la severidad de malestares psicosomáticos

Severidad de malestares	N	Mín	Máx	M	DE	Z	P
Sistema cardiovascular							
Dolor de cabeza	328	0	16	2.63	3.33	4.24	.000
Corazón latiendo rápido sin razón	326	0	12	.60	1.84	8.42	.000
Siento los brazos y piernas dormidas	327	0	16	1.23	2.34	5.41	.000
Sistema musculo-esquelético							
Dolor de espalda	329	0	16	1.81	2.80	4.73	.000
Movimiento en parte del cuerpo	329	0	16	.67	2.12	8.19	.000
Sistema gastrointestinal							
Dolor de estómago	327	0	16	2.39	3.05	3.99	.000
Me arde la boca del estómago	329	0	16	1.12	2.52	7.33	.000
Siento duro el estómago y me duele	328	0	16	.91	2.23	6.75	.000
Me da diarrea	326	0	16	.60	1.86	7.38	.000
Me cuesta ir al servicio sanitario	328	0	16	.41	1.72	8.61	.000
Tengo muchos gases	328	0	12	.63	1.65	8.09	.000
Sistema vestibular							
Me siento mareado	328	0	16	1.25	2.33	5.70	.000
Pierdo el equilibrio	329	0	12	.59	1.70	7.62	.000
Siento ganas de vomitar	328	0	12	.89	2.05	7.62	.000
Sistema dermatológico							
Me pica mucho la piel	327	0	16	1.07	2.80	6.94	.000
Piel roja o irritada	328	0	16	.78	2.46	7.60	.000
Otros							
Ataques de asma	328	0	16	.47	1.68	8.62	.000
Dificultades para dormir	329	0	16	1.99	3.57	5.29	.000
Me siento muy cansado	328	0	16	3.16	3.76	4.29	.000
Me siento muy débil	329	0	12	1.17	2.10	5.62	.000
Siento que me desmayo	328	0	12	.51	1.74	8.54	.000
Índice general de malestares psicosomáticos	329	0	7	1.10	1.22	3.31	.000

RESULTADOS

CONTRASTES POR SEXO

Contrastes entre variables sociodemográficas por sexo

Debido a que las variables sociodemográficas no presentaron una distribución normal, se realizó la prueba de Mann-Whitney para contraste entre variables no paramétricas. En la Tabla 7 se presentan los resultados de esta comparación, donde se puede observar que existen diferencias significativas entre hombres ($Mdn = 1$) y mujeres ($Mdn = 2$) en cuanto a la cantidad de hermanos, $U = 11172.50$, $p = .023$, $r = .124$.

Tabla 7
Contrastes entre variables sociodemográficas por sexo

Variables sociodemográficas	<i>Mdn</i>		<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>	<i>R</i>
	Hombres	Mujeres				
Edad del niño(a)	12	13	12291.50	-1.44	.149	.079
Edad de la madre	40	40	13463.50	-.074	.941	.004
Edad del padre	43	43	11257.50	-.183	.855	.010
Grado académico de la madre	13	13	13293.00	-.180	.857	.009
Grado académico del padre	13	13	10932.00	-.319	.750	.017
Posición de nacimiento	2	2	12838.00	-.857	.391	.047
Cantidad de hermanos(as)	1	2	11172.50	-2.26	.023*	.124

* $p < .05$

Contrastes entre índices por sexo

Como se puede observar en la Tabla 8, se calculó un contraste de medianas entre el Índice de estrés en el clima familiar, el Índice de riesgo perinatal y el Índice de vulnerabilidad en la primera infancia por sexo utilizando el cálculo de la *U* de Mann-Whitney para distribuciones no normales. En estos índices no se encontraron diferencias significativas por sexo.

Tabla 8
Contrastes entre índice de estrés en el clima familiar, índice de riesgo perinatal e índice de vulnerabilidad en la primera infancia por sexo

Índices	<i>Mdn</i>		<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>	<i>R</i>
	Hombres	Mujeres				
Índice de estrés en el clima familiar	16	17.5	13202.00	-.384	.701	.021
Índice de riesgo perinatal	1	2	12822.50	-.841	.400	.046
Índice de vulnerabilidad en la primera infancia	1	2	11967.50	-1.85	.064	.101

* $p < .05$

Contraste de parentaje y responsividad por sexo

Se estableció un contraste entre las variables de parentaje y las variables de responsividad por sexo, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas. En el caso de Autonomía, debido a que mostró una distribución normal se utilizó la prueba T y no se encontró diferencia entre hombres ($m = 2.60$, $de = .342$) y mujeres ($m = 2.55$, $de = .377$), $t(326) = 1.21$, $p = .224$, $d = .067$. Los otros contrastes se realizaron con la prueba no paramétrica de Mann-Whitney por tener una distribución no normal, en la Tabla 9 se observan los datos.

Tabla 9
Contrastes de parentaje y responsividad por sexo

Responsividad y parentaje	Mdn		U	Z	P	R
	Hombres	Mujeres				
Responsividad materna	2.43	2.43	13305.50	-.064	.949	.003
Responsividad paterna	2.29	2.29	11766.50	-.019	.985	.001
Comunicación	3.44	3.44	11944.50	-1.75	.080	.096
Disciplina	2.08	2.08	13192.50	-.293	.770	.096

* $p < .05$

Contraste entre variables asociadas a la calidad de vida por sexo

Se estableció una comparación por sexo en el autoreporte de calidad de vida y en la información reportada por los padres y madres con respecto al mismo constructo. Los datos se encuentran en la Tabla 10 y como se puede observar, se encontraron diferencias significativas en el reporte de los niños y las niñas en cuanto a Bienestar físico y Bienestar psicológico, de manera que los hombres reportan mayor Bienestar físico ($Mdn = 4.20$) que las mujeres ($Mdn = 3.80$), $U = 10547.00$, $p = .001$, $r = .191$. Igualmente, en Bienestar psicológico los hombres ($Mdn = 4.43$) reportan mayor puntaje que las mujeres ($Mdn = 4.29$), $U = 11109$, $p = .005$, $r = .155$. Los contrastes se realizaron con el estadístico de Mann-Whitney por no presentarse una distribución normal.

Tabla 10
Contrastes de calidad de vida por sexo

Calidad de vida	<i>Mdn</i>		<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>	<i>R</i>
	Hombres	Mujeres				
Reporte de padres/madres						
Bienestar físico	4.20	4.00	11957.50	-1.82	.068	.010
Bienestar psicológico	4.14	4.14	13436.50	-.008	.993	.000
Autonomía y relación con los padres	4.00	4.00	12755.50	-.804	.422	.044
Amigos y apoyo social	4.00	4.25	11853.00	-1.77	.075	.098
Entorno escolar	4.38	4.50	12715.50	-.767	.443	.042
Reporte de los niños/as						
Bienestar físico	4.20	3.80	10547.00	-3.46	.001*	.191
Bienestar psicológico	4.43	4.29	11109.00	-2.81	.005*	.155
Autonomía y relación con los padres	4.00	4.14	13329.50	-.230	.818	.013
Amigos y apoyo social	4.50	4.75	12382.00	-1.35	.174	.074
Entorno escolar	4.25	4.25	12931.50	-.697	.486	.038

* $p < .05$

Contraste entre carga psicológica por sexo

Se estableció un contraste por sexo entre las variables de carga psicológica, es decir, ansiedad, estrés y depresión, para lo cual se utilizó la *U* de Mann-Whitney. Como se puede observar en la Tabla 11, no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 11
Contrastes entre carga psicológica por sexo

Carga psicológica	<i>Mdn</i>		<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>	<i>R</i>
	Hombres	Mujeres				
Ansiedad	.43	.43	12930.50	-.313	.754	.017
Estrés	.57	.71	12651.00	-1.02	.307	.056
Depresión	.20	.24	12421.00	-1.28	.199	.071

* $p < .05$

Contraste entre malestares psicosomáticos por sexo

Se establecieron contrastes por sexo entre las variables de la lista de malestares psicosomáticos, para lo cual, en todos los casos, se utilizó el estadístico de Mann-Whitney debido a que las variables no mostraron una distribución normal.

Se calculó el contraste de severidad de malestares psicosomáticos por sexo a través del cual, como se puede observar en la Tabla 12, se encontraron diferencias significativas en el reporte de la severidad de ocho de los malestares psicosomáticos abordados. En todos los casos se observa mayor reporte de la severidad de los malestares psicosomáticos por parte de las mujeres.

Así, el síntoma dolor de cabeza muestra una diferencia significativa entre hombres ($Mdn = 1$) y mujeres ($Mdn = 2$), al igual que en el síntoma dolor de espalda (Hombres $Mdn = 0$; mujeres $Mdn = 1$) y que cansancio (Hombres $Mdn = 2$; Mujeres $Mdn = 3$). En algunos casos no se puede apreciar la diferencia en las medianas, de manera que se recurrió al rango promedio para determinar las diferencias en las puntuaciones, por ejemplo, en el malestar *Ganas de vomitar*, el rango promedio de hombres es de 151.33 y el de mujeres es de 178.16, en el caso del malestar *Debilidad*, el rango promedio de hombres es de 155.63 y el de mujeres de 174.66. El malestar *Dificultad para ir al servicio sanitario*, presenta un rango promedio de 157.37 para los hombres y de 171.80 para las mujeres, mostrándose a su vez un rango promedio de 156.92 para los hombres y de 172.26 para las mujeres en el malestar *Sentir desmayo*. Finalmente, el rango para los hombres en el síntoma *Alguna parte del cuerpo se me mueve sola* es de 158.03, mientras que para las mujeres es de 172.19.

También, al establecer la comparación entre los subsistemas de malestares psicosomáticos por sexo, se observó una diferencia significativa entre hombres ($Mdn = .33$) y mujeres ($Mdn = .33$) en el *Subsistema vestibular*, $U = 11480.00$, $p = .012$, $r = .138$. El rango promedio para el caso de los hombres es de 152.74 y para las mujeres de 177.64. Asimismo, se presenta una diferencia significativa entre hombres ($Mdn = .00$) y mujeres ($Mdn = .50$) en el *Subsistema músculo-esquelético*, $U = 11719.50$, $p = .027$, $r = .122$. Los demás datos de esta comparación se encuentran en la Tabla 13.

Por otra parte, se estableció un contraste entre el “Índice general de malestares psicosomáticos” por sexo, encontrándose una diferencia significativa entre hombres ($Mdn = 15$) y mujeres ($Mdn = 19$), $U = 11085.00$, $Z = -2.856$, $p = .005$, $r = .158$, evidenciándose un puntaje mayor en las mujeres.

Tabla 12
Contrastes entre malestares psicosomáticos por sexo

Severidad malestares psicosomáticos	Mdn		U	Z	P	R
	Hombres	Mujeres				
Dolor de cabeza	1.00	2.00	11465.00	-2.36	.018*	.130
Dolor de espalda	.00	1.00	11842.00	-2.11	.035*	.116
Dolor de estómago	1.00	2.00	12644.00	-.86	.386	.047
Dificultades dormir	.00	.00	12638.50	-1.15	.250	.063
Cansancio	2.00	3.00	10961.00	-2.96	.003*	.163
Ganas de vomitar	.00	.00	11244.00	-3.38	.001*	.186
Corazón latiendo rápido sin razón	.00	.00	12909.50	-.68	.495	.037
Mareo	.00	.00	12028.00	-1.87	.060	.103
Debilidad	.00	.00	11961.50	-2.05	.040*	.113
Ardor en boca del estómago	.00	.00	12918.00	-.90	.365	.050
Ataques de asma	.00	.00	12894.00	-1.08	.280	.060
Duro y dolor de estómago	.00	.00	13406.50	-.05	.960	.003
Diarrea	.00	.00	12330.00	-1.54	.123	.085
Dificultad ir al servicio sanitario	.00	.00	12263.00	-2.45	.014*	.135
Sentir desmayo	.00	.00	12188.50	-2.40	.016*	.132
Perder el equilibrio	.00	.00	12922.00	-.97	.329	.053
Gases	.00	.00	13409.50	-.06	.952	.003
Brazos y piernas dormidas	.00	.00	13122.50	-.31	.750	.017
Picazón en piel	.00	.00	12235.00	-1.70	.089	.094
Piel roja o irritada	.00	.00	12313.00	-1.97	.169	.109
Movimiento en parte del cuerpo	.00	.00	12362.50	-2.04	.041*	.112

* $p < .05$

Tabla 13
Contrastes entre subsistemas de malestares psicosomáticos por sexo

Malestares psicosomáticos organizados por subsistemas	Mdn		U	Z	P	R
	Hombres	Mujeres				
Cardiovascular	.67	1.00	11920.00	-1.88	.060	.104
Dermatológico	.00	.00	12322.50	-1.63	.101	.090
Gastrointestinal	.50	.50	12160.00	-1.60	.109	.088
Vestibular	.33	.33	11480.00	-2.50	.012*	.138
Músculo-esquelético	.00	.50	11719,50	-2.21	.027*	.122

* $p < .05$

CORRELACIONES ENTRE VARIABLES

A continuación se presentan las correlaciones entre medidas de calidad de vida, parentaje, responsividad, carga psicológica (depresión, ansiedad, estrés) y malestares psicosomáticos. También se muestran las correlaciones, diferenciadas por sexo, entre los grupos de edad y las medidas de calidad de vida, carga psicológica y malestares psicosomáticos. Para todos los casos se calculó el coeficiente de correlación de Spearman ya que los datos no se distribuyeron de manera normal.

Correlación entre parentaje, responsividad, carga psicológica y calidad de vida

Según los datos que se muestran en la Tabla 14, las correlaciones existentes entre las medidas de autonomía y calidad de vida, así como las observadas entre disciplina y calidad de vida son negativas, contrario a lo que sucede con las correlaciones entre la subescala de comunicación y las medidas de calidad de vida tanto en el reporte de padres y madres como en el reporte de niños y niñas, puesto que éstas correlacionan positivamente. En el caso de las subescalas de responsividad materna y paterna, se presentan correlaciones positivas con las dimensiones de calidad de vida.

Por otro lado, las dimensiones de ansiedad, estrés y depresión no muestran correlación significativa alguna con la subescala de autonomía reportada por los padres y madres. Sin embargo, estas mismas dimensiones correlacionan negativamente con la subescala de comunicación y positivamente con la subescala de disciplina. Por su parte, las medidas de responsividad materna y paterna correlacionan de forma negativa con estas dimensiones de carga psicológica.

A diferencia de lo observado con las medidas de parentaje, las dimensiones de bienestar psicológico; autonomía y relación con los padres, y entorno escolar, reportadas por niños y niñas muestran correlaciones moderadas con las medidas de responsividad.

Además, es evidente que en su mayoría las medidas de parentaje no correlacionan significativamente con las subescalas de calidad de vida reportadas por niños y niñas, contrario a lo que sucede con las medidas de parentaje y las subescalas de calidad de vida reportadas por padres y madres, puesto que en este caso si se muestran correlaciones, a excepción de la subescala de autonomía la cual carece de correlaciones significativas con las medidas de autonomía y relación con los padres y amigos y apoyo social reportado por los padres y las madres. Se observa también que la dimensión de ansiedad correlaciona únicamente con responsividad materna y paterna.

Tabla 14
Correlación entre medidas de parentaje, carga psicológica y calidad de vida

Sistema de variables	Parentaje			Responsividad	
	Autonomía	Comunicación	Disciplina	Materna	Paterna
Carga psicológica					
Ansiedad	.08	-.09	.08	-.20**	-.24**
Estrés	.04	-.17**	.15**	-.28**	-.36**
Depresión	.04	-.11*	.19**	-.36**	-.44**
Calidad de vida reportada por los niños (as)					
BF	-.11*	.03	-.04	.33**	.40**
BP	-.08	.10	-.17**	.42**	.46**
ARP	-.01	.12*	-.06	.44**	.57**
AAS	-.08	.00	-.04	.31**	.36**
EE	-.04	.07	-.08	.42**	.48**
Calidad de vida reportada por los padres/madres					
BF	-.14**	.18**	-.15**	.13*	.20**
BP	-.19**	.39**	-.42**	.23**	.25**
ARP	-.03	.41**	-.27**	.11*	.19**
AAS	-.07	.30**	-.19**	.11*	.12*
EE	-.11*	.34**	-.20**	.14*	.13*

Notas: BF = bienestar físico; BP = bienestar psicológico; ARP = autonomía y relación con los padres; AAS = amigos y apoyo social; EE = entorno escolar

* $p < .05$, ** $p < .01$

Correlación entre medidas de parentaje y responsividad

Como se puede observar en la Tabla 15, no se presentan correlaciones significativas entre las medidas de comunicación y autonomía con las medidas de responsividad paterna, mostrándose por otra parte únicamente correlaciones débiles entre las medidas de parentaje y las medidas de responsividad materna, con excepción de la correlación leve entre la subescala de comunicación y la subescala de responsividad materna. Se desprende también de la Tabla 14,

correlaciones negativas entre la subescala de comunicación y las subescalas de autonomía y disciplina, así como también se observan correlaciones negativas entre las medidas de responsividad y parentaje, a excepción de la subescala de comunicación y responsividad materna que correlacionan positivamente.

Tabla 15
Correlación entre medidas de parentaje y responsividad

Dimensiones	Parentaje		Responsividad		
	Autonomía	Comunicación	Disciplina	Materna Paterna	
Autonomía	1	-.13*	.34**	-.13*	-.09
Comunicación		1	-.29**	.23**	.10
Disciplina			1	-.14**	-.19**
Responsividad materna				1	.62**
Responsividad paterna					1

* $p < .05$, ** $p < .01$

Correlación entre medidas de calidad de vida y carga psicológica

De acuerdo con los datos de la Tabla 16, las medidas de ansiedad, estrés y depresión correlacionan negativamente con las dimensiones de calidad de vida reportadas por niños y niñas, mostrándose las mayores correlaciones con la subescala de bienestar psicológico, la cual presenta una correlación fuerte con la subescala de depresión, $p = -.67$. Asimismo, la dimensión de depresión es la que se encuentra correlacionando en mayor medida con las dimensiones de calidad de vida.

Se observa a su vez, que las subescalas de ansiedad, estrés y depresión, correlacionan negativamente con las medidas de calidad de vida reportada por los padres y madres, a

excepción de la variable entorno escolar reportada por padres y madres con la cual la subescala de ansiedad no correlaciona significativamente.

Tabla 16
Correlación entre medidas de calidad de vida y carga psicológica

Calidad de vida	Carga psicológica		
	Ansiedad	Estrés	Depresión
Reporte de niños y niñas			
BF	-.30**	-.24**	-.51**
BP	-.43**	-.48**	-.67**
ARP	-.32**	-.39**	-.55**
AAS	-.27**	-.22**	-.44**
EE	-.23**	-.32**	-.54**
Reporte de padres y madres			
BF	-.13*	-.14**	-.26**
BP	-.24**	-.32**	-.33**
ARP	-.15**	-.20**	-.20**
AAS	-.17**	-.19**	-.24**
EE	-.08	-.15**	-.25**

Notas: BF = bienestar físico; BP = bienestar psicológico; ARP = autonomía y relación con los padres; AAS = amigos y apoyo social; EE = entorno escolar

* $p < .05$; ** $p < .01$

Correlación entre medidas de calidad de vida

Se desprende de la Tabla 17 que todas las correlaciones entre las dimensiones de calidad de vida son positivas, presentándose las mayores correlaciones entre la subescala de bienestar psicológico reportado por niños y niñas, y las subescalas de bienestar físico; autonomía y relación con los padres; y entorno escolar, reportadas por los niños y niñas; así como entre las

subescalas de autonomía y relación con los padres y la subescala de bienestar psicológico, reportadas por los padres y madres. Por su parte, la subescala de amigos y apoyo social reportada por padres y madres no muestra correlación con las subescalas de bienestar físico, bienestar psicológico y entorno escolar reportadas por niños/as.

Tabla 17
Correlación entre medidas de calidad de vida

Calidad de vida	Calidad de vida									
	Reporte de los niños (as)					Reporte de padres y madres				
	BF	BP	ARP	AAS	EE	BF	BP	ARP	AAS	EE
Reporte de los niños (as)										
BF	1	.54**	.47**	.36**	.45**	.40**	.19**	.11*	.09	.14*
BP		1	.55**	.44**	.51**	.22**	.31**	.15**	.10	.17**
ARP			1	.35**	.44**	.23**	.23**	.29**	.16**	.15**
AAS				1	.36**	.16**	.17**	.12*	.22**	.18**
EE					1	.24**	.21**	.11*	.09	.31**
Reporte de padres y madres										
BF						1	.49**	.34**	.35**	.30**
BP							1	.51**	.49**	.46**
ARP								1	.48**	.47**
AAS									1	.42**
EE										1

Notas: BF = bienestar físico; BP = bienestar psicológico; ARP = autonomía y relación con Los padres; AAS = amigos y apoyo social; EE = entorno escolar

* $p < .05$, ** $p < .01$

Correlación entre medidas de carga psicológica

Las correlaciones mostradas en la Tabla 18 son en su totalidad positivas y cada una de las dimensiones correlacionan entre sí y con las demás, siendo la más fuerte aquella entre la subescala de ansiedad y estrés, $p = .65$.

Tabla 18
Correlación entre medidas de carga psicológica

	Ansiedad	Estrés	Depresión
Ansiedad	1	.65**	.45**
Estrés		1	.43**
Depresión			1

* $p < .05$, ** $p < .01$

Correlación entre severidad psicósomática, calidad de vida, parentaje y carga psicológica

Se establecieron correlaciones entre la severidad de malestares psicósomáticos por subsistemas y las medidas de calidad de vida reportada tanto por los niños y las niñas, como por los padres y madres, también se correlacionaron con las variables de parentaje, responsividad y carga psicológica.

En la Tabla 19 se aprecian los resultados de estas correlaciones, en las que se muestra que las variables de calidad de vida reportada por los niños y las niñas en su mayoría correlacionan de manera negativa con la severidad de los malestares psicósomáticos, estas correlaciones varían entre débiles y leves, a excepción de la variable bienestar psicológico que es la única que presenta una correlación moderada, esto con el Índice general de severidad de malestares psicósomáticos, $p = -.44$.

Otro dato que se extrae de la Tabla 19, es que las variables de responsividad correlacionan negativamente y de forma débil o leve, con los malestares psicosomáticos. Además, todas las variables de carga psicológica correlacionan positiva y significativamente con los subsistemas de malestares y el Índice general de malestares, evidenciándose correlaciones de leves a moderadas, exceptuando el subsistema dermatológico que presenta una correlación débil con las medidas de depresión.

Por su parte, se evidencia que la ausencia de correlaciones significativas se da principalmente entre los distintos subsistemas y las medidas de parentaje así como con las medidas de calidad de vida reportadas por los padres y madres. Asimismo, se observa que la subescala de amigos y apoyo social reportada por niños y niñas correlaciona de forma significativa únicamente con el subsistema cardiovascular y el Índice general de malestares psicosomáticos, mientras que la mayoría de medidas de calidad de vida reportada por los niños y las niñas correlacionan significativamente tanto con los subsistemas de malestares como con el Índice general de malestares psicosomáticos.

En cuanto a las medidas de responsividad materna, cabe destacar que únicamente con el subsistema dermatológico y el subsistema músculo – esquelético no presentan correlaciones significativas. Finalmente, es necesario resaltar, que el Índice general de malestares psicosomáticos correlaciona positiva y moderadamente con las tres variables de carga psicológica, siendo ansiedad la más alta ($p = .57$), seguida de estrés ($p = .48$) y por último, depresión ($p = .45$).

Tabla 19

Correlación entre severidad de malestares psicosomáticos, calidad de vida, parentaje y carga psicológica

Dimensiones	Severidad de malestares psicosomáticos por subsistema					Índice general de severidad de malestares psicosomáticos
	Cardiovascular	Dermatológico	Gastrointestinal	Vestibular	Músculo-esquelético	
Calidad de vida reportada por los niños (as)						
BF	-.31**	-.16**	-.31**	-.26**	-.26**	-.37**
BP	-.34**	-.23**	-.32**	-.28**	-.29**	-.44**
ARP	-.31**	-.11*	-.29**	-.24**	-.20**	-.38**
AAS	-.17**	-.03	-.07	-.07	-.09	-.14*
EE	-.20**	-.07	-.13*	-.17**	-.17**	-.22**
Calidad de vida reportada por padres y madres						
BF	-.15**	-.10	-.19**	-.15**	-.12**	-.20**
BP	-.21**	-.05	-.22**	-.21**	-.10	-.24**
ARP	-.09	.02	-.18**	-.05	-.05	-.14**
AAS	-.03	.02	-.09	-.03	-.05	-.09
EE	-.03	.03	-.07	-.05	-.03	-.08
Parentaje						
Autonomía	.06	-.00	.11*	.11*	.09	.11*
Comunicación	-.04	.01	-.11*	-.09	-.05	-.10
Disciplina	.09	.03	.10	.08	.07	.11*
Responsividad materna	-.14**	-.00	-.16**	-.12*	-.06	-.16*
Responsividad paterna	-.19**	-.04	-.23**	-.15**	-.12*	-.24**
Carga psicológica						
Ansiedad	.44**	.33**	.44**	.42**	.34**	.57**
Estrés	.31**	.25**	.39**	.36**	.31**	.48**
Depresión	.39**	.18**	.34**	.29**	.20**	.45**

Notas: BF = bienestar físico; BP = bienestar psicológico; ARP = autonomía y relación con los padres; AAS = amigos y apoyo social; EE = entorno escolar
P < .05, ***p* < .01

Correlación diferenciada por sexo entre calidad de vida y edad

Los datos que se observan en la Tabla 20 muestran las correlaciones negativas, tanto débiles como leves, entre las medidas de entorno escolar reportadas por los niños y las niñas y los distintos grupos de edad, exceptuando el grupo de mujeres de 13 a 16 años de edad, con el cual no se muestran correlaciones significativas. Por su parte, las medidas de bienestar físico y bienestar psicológico reportadas por los niños y las niñas correlacionan significativamente y de forma negativa con los grupos de edad de niños y niñas de 13 a 16 años y hombres de 13 a 16 años, además, autonomía y relación con los padres reportada por niños/as correlaciona negativa y significativamente con el grupo de hombres de 13 a 16 años. Cabe destacar que la única correlación significativa en los grupos de mujeres es con la subescala de entorno escolar con el grupo de 9 a 12 años de edad.

Tabla 20
Correlación entre calidad de vida por edad^a y sexo

Calidad de vida	Hombres y mujeres		Hombres		Mujeres	
	9-12	13-16	9-12	13-16	9-12	13-16
Reportada por niños (as)						
BF	-.11	-.23**	-.10	-.26*	-.13	-.19
BP	-.09	-.18*	-.13	-.28*	-.05	-.07
ARP	.02	-.15	.04	-.23*	.02	-.05
AAS	-.04	.03	-.11	.00	.05	.06
EE	-.27**	-.16*	-.23*	-.22*	-.30**	-.09
Reportada por padres y madres						
BF	-.14	-.12	-.14	-.10	-.15	-.12
BP	.05	-.10	.06	-.02	.02	-.19
ARP	.13	.00	.18	.11	.05	-.07
AAS	.00	.05	.03	.06	-.00	.04
EE	.09	-.00	.12	-.13	.07	.13

Notas: BF = bienestar físico; BP = bienestar psicológico; ARP = autonomía y relación con los padres; AAS = amigos y apoyo social; EE = entorno escolar. ^aEdad en años cumplidos al momento de la aplicación de los instrumentos.

P < .05, ***p* < .01

Correlación diferenciada por sexo entre carga psicológica y edad

Es evidente, a partir de la Tabla 21, la ausencia de correlaciones significativas entre las medidas de carga psicológica y los distintos grupos de edad de mujeres y hombres.

Tabla 21
Correlación entre carga psicológica por edad^a y sexo

Carga psicológica	<i>Niños (as)</i>		<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>	
	9-12 Años	13-16 Años	9-12 años	13-16 años	9-12 Años	13-16 años
Ansiedad	-.10	.09	-.15	.07	-.03	.11
Estrés	-.00	.13	-.01	.16	-.00	.08
Depresión	-.04	.14	-.00	.21	-.09	.04

^aEdad en años cumplidos al momento de la aplicación de los instrumentos.

* $p < .05$, ** $p < .01$

Correlación diferenciada por sexo entre subsistemas de malestares psicosomáticos y edad

La Tabla 22 muestra una correlación positiva entre el subsistema cardiovascular y el grupo de niños y niñas de 13 a 16 años de edad, asimismo, se muestra correlaciones significativas y positivas entre el subsistema músculo-esquelético y los grupos de mayor edad de 13 a 16 años tanto en niñas y en niños en conjunto, como diferenciados por sexo. Los demás subsistemas no correlacionan significativamente con los diferentes grupos de edad de mujeres y hombres.

Tabla 22
Correlación entre malestares psicosomáticos por edad^a y sexo

Malestares psicosomáticos Por subsistemas	<i>Niños (as)</i>		<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>	
	9-12 Años	13-16 Años	9-12 años	13-16 años	9-12 Años	13-16 años
Cardiovascular	-.06	.16*	-.10	.15	-.00	.14
Dermatológico	-.13	.08	-.19	.04	-.08	.11
Gastrointestinal	-.07	.13	-.07	.10	-.07	.17
Vestibular	.09	.10	.17	.05	.01	.14
Músculo-esquelético	.08	.30**	.16	.32**	-.04	.29**

^aEdad en años cumplidos al momento de la aplicación de los instrumentos.

* $p < .05$, ** $p < .01$

MODELO DE ECUACIONES ESTRUCTURALES

Se llevaron a cabo análisis de ecuaciones estructurales con el método de estimación de máxima verosimilitud (ML). Para dichos procedimientos se utilizaron diferentes índices para la evaluación del modelo, en el caso de los índices de ajuste absoluto se tomaron en cuenta el Chi-cuadrado (χ^2), el CMIN/DF y el RMSEA (*Root mean square error of approximation*), además, se reporta como índice de ajuste incremental el CFI (*Comparative fit index*).

Con el fin de poner a prueba las hipótesis del estudio y en respuesta a los objetivos planteados, se probaron una serie de modelos de manera que integraran las variables latentes y las posibles relaciones entre sí, según lo indican los estudios previos.

De esta manera, se probaron tres modelos (ver Tabla 23), un *Modelo A* en el cual responsividad parental (RP) explica la calidad de vida (CV), mientras que calidad de vida y carga psicológica (CP) explican la severidad de malestares psicosomáticos (SP). El *Modelo B*, además de las relaciones establecidas en el *Modelo A*, incorpora la edad (E) explicando la severidad psicosomática. Por último, en el *Modelo C* calidad de vida explica la carga psicológica, mientras que la carga psicológica explica la severidad psicosomática.

Tabla 23
Resumen de los modelos sometidos a prueba

Modelo	Relación	R ²	Peso de regresión	P
A	RP → CV	.62	.79	<.001**
	CV → SP	.46	-.48	<.001**
	CP → SP		.48	<.001**
B	RP → CV	.62	.79	<.001**
	CV → SP	.48	-.47	<.001**
	CP → SP		.50	<.001**
	E → SP		.09	.070
C	CV → CP	.87	-.93	<.001**
	CP → SP	.99	1.00	<.001**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Los índices de ajuste obtenidos para cada uno de los modelos se presentan en la Tabla 24, donde se puede apreciar que los modelos en general presentaron un buen ajuste, siendo el *Modelo A* el más aceptable, ya que aún cuando los índices del chi-cuadrado (χ^2) resultaron ser significativos, los otros índices evidenciaron un ajuste adecuado para el modelo establecido.

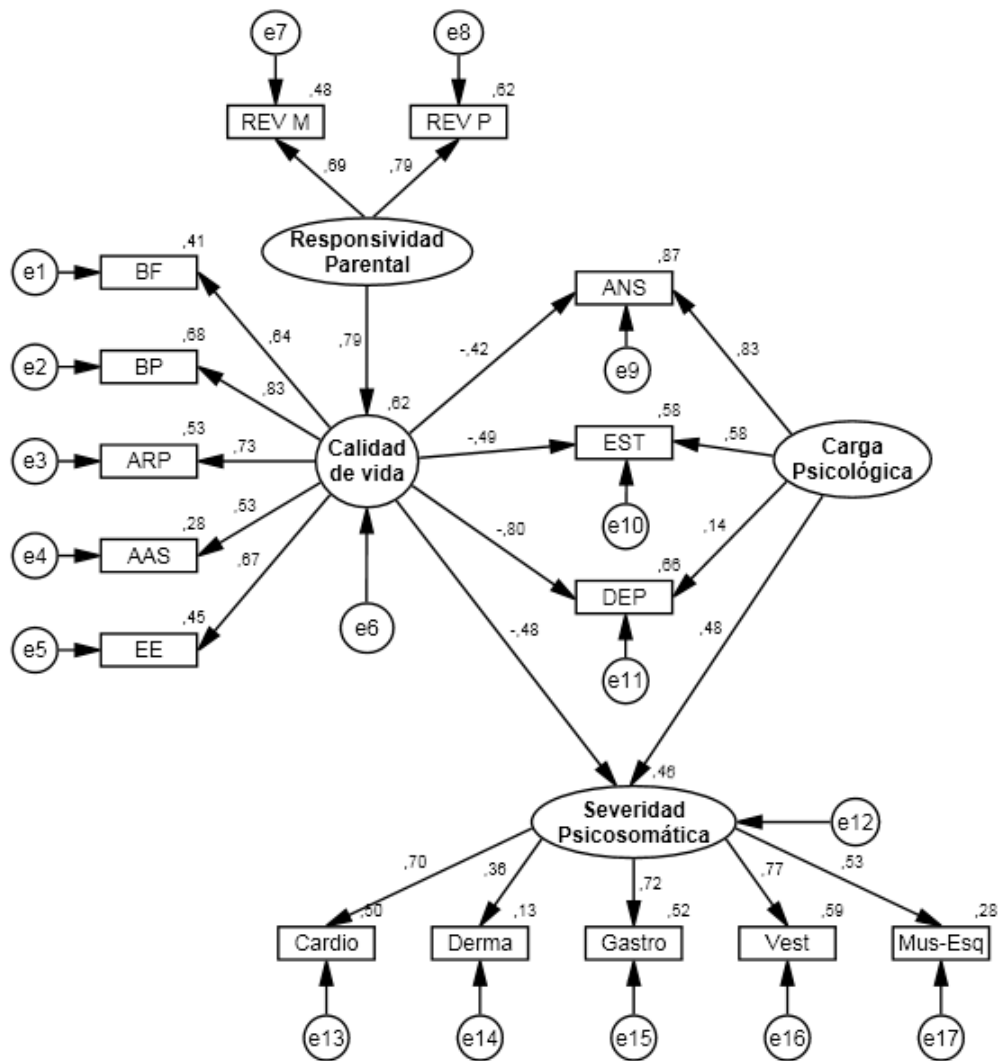
En el caso de los *Modelos B* y *C*, se observan índices de ajuste aceptables, no obstante, en el caso del *Modelo B* el aporte de la variable edad a la explicación de la varianza de la severidad de malestares psicosomáticos no es importante, además, esta variable presentó un CR (*critical ratio*) no significativo, lo cual genera problemas en el modelo. Asimismo, en el *Modelo C* los índices de ajuste son superados por los del *Modelo A* y resultaba más pertinente para la investigación incluir las otras variables estudiadas que sí se incluyen en el modelo definitivo. Por lo tanto, se desestimó el uso de la variable edad en el modelo y se decidió optar por el *Modelo A*, tanto por sus índices de ajuste como por su aporte y coherencia teórica, la representación gráfica del mismo se presenta en la Figura 1.

Tabla 24
Índices de ajuste de los modelos sometidos a prueba

Modelo	Chi-cuadrada			CMIN/DF	RMSEA				CFI
	X ²	GL	P		RMSEA	LO	HI	PCLOSE	
A	182.977	84	.000	2.17	.060	.048	.072	.082	.948
B	256.606	98	.000	2.61	.070	.060	.081	.001	.920
C	156.442	63	.000	2.48	.067	.054	.081	.017	.692

Figura 1. Modelo de ecuaciones estructurales

Modelo A



DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio se apegan a la perspectiva multifactorial que engloba la aparición, el desarrollo y la intensidad de los malestares psicosomáticos, haciendo énfasis en que las situaciones vividas en edades tempranas tienen influencia en el desarrollo posterior de las personas (Burston, Puckering y Kearney, 2005).

Desde esta perspectiva existe una gama de factores involucrados que interactúan entre sí para dar paso a la conformación de los malestares psicosomáticos, por lo que la presente investigación se interesó en conocer estos factores en términos de procurar la prevención de una mayor vulnerabilidad ante los malestares psicosomáticos. Uno de estos factores involucrados es la calidad de vida con la que cuentan los/las niños/as y adolescentes, en tanto la misma ha sido asociada a la salud mental (Daig, Herschbach, Lehmann, Knoll y Decker, 2009).

De acuerdo con nuestro modelo de ecuaciones estructurales, esta variable en conjunto con carga psicológica explican un 46% de la varianza de la severidad psicosomática, se debe considerar que la misma contiene dimensiones como el bienestar psicológico y físico, entorno escolar, amigos y apoyo social, así como, autonomía y relación con los padres.

El comportamiento de estas dimensiones en nuestro estudio coincide con algunos de los hallazgos de Ravens-Sieberer et al. (2007) al encontrar por nuestra parte correlaciones negativas entre las subescalas del KISDCREEN y el Índice general de severidad de malestares psicosomáticos, siendo bienestar físico, bienestar psicológico y autonomía y relación con los

padres las subescalas con las correlaciones negativas de mayor importancia en nuestra investigación. De forma semejante, Ravens-Sieberer et al. (2007) encontraron correlaciones negativas entre malestares psicosomáticos y las subescalas de bienestar físico, bienestar psicológico, autonomía y relación con los padres y entorno escolar.

Es relevante señalar que Ravens-Sieberer et al. (2007) obtuvieron un reporte diferenciado por sexo en los resultados de su muestra de niños/as y adolescentes de 8 a 18 años de edad, donde los hombres mostraron mayores niveles de autonomía y relación con los padres, bienestar físico y bienestar psicológico, resultado que también se observa en nuestros datos, en los cuales los niños reportaron mayor bienestar psicológico y físico en comparación con las mujeres. A su vez, Ravens-Sieberer et al. (2007) encontraron que las mujeres tienen mayor riesgo de percibir malas condiciones de salud, conforme aumenta la edad y se acercan a la adolescencia, igualmente, observaron que las niñas de 8 a 11 años de edad reportaron valores mayores en la dimensión de entorno escolar.

En nuestro caso, las dimensiones de bienestar físico y psicológico correlacionaron de forma negativa con los niños y niñas de 13 a 16 años de edad, mientras que en el grupo de menor edad no correlacionaron significativamente, además, la dimensión de entorno escolar correlacionó en mayor medida con las mujeres de 9 a 12 años de edad en comparación con las mujeres mayores quienes no presentaron correlaciones significativas.

Por otro lado, como parte de la variable de calidad de vida también adquieren un papel importante las dimensiones referidas al entorno escolar y a los amigos y apoyo social. Para una mejor comprensión del aporte de dichas dimensiones a la calidad de vida, cabe destacar

que muchos factores del ambiente escolar y de las relaciones con los pares son potenciales estresores (Hjern, Alfven y Östberg, 2008). Según Hjern et al. (2008), estos factores se han asociado a malestares psicosomáticos y a la presencia de irritabilidad, tristeza e inseguridad, lo cual es consistente con nuestros hallazgos en los que se evidencia que tanto el entorno escolar como los amigos y apoyo social correlacionan negativamente con el Índice general de malestares psicosomáticos.

Lo anterior es destacable debido a que los niños y las niñas con mayor predisposición a desarrollar malestares psicosomáticos tienden a experimentar de forma más problemática el entorno escolar en comparación con otros niños y niñas, provocando a su vez que aquellos/as con mayor vulnerabilidad se conviertan más a menudo en víctimas de hostigamiento escolar (Hjern et al., 2008).

Otros estudios han indicado que ser víctima de hostigamiento escolar, así como ser hostigador/a representa un factor de riesgo para la salud de los niños y niñas y para su calidad de vida, así como para el desarrollo de malestares psicosomáticos, debido a que estas experiencias se consolidan a lo largo de un tiempo prolongado (Rhee, Holditch-Davis y Miles, 2005; Gini, 2008). A su vez, el hostigamiento escolar ha sido relacionado con baja autoestima, depresión, inseguridad y ansiedad (Gini, 2008), las cuales son variables que juegan un papel determinante en la conformación de los malestares psicosomáticos, al igual que el estrés, el cual tiene un impacto sobre la calidad de vida.

En nuestro estudio hemos encontrado datos que respaldan lo anterior, ya que la variable amigos y apoyo social correlacionó significativamente y de manera negativa con las variables

ansiedad, estrés y depresión. Esto parece obedecer al hecho de que las relaciones de amistad positivas han sido asociadas a menos sentimientos de soledad y ansiedad, conjuntamente, estas relaciones se han asociado con la adaptación positiva en la infancia y en la adolescencia (Gaertner, Fite y Colder, 2009).

Partiendo de lo anterior, cabe indicar que el apoyo entre pares, la satisfacción escolar y la actividad física intervienen como factores que podrían reducir el estrés, aspecto que ha sido reportado en otras investigaciones al observarse que los niños y las niñas que no experimentan hostigamiento escolar, que mantienen una alta actividad física y que presentan satisfacción en el ámbito escolar, reportan una menor presencia de malestares psicossomáticos (Berntsson y Gustafsson, 2000). Esto es respaldado por González y Landero (2006b) al establecer un vínculo entre calidad de vida, malestares psicossomáticos y estrés, al afirmar que los “sucesos vitales son estresores cuando son percibidos como un aspecto saliente y molesto en la calidad de vida de la persona” (p. 54).

Podemos afirmar entonces que la calidad de vida con la que se cuenta es predominante en el estado de salud; y a la vez, depende del bienestar psicológico y físico que apuntan a las dos vertientes desde las cuales visualizar los malestares psicossomáticos, es decir, la perspectiva psicológica y la perspectiva biológica. Se debe tomar en cuenta que este constructo engloba otros factores que asumen roles de protección o de riesgo según sea el caso, como por ejemplo, la falta de autonomía, la presencia de ciertos vínculos con los pares que producen estrés o en caso contrario, amistades que proporcionan apoyo o la misma satisfacción escolar, siendo todos estos, elementos que influyen en la calidad de vida así como ésta influye en el

desarrollo de emociones negativas que desembocan posteriormente en malestares psicosomáticos.

Existen también otras variables que repercuten sobre la calidad de vida como son la ansiedad y la depresión, dimensiones que se discutirán con mayor profundidad más adelante, empero, se debe indicar que estos son factores que afectan de forma negativa lo que se conoce como satisfacción de vida (Daig et al., 2009), lo cual está ligada a la percepción que se tenga sobre la calidad de la misma. Nuestros resultados respaldan lo anterior debido a que la depresión mostró las correlaciones más importantes con la calidad de vida, observándose la correlación más fuerte entre depresión y bienestar psicológico. Asimismo, se evidenció en nuestros resultados que a menor bienestar físico, bienestar psicológico y autonomía y relación con los padres, mayor ansiedad, estrés y depresión, lo cual coincide con lo señalado por Daig et al. (2009).

Aunado a lo anterior, la relación entre la ansiedad, el estrés y la depresión con la interacción de padres/madres e hijos/as ha sido ampliamente estudiada, así como el vínculo entre dicha interacción y los malestares psicosomáticos, siendo nuestro estudio uno de los que han profundizado en estas asociaciones, indagándose la perspectiva tanto de los padres y las madres a través del instrumento PCRI, así como la perspectiva de los niños y niñas, quienes brindaron información acerca de la responsividad paterna y materna. No obstante, el PCRI no mostró los mejores índices de confiabilidad y la interacción del mismo con el sistema de variables no aportó información sustancial, de manera que se desestimó su uso en el modelo de ecuaciones estructurales.

Empero nos fue posible observar que la responsividad materna y paterna encuentra su relación con los malestares psicosomáticos en tanto se presenta como factor de riesgo o de protección según sea el caso, en este sentido, un clima familiar desfavorable puede contribuir negativamente a la salud mental de los/las niños/as (Burston et al., 2005; Rhee, et al., 2005; Willie, Bette, Ravens-Sieberer y the Bella study group, 2008) o por el contrario, ser un factor de protección cuando la interacción entre padres/madres e hijos/as se caracteriza por apoyo parental, afecto, autonomía, claridad en las expectativas, involucramiento, control parental y claridad en las reglas; por lo cual este tipo de relación ha sido asociada a menores niveles de ansiedad, estrés, depresión y a menor reporte de malestares psicosomáticos (Russek et.al, 1998; Hidetaka, Hiroshi, Shigenori, Yoshito y Toshitaka, 2000; Rhee et al., 2005; Willie et al., 2008). Asimismo, en nuestros hallazgos se puede observar que a mayor reporte de responsividad materna y paterna, menor presencia de ansiedad y depresión, observándose además, que a menor reporte de responsividad mayor reporte de malestares psicosomáticos.

En el mismo sentido, Gaertner et al. (2010), consideran que un parentaje de tipo controlador con un involucramiento excesivo, podría reforzar la ansiedad y el estrés infantil, así como afectar el sentido de autonomía de los niños y las niñas, aumentándose de esta forma la dependencia hacia los padres y las madres, aspecto que dificulta el desarrollo de habilidades de afrontamiento. Así, nuestros análisis también apuntan a que a mayor bienestar psicológico, se presenta mayor autonomía y relación con los/las padres/madres.

Estos resultados cobran sentido cuando se consideran elementos como el apego, la regulación emocional, la carga alostática y la psiconeuroinmunología como aportes explicativos. Por lo tanto, es pertinente subrayar que los tipos de respuesta materna y paterna que recibe el/la

niño/niña se comportan como predictores de la conformación de los tipos de apego y por ende, de predisposiciones y transformaciones a nivel orgánico (Maunder y Hunter, 2001; Luecken y Lemery, 2004). De esta forma, interacciones que en un principio servían meramente como herramienta para mantener la proximidad, posteriormente se constituirán como elementos esenciales del apego y de la autoregulación fisiológica, ya que dependiendo del tipo de interacciones presentes así se conformarán algunos elementos del individuo, como por ejemplo, la tendencia a la ansiedad, a la dependencia, a la utilización de reguladores de afectos externos, la percepción de eficacia al lidiar con estímulos estresores y el desarrollo de los sentimientos de seguridad o inseguridad (Maunder y Hunter, 2001).

En la misma línea, se ha demostrado que el apoyo familiar puede moderar el impacto del estrés en los niños/as (Berntsson y Gustafsson, 2000), lo cual es un dato relevante si se considera que el estrés tiene una estrecha relación con el desarrollo de malestares psicosomáticos, como será discutido posteriormente. Este impacto se evidencia en nuestros resultados cuando se observa que a menor reporte de responsividad materna y paterna, mayor reporte de estrés por parte de los niños y las niñas.

Por tanto, los tipos de apego desarrollados a partir de determinadas formas vinculares podrían incrementar la percepción del estrés, afectar la intensidad de la duración de la respuesta fisiológica al mismo o determinar el éxito del apoyo social como regulador del estrés.

Partiendo de lo anterior, se puede considerar que las relaciones con la madre y el padre, contribuyen a la enfermedad mediante la adición de riesgo a una vulnerabilidad preexistente, como puede ser aquella de tipo genética (Maunder y Hunter, 2001). Al respecto Boyce et al.

(1995) encontraron mayor frecuencia de enfermedades respiratorias en aquellos/as niños/as que experimentaron altos niveles de estrés ambiental en comparación con los/as niños/as que estuvieron expuestos a bajos niveles, asimismo, dichas enfermedades se presentaron en mayor medida en los/las niños/as que mostraron una mayor reactividad al estrés, la cual está vinculada a dificultades en la capacidad de autoregulación emocional.

Otro de los aportes explicativos de la conexión entre las variables de responsividad, estrés y malestares psicosomáticos es la regulación emocional, entendida como el proceso responsable de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales y la habilidad de responder a estímulos internos y externos (Hagekul y Bohlin, 2004), en nuestro estudio se observó dicha conexión al mostrarse que a mayor estrés, mayor reporte de malestares psicosomáticos así como a menor reporte de responsividad, mayor presencia de estrés (Hagekul y Bohlin, 2004).

Lo anterior parece obedecer a que los malestares psicosomáticos son las respuestas psicofisiológicas del niño/a ante los estímulos y/o estresores ambientales, y precisamente uno de estos puede ser la familia (Berntsson et al., 2001; Evans, 2003). Además, es importante recalcar que las diferencias en el desarrollo de la regulación emocional están asociadas con las diferencias en los patrones de apego, por lo tanto, cuando se experimenta miedo y estrés, un apego seguro proporcionaría apoyo para regular las emociones al mostrarse los padres y/o madres disponibles y sensibles para responder a las necesidades y señales de los/las niños/as, en contraste con aquellos/as niños/as que cuentan con cuidadores/as que dan respuestas inconsistentes y que muestran poco involucramiento, ya que éstos dejan de expresar emociones negativas debido a la falta de respuesta obtenida. Estas relaciones construyen

modelos internos que guían posteriormente la regulación de emociones a futuro (Hagekul y Bohlin, 2004).

Por su parte, el experimentar un alto grado de emociones negativas, puede ser signo de una alta sensibilidad o amplificación de las reacciones corporales ante los estímulos internos y externos, proceso en el que cabe visualizar la carga alostática, otra de las líneas explicativas, la cual es entendida como la respuesta a las demandas ambientales que eleva la actividad fisiológica, modifica el metabolismo y que ante la exposición continua de un determinado estresor, causa un deterioro y desgaste en el organismo, tratándose aquí de un deterioro que se produce regularmente en los sistemas neuroendocrinos, aún más cuando no existe un período de recuperación para el mismo. (Evans, Kim, Ting, Tesher y Shannis, 2007).

Esto es de suma relevancia puesto que el desarrollo del sistema endocrino y la regulación de neurotransmisores dependen de la influencia postnatal de las primeras y cruciales interacciones sociales, por lo tanto el desarrollo neurológico que se encuentra genéticamente programado, también está en constante modificación debido a estas interacciones (Mauder y Hunter, 2001). Al respecto, Evans et al. (2007) encontró que el efecto del riesgo acumulado en la carga alostática está asociado significativamente con la responsividad materna, debido al factor protector que podría implicar la presencia de responsividad o al factor de riesgo en caso contrario.

Una elevada carga alostática puede provocar impactos tanto a nivel socioemocional como a nivel cognitivo. Particularmente, estos impactos pueden vincularse con la depresión, la ansiedad y el estrés (Evans, 2003), variables que han sido agrupadas como carga psicológica

para efectos de nuestra investigación y que a su vez, están íntimamente relacionadas con la aparición, el desarrollo y la intensidad de los malestares psicosomáticos, tema en el que profundizaremos posteriormente.

Otra perspectiva que acerca a la comprensión de la interacción entre las variables psicológicas y los malestares psicosomáticos es la psiconeuroinmunología, ciencia que se ha abocado al estudio de la interacción entre el sistema endocrino, el sistema inmunológico, el sistema nervioso y factores psicológicos (Ramos, Rivero, Piqueras, García y Oblitas, 2008; Gómez y Escobar, 2002; Vera y Buela, 1999; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002).

En este sentido, se parte de que dichos sistemas son los encargados de la homeostasis del organismo, por lo que, cuando situaciones estresantes activan ciertas actitudes y emociones en el sujeto, se desencadenan mecanismos químicos que pueden deprimir o suprimir las respuestas del sistema inmune lo que puede desembocar en diversas enfermedades (Gómez y Escobar, 2002), el proceso subyacente a esta actividad es descrito de la siguiente forma:

Factores psicosociales como el duelo, el divorcio, la depresión y el estrés académico se acompañan de alteraciones en los parámetros de la reactividad inmune; los factores estresantes activan al sistema nervioso central (SNC), y con él, al eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (HHA) y al sistema nervioso autónomo (SNA), los cuales a su vez ejercen influencia sobre el sistema inmune; lo anterior indica una clara relación entre los estresores y el sistema inmune (Gómez y Escobar, 2002, p. 23).

Por lo tanto, el hecho de que en los resultados se hallen correlaciones importantes entre el estrés y la severidad psicosomática, encuentran una posible explicación en la alteración de la

secreción de hormonas de estrés, especialmente las catecolaminas, ya que pueden alterar aspectos de la función inmune (Kiecolt-Glaser, 2002) entendido en el contexto del mecanismo descrito previamente, en el que las funciones de los sistemas encargados del equilibrio del organismo se alteran.

Además, en diversas investigaciones se ha encontrado que existen vínculos entre relaciones interpersonales discordantes o estresantes e irregularidad en el funcionamiento del sistema inmune, así como, contrario a lo anterior, hay evidencias de que relaciones interpersonales de apoyo están asociadas con un mejor funcionamiento del sistema inmunológico (Kiecolt-Glaser, 2002). Por lo tanto, considerando el planteamiento de esta investigación, en el que se propone que la responsividad puede funcionar como un posible estresor, y donde se halló una correlación entre la carga psicológica y la severidad psicósomática, se plantea como posible acercamiento comprensivo el mecanismo subyacente en el organismo de los sujetos planteado previamente y que lleva al sujeto a plantear como respuesta el síntoma físico.

En otra línea, con respecto a las variables de carga psicológica, nuestros resultados dejan ver correlaciones significativas y negativas entre carga psicológica y calidad de vida, al igual que con responsividad materna y paterna, mientras que correlaciona de manera significativa y positiva con la severidad de malestares psicósomáticos, tanto por subsistemas como con el índice general de severidad psicósomática.

Este tipo de resultados también han sido documentados en otras investigaciones, como es el caso de Rhee et al. (2005) que identifican la depresión como el factor que más contribuía al desarrollo y mantenimiento de patrones de malestares psicósomáticos, igualmente otras

investigaciones han encontrado relación entre la depresión y dichos malestares (Bombardier et al., 1991; Maunder y Hunter, 2001; Haug et al., 2004; Santalahti et al., 2005; González y Landero, 2006a; González y Landero, 2008).

Cabe señalar aquí que en muchos de los casos, los malestares psicossomáticos podrían estar ejecutando una función de máscara o encubrimiento de la depresión (Lesse, 1981), lo cual es importante para comprender los mecanismos involucrados en esta conexión. De igual importancia es el que ante una dificultad para diferenciar entre sentimientos y sensaciones corporales se incrementa la presencia de la vulnerabilidad ante las afecciones psicossomáticas (Baeza, Bulbena, Fénérier y Gély, 2011).

Siguiendo la misma línea, Haug et al. (2004) indica que la ansiedad y la depresión se encuentran presentes en 30% de los pacientes con malestares físicos, asimismo, encontró que a mayor presencia de ansiedad y de depresión, mayor reporte de malestares psicossomáticos. Estos resultados coinciden con nuestros datos y con los encontrados por otros autores como Berntsson y Gustafsson (2000), Hidetaka et al. (2000), Hagekull y Bohlin (2004) y Baeza et al. (2011). Entonces, tanto la ansiedad como la depresión podrían visualizarse como factores de predicción de nuevos episodios que involucren malestares psicossomáticos (Baeza et al., 2011).

En el caso del estrés, se ha observado que puede producir respuestas emocionales, conductuales y fisiológicas, como por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago, estreñimiento, vértigos, entre otros (González y Landero, 2008). Dichos malestares también han sido incluidos como parte de nuestra lista de malestares psicossomáticos. A su vez, esta

relación entre las variables estrés y malestares psicosomáticos ha sido reportada por Osika et al. (2005) y por González y Landero (2008), por lo que a partir de todos estos resultados se observa una consistencia en las implicaciones del estrés en las respuestas del organismo.

Una posible aproximación a estos hallazgos es la que plantean González y Landero (2006b), al indicar que se produce en el sujeto un bloqueo de la expresión emocional ante aquellas situaciones que resultan de difícil manejo, por lo que se llega a la expresión por medio del síntoma físico, como una manifestación del estrés psicológico, planteándose así un efecto directo del estrés sobre los malestares psicosomáticos (González y Landero, 2008).

Ya verificada la relación entre diversas variables psicológicas y los malestares psicosomáticos, se torna necesario ahondar en las diferencias por género que se presentan en nuestros resultados y que ratifican nuestra hipótesis con respecto a una presencia diferencial de malestares psicosomáticos entre los sexos. En los datos se evidenció un mayor reporte de malestares psicosomáticos por parte de las mujeres en comparación con el reporte de los hombres, posicionándose las mujeres en desventaja ya que reportan mayor severidad de malestares psicosomáticos así como menor bienestar físico y psicológico, como ya ha sido mencionado.

Múltiples investigaciones han documentado hallazgos similares en las cuales existe un reporte mayor de malestares psicosomáticos por parte de las mujeres ya sean niñas o adolescentes, mostrándose por lo tanto una vulnerabilidad mayor en ellas al estar más propensas a la somatización (Berntsson et al., 2001; Lieb et al., 2002; Hagekull y Bohlin, 2004; Haug et al., 2004; Rhee et al., 2005; Tamada, 2005; González y Landero, 2008; Hjern et al., 2008).

Estas inconsistencias en las diferencias por género pueden estar sujetas a la forma en cómo se ha captado la información, los grupos de edades en los que se haya recolectado y los síntomas que se consideraron. No obstante, algunos autores se inclinan por explicar esta diferenciación haciendo alusión a un mayor grado de conciencia y sensibilidad hacia la tensión en las mujeres (Dise-Lewis, 1988). Por su parte, Baeza et al. (2011) considera que estas diferencias pueden responder a una mayor disposición por parte de las mujeres a admitir el malestar, aunado a una tendencia a centrarse en mayor medida en su cuerpo debido a una diferencia en la percepción corporal. De la misma forma, Knishkowsky, Palti, Tima, Adler y Gofin (1995) consideran el género como el principal riesgo sociodemográfico y manifiestan que estas distinciones por género pueden estar relacionadas con diferencias en la imagen de sí mismo y en las reacciones hacia el desarrollo en la pubertad.

Al respecto, Aro y Taipale (1987) señalan que el incremento de la introspección y la sensibilidad a malestares físicos es considerado como un proceso común en la adolescencia, sin embargo, los ambientes estresantes pueden influenciar la percepción y la persistencia de dichos malestares.

Ahora bien, Ostrov, Offer y Howard (1989) consideran que la mayor prevalencia en las niñas se asocia a una pobre imagen corporal, en comparación con los niños y a que las perturbaciones emocionales sean comúnmente expresadas por las mujeres por medio del cuerpo a diferencia de los hombres que tienden a expresarlo comúnmente a través del *acting-out*. Por su parte, Haug et al. (2004) comenta que esta diferenciación por sexo puede estar relacionada con mayores niveles de ansiedad y depresión en las mujeres, no obstante en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas por género en cuanto a carga

psicológica, lo cual sí se demostró en los resultados de Knishkowsky et al. (1995), González y Landero (2008b), Lieb et al. (2002), Dragoş y Tănăsescu, 2009, Baeza et al. (2011), entre otros.

Además, se han planteado relaciones entre el género, la edad y la presencia de malestares psicosomáticos, por su parte, Aro y Taipale (1987) al igual que Knishkowsky et al. (1995), consideran que la pubertad puede ser un estresor para las mujeres especialmente en relación con su imagen corporal y a su percepción de malestares, no obstante, en nuestros datos no se hallaron diferencias consistentes con respecto a la edad que apuntaran a diferencias marcadas debido a la pubertad, a excepción de las correlaciones entre malestares propios de los subsistemas cardiovascular y músculo-esquelético, en los que se evidenciaron correlaciones positivas y significativas con aquellos niños y niñas mayores de 12 años de edad.

En las hipótesis de nuestro estudio, habíamos planteado una presencia diferencial de malestares psicosomáticos de acuerdo con la edad, tomando en consideración a los autores que efectivamente reportaban dichas diferencias, como es el caso de Haug et al. (2004) y Santalahti et al. (2005), sin embargo, estas distinciones no fueron evidentes en nuestros resultados. Al respecto, Rhee et al. (2005), plantea que la manifestación de los malestares puede variar de acuerdo a la situación, a la edad o a la inestabilidad de los patrones de malestares psicosomáticos y que las diferencias observadas en la presencia de estos malestares pueden responder a la etapa de desarrollo en la que se está pretendiendo medir estos patrones, como lo es la niñez y la adolescencia. Además Rhee et al. (2005) plantea que los malestares por lo general pueden aparecer en edades tempranas de la niñez pero llegan a establecerse en los períodos de la adolescencia. No obstante, la carencia de estas diferencias en nuestra

investigación puede deberse a las características de la muestra y a la forma en que la que se agruparon los malestares para efectos de nuestro análisis.

Se puede observar en nuestros hallazgos la interacción de todas estas variables que tejen un entramado de conexiones que influyen en la constitución de los malestares psicosomáticos. A lo anterior responde nuestro modelo de ecuaciones estructurales, en el que se logró identificar que la responsividad parental explica un 62% de la varianza de calidad de vida reportada por los niños y las niñas, mientras que calidad de vida y carga psicológica explican un 46% de la varianza de malestares psicosomáticos. Este entramado de variables brinda un posible acercamiento a la comprensión y abordaje del tema de los malestares psicosomáticos en la niñez y la adolescencia, de manera que invita a considerar variables sociales y de ajuste psicológico, más allá que centrarse únicamente en el síntoma y el posible tratamiento médico.

Algunos aportes teóricos se inclinan a reconocer la somatización como un proceso en el que se encuentra inmersa una alteración que lleva al individuo a aumentar la percepción de las sensaciones corporales y a incrementar el grado de complejidad en el reporte de las experiencias negativas, por lo tanto, un elemento clave del proceso constitutivo de la severidad psicosomática es la percepción del ambiente y el responder excesivamente a éste, sobre estimulando al sistema nervioso y al sistema endocrino, lo que podría conducir a problemas de salud (Dragoş y Tănăsescu, 2009).

Este proceso que se ha descrito se acopla a nuestros resultados al observarse una correlación positiva existente entre las variables de ansiedad y estrés con la severidad psicosomática, lo que corrobora a su vez nuestra hipótesis al respecto. Este hallazgo cobra aún más relevancia al

considerar que algunos de estos procesos se llegan a instaurar en la infancia y se mantienen hasta la adultez (Dragoş y Tănăsescu, 2009).

Es pertinente recalcar entonces que dicho proceso cognitivo se deriva en parte de las primeras experiencias sociales como ya se ha hecho alusión, además este proceso en cuestión se encuentra vinculado a una disminución de la sensación de bienestar (Dragoş y Tănăsescu, 2009), de ahí que en nuestros resultados se muestre una correlación negativa entre el reporte de malestares psicosomáticos y la calidad de vida reportada por los niños y niñas, por lo que podemos señalar que nuestra hipótesis al respecto se cumple de la forma en que lo esperábamos, lo cual ya hemos documentado a lo largo de la presente discusión.

Por otro lado, un aporte que también explica la presencia de malestares psicosomáticos y que coincide con lo que nos fue posible observar en nuestros datos, es el de Pedreira, Palanca, Sardinero y Martin (2001), estos autores señalan que “la dificultad para la expresión verbal de las emociones en la infancia, fruto de la inmadurez cognitiva y de la limitación del vocabulario, está considerada como uno de los factores que subyacen a la comunicación del malestar emocional a través de síntomas físicos” (p.28), producto de lo anterior se desarrolla una energía que permanece encerrada crónicamente, la cual produce una disfunción de los órganos (Pedreira y Osorio, 1981). Por lo tanto, cuando las emociones no se manifiestan en la acción ni en la verbalización, la expresión de los conflictos se realiza por medio de la vía vegetativa (Pedreira y Osorio, 1981).

Entonces, debido a la ausencia, escasez o dificultades en el ámbito del lenguaje, se seleccionan las funciones corporales y el cuerpo en sí como la forma de expresión de los conflictos

psíquicos y de las relaciones en las primeras etapas de desarrollo (Pedreira et al., 2001), relaciones que como ya ha sido mencionado, también pueden influir en la elección del cuerpo como medio de expresión de dichos conflictos, razón por la cual confirmamos nuestra hipótesis que suponía una correlación negativa entre los estilos parentales de crianza y el reporte de malestares psicosomáticos. Este proceso y las tensiones que lo conforman suelen construirse sobre frustraciones de necesidades no resueltas (Pedreira y Osorio, 1981), lo que se encuentra en sintonía con las implicaciones que tienen la presencia o ausencia de responsividad materna y paterna así como la calidad de la misma, por ello se considera importante tanto la calidad como cantidad de las experiencias de gratificación de necesidades como elemento clave para el desarrollo de la regulación emocional y para el equilibrio de la homeostasis somática y fisiológica (Pedreira y Osorio, 1981).

A modo de síntesis, hacemos énfasis en el ciclo de reciprocidades desarrollado por las interacciones de las variables mencionadas en la presente investigación, ciclo en el que la presencia de ansiedad, estrés y depresión afectan la calidad de vida y en el que la responsividad materna y paterna mantienen una función reguladora de las respuestas y conformación de la misma, ya sea que se presente como factor de protección o de riesgo. Al mismo tiempo la responsividad tiene un papel en la estructuración de la severidad psicosomática, a través de su papel en la calidad de vida y a su vez siendo partícipe del desarrollo de estilos de afrontamiento, estilos de apego y de formas de expresión de conflictos que se traducen en malestares psicosomáticos en muchos de los casos.

Conjuntamente, la carga psicológica influye en la severidad psicosomática y dicha carga se encuentra afectada por la responsividad parental que en algunas ocasiones provoca ansiedad,

depresión y estrés, o bien, se trata de una responsividad que propicia determinados mecanismos de defensa o de afrontamiento, búsqueda de satisfacción de necesidades y obtención de respuestas por medio del cuerpo y de la posterior aparición de conflictos que devienen en malestares físicos y deterioros orgánicos con un intrínseco antecedente psicológico, como lo confirma nuestro modelo al mostrar que la carga psicológica explica un 46% de la severidad psicósomática como ya ha sido mencionado, lo que también se demuestra en las importantes correlaciones entre malestares y carga psicológica.

En este sentido, se establece con estos resultados, que la presencia de malestares psicósomáticos obedece a una serie de factores que interactúan entre sí, de manera que no es posible identificar una sola causa de la elección del síntoma como respuesta del individuo. Cabe indicar aquí que el aporte de la biología y la genética no se pueden obviar cuando se trata el tema de la somatización, no obstante, en nuestra muestra no se pudo captar el aporte de las variables riesgo perinatal y vulnerabilidad en la primera infancia ya que la variabilidad no fue suficiente como para identificar algún peso explicativo de las mismas, esto podría deberse a que la red de salud en la que se encuentra inserta la muestra estudiada es muy similar y tiende a sostener a la madre y al niño/a en todo el proceso perinatal y postnatal, pretendiendo reducir posibles riesgos en la primera infancia.

Finalmente, se hace énfasis en la clara influencia y relevancia de las variables psicológicas en los malestares psicósomáticos, los cuales en un principio podrían pensarse físicos pero que al realizar un escrutinio exhaustivo de los mismos se visualiza con facilidad la multifactorialidad a la que se inclina este trabajo y la que quedó reflejada en los resultados.

LIMITACIONES E IMPLICACIONES DE LOS HALLAZGOS

Una de las limitaciones de este estudio es que no se contó con la oportunidad de consultar a la muestra sobre algunos elementos que se saben son aspectos que aportan a la explicación de la presencia de malestares psicosomáticos, por ejemplo, la edad de la menarquía es un dato que resultaría interesante incluir en estudios de este tipo, ya que se ha observado una relación entre la presencia diferencial de malestares psicosomáticos por sexo y la menstruación.

Además, otro dato que no fue posible recolectar y que se considera pertinente profundizar, es el tema de la convivencia del padre y la madre, puesto que algunos estudios apuntan a que el hecho de que la madre y el padre vivan juntos tiene implicaciones en el tipo de relación que establecen con el hijo o la hija, por lo que, indagar sobre la convivencia y la relación entre los padres podría aportar datos interesantes a investigaciones que sigan la línea de interacción padre/madre- hijo(a) y presencia de malestares psicosomáticos.

También partiendo de la multifactorialidad resulta necesario indagar en otros factores que en esta investigación no se pudo profundizar, como es el caso del factor socioeconómico, estilos de afrontamiento, estilos de apego, entre otros.

Otra limitante que se presentó en este estudio, es el que la interacción padre/madre- hijo (a) reportada por los padres y madres no fue de gran utilidad pues los datos no mostraron suficiente confiabilidad para ser utilizados, sin embargo, se sigue considerando importante involucrar la perspectiva materna y paterna en el tema de la crianza, pues son actores protagonistas en la misma y por ende, su aporte a este tipo de investigaciones debería estar en

primera línea, al lado de la perspectiva de los/las hijos(as). Por lo que resulta necesario apuntar esfuerzos hacia la adaptación y mejora de instrumentos de este tipo.

Además, sería pertinente replicar este tipo de investigaciones en muestras clínicas en comparación con muestras no clínicas como la nuestra, de manera que se obtengan datos que permitan contrastar la percepción de los niños y las niñas respecto a su salud física y su ajuste psicológico, en relación con aquellos niños y niñas que ya han sido diagnosticados, esto a su vez permitiría estudiar la sensibilidad de los instrumentos ante el reporte de malestares psicosomáticos.

Igualmente se tornaría enriquecedor para el conocimiento, estudios que pretendan análisis de los malestares psicosomáticos en específico y no por agrupaciones, esto con miras a establecer prevalencias, diferencias y comportamientos de dichos malestares en hombres y mujeres así como por grupos de edad, con el fin de registrar posibles cambios dependiendo de las variables de género y edad en determinados malestares.

Ahora bien, es importante rescatar del estudio, que los niños y las niñas lograron reportar de forma confiable acerca de su calidad de vida, el estrés, la ansiedad, la depresión y los malestares físicos que pueden estar experimentando, lo cual brinda insumos a otras investigaciones en tanto estos datos no deben estar sujetos necesariamente a la percepción de los padres y madres acerca de la vivencia de sus hijos/as, por el contrario, se puede establecer un contacto directo con la población que se quiere estudiar y arrojar resultados acerca del reporte de ellos/as mismos/as.

Cabe resaltar que los hallazgos de la presente investigación son un llamado de atención a todo el personal que trabaja en el campo de la salud, tanto desde una perspectiva médica como psicológica puesto que la línea entre cuerpo-mente es tan sutil que no debería asumirse como una división rígida, ya que mecanismos de uno y otro se mezclan e interaccionan generando reacciones tanto a nivel corporal como psicológico, por lo que no debería mantenerse un posicionamiento en una u otra perspectiva e ignorar lo demás.

Partiendo de lo anterior, los alcances del presente estudio apuntan al desarrollo de perspectivas que contemplen los factores ambientales, sociales y psicológicos como elementos que influyen evidentemente en la instauración de determinados malestares psicosomáticos, lo que supone también un enfoque en el que se considere la seriedad de las repercusiones que tienen a nivel orgánico las variables psicológicas y sociales abordadas aquí.

A su vez, nuestros resultados promueven una revisión de los estilos parentales de crianza y de los ambientes familiares que podrían representar un riesgo para la salud tanto física como psicológica de los niños y las niñas, inclinándose de esta forma a una prevención y formación al respecto. De igual forma, los resultados propician un acercamiento a dichos estilos parentales de crianza cuando constituyen una herramienta de sostén y protección ante una potencial vulnerabilidad a desarrollar malestares psicosomáticos.

Finalmente, el presente trabajo queda como premisa para el diseño de intervenciones a futuro, en caso de que los temas abordados aquí sean objeto de estudio en posteriores investigaciones a nivel nacional, lo que nutriría aún más el conocimiento y abriría campos de abordaje dentro

del país, haciéndose énfasis nuevamente en la necesidad de una intervención en la cual la perspectiva psicológica tenga un peso importante.

REFERENCIAS

- Aguilar, I. y Salazar, Z. (1984). *Relaciones de sujetos con neurodermatitis, sujetos sanos y sujetos considerados tradicionalmente psicósomáticos, con respecto a variables sociodemográficas y de hábitos de vida, síntomas orgánicos y factores emocionales*. Tesis para optar al grado de Licenciatura en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica.
- Aro, H. y Taipale, V. (1987). The impact of timing of puberty on psychosomatic symptoms among fourteen to sixteen year old finnish girls. *Child Development*, 58, 261-268.
- Attanasio, V., Andrasik, F., Blanchard, E. B. y Arena, J.G. (1984). Psychometric properties of the SUNYA revision of the psychosomatic symptom checklist. *Journal of Behavioral Medicine*, 7 (2), 247-257.
- Baeza, C., Bulbena, A., Fénérier, C., Gély, M. (2011). Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud*, 21 (2), 227-237
- Becerra, S., Roldán, W. y Aguirre, M. (2008). Adaptación del cuestionario de crianza parental (PCRI-M) en Canto Grande. *Pensamiento Psicológico*, 4 (11), 135-150.
- Berntsson, L. y Gustafsson, J. (2000). Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 283-293.
- Berntsson, L.T. y Köhler, L. (2001). Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2-17 years in the five Nordic countries: comparison between 1984 and 1996. *European Journal of Public Health*, 11 (1), 35-42
- Berntsson, L., Köhler, L. y Gustafsson, J. (2001). Psychosomatic complaints in schoolchildren: a Nordic comparison. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 44-54.
- Besiroglu, L., Akdeniz, N., Agargun, M. Y., Calka, O., Ozdemir, O. y Bilgili, S. G. (2009). Childhood traumatic experiences, dissociation and thought suppression in patients with “psychosomatic” skin diseases. *Stress and Health*, 25, 121-125.

- Bombardier, C., Gorayeb, R., Jordan, J., Brooks, W. B. y Divine, G. (1991). The utility of the psychosomatic symptom checklist among hospitalized patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 14 (4), 369-382.
- Boyce, W. T., Chesney, M., Alkon, A., Tschann, J. M., Adams, S., Chesterman, B., Cohen, F., Kaiser, P., folkman, S. y Wara, D. (1995). Psychobiologic reactivity to stress and childhood respiratory illnesses: results of two prospective studies. *Psychosomatic Medicine*, 57, 411-422.
- Bradley, R. (1993). Children's home environments, health, behavior, and intervention efforts: a review using the home. *Genetic, Social y General Psychology Monographs*, 119 (4), 439-490.
- Bradley, R. H., Caldwell, B. M. y Corwyn R. F. (2003). The child care home inventories: assessing the quality of family child care homes. *Early childhood research quarterly*, 18, 294-309.
- Bradley, R. H. y Corwyn, R. F. (2005). Caring for children around the world: a view from home. *International Journal of Behavioral Development*, 29 (6), 468-478.
- Brill, S. R., Patel, D. R. y Macdonald, E. (2001). Psychosomatic disorders in pediatrics. *Indian Journal of Pediatrics*, 68 (7), 597-603.
- Burston, A., Puckering, C. y Kearney, E. (2005). At HOME in Scotland: validation of the home observation for measurement of the environment inventory. *Child: Care, Health and Development*, 31 (5), 533 – 538.
- Cox, D.J., Freundlich, A. y Meyer, R. G. (1995). Differential effectiveness of electrograph feedback, verbal, relaxation instructions, and medication placebo with tension headaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (6), 892-898.
- Cruz, S. (1990). *Determinación de la influencia de la intervención psicoterapéutica breve en niños que padecen asma bronquial crónica*. Tesis para optar al grado de Magister Scientiae, Programa de Estudios de Posgrado en Psicología, Universidad de Costa Rica.
- Daig, I., Harschbach, P., Lehmann, A., Knoll, N., Decker, O. (2009). Gender and age differences in domain-specific life satisfaction and the impact of depressive and anxiety symptoms: a general population survey from Germany. *Quality of Life Research*, 18, 669-678

- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R: administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis MN: national computer systems.
- Dise-Lewis, J. E. (1988). The life events and coping inventory: an assessment of stress in children. *Psychosomatic Medicine*, 50, 484-499.
- Dragoș, D. y Tănăsescu, M.D. (2009). The critical role of psychosomatics in promoting a new perspective upon health and disease. *Journal of Medicine and Life*, 2 (4), 343-349
- Evans, G. (2003). A multimethodological analysis of cumulative risk and allostatic load among rural children. *Developmental Psychology*, 39 (5), 924-933.
- Evans, G., Kim, P., Ting, A. H., Tescher, H. B. y Shannis, D. (2007). Cumulative risk, maternal responsiveness and allostatic load among young adolescents. *Developmental Psychology*, 43 (2), 341-351.
- Gaertner, A.E., Fite P.J., Colder C.R. (2010). Parenting and friendship quality as predictors of internalizing and externalizing symptoms in early adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 101-108
- Gerard, A. (1994). *Parent-child relationship inventory: manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Gini, G. (2007). Associations between bullying behavior, psychosomatic complaints, emotional and behavioral problems. *Journal of Paediatrics and Children Health*, 44, 492-497.
- Gómez, B. y Escobar, A. (2002). La psiconeuroinmunología: bases de la relación entre los sistemas nervioso, endocrino e inmune. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 45 (1), 22-26.
- González, M. T. y Landero, R. (2006a). Síntomas psicósomáticos y estrés en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología Social*, 21 (2), 141-152.
- González, M. T. y Landero, R. (2006b). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12 (1), 45-61.
- González, M. T. y Landero, R. (2008a). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23 (1), 7-18.

- González, M. T. y Landero, R. (2008b). Síntomas psicosomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia UANL*, 11 (4), 403-410.
- González, M. T., Landero, R. y García, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicosomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25 (2), 141-145.
- González, M. T., Landero, R. y Tapia, A. (2007). Percepción de salud, cansancio emocional y síntomas psicosomáticos en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 13 (1), 66-75.
- Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B. y Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: a world health organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154 (7), 989-995.
- Hagekull, B. y Bohlin, G. (2004). Predictors of middle childhood psychosomatic problems: an emotion regulation approach. *Infant and Child Development*, 13, 389-405.
- Hastings, P. D. y De, I. (2008). Special section: emotion socialization in preschoolers. Parasympathetic regulation and parental socialization of emotion: biopsychosocial processes of adjustment in preschoolers. *Social Development*, 17 (2), 211-238.
- Haug, T. T., Mykletun, A. y Dahl, A. A. (2004). The association between anxiety, depression and somatic symptoms in a large population: the hunt-ii study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 845-851.
- Hidetaka, T., Tamai, H., Terashima, S., Takenaka, Y. y Tanaka, T. (2000). Psychosocial factors affecting psychosomatic symptoms in Japanese schoolchildren. *Pediatrics International*, 42, 354-358
- Hjern, A., Alfvén, G. y Östberg, V. (2008). School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatrica*, 97, 112-117.
- Keller, H. (2000). Human parent-child relationships from an evolutionary perspective. *American Behavioral Scientist*, 43 (6), 957-969.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F. y Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 537-547.
- Knishkowsky, B., Palti, H., Tima, C., Adler, B. y Gofin R. (1995). Symptom clusters among young adolescents. *Adolescence*, 30 (118), 351-362

- Kovacs, M. (1985). The children`s depression inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21 (4), 995-998.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, 64, 258-266.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Coping and Adaptation*. New York: Springer.
- Lesse, S. (1981). Hypochondriacal and psychosomatic disorders masking depression in adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 35 (3), 356 – 367.
- Leza, J. C. (2005). Mecanismos de daño cerebral inducido por estrés. *Ansiedad y Estrés*, 11 (3), 123-140.
- Lieb, R., Zimmermann, P., Friss, R., Hofler, M., Tholen, S. y Wittchen, H. (2002). The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *European Psychiatry*, 17 (6), 321–331.
- Luecken, L. y Lemery, K. (2004). Early caregiving and physiological stress responses. *Clinical Psychology Review*, 24, 171-191.
- López, J. y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7 (2), 73-93.
- Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behavior, Research and Therapy*, 33 (3), 335-342.
- Maunder, R. G. y Hunter, J. H. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556-567.
- Osika, W., Friberg, P. y Wahrborg, P. (2007). A new short self-rating questionnaire to assess stress in children. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14 (2), 108-117.
- Ostrov,E., Offer, D., y Howard, K. (1989). Gender differences in adolescent symptomatology: a normative study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28 (3), 394-398

- Ramos, V., Rivero, R., Piqueras, J. A., García, L. G. y Oblitas, L. A. (2008). Psiconeuroinmunología: conexiones entre sistema nervioso y sistema immune. *Suma psicológica*, 15 (1), 115-142.
- Rask, C. U., Christensen, M. F., Borg, C., Sondergaard, C., Thomsen, P. H. y Fink, P. (2009). The soma assessment interview: new parent interview on functional somatic symptoms in children. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 455-464.
- Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Erhart, M., Gosch, A., Rajmil, L., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. y the European KIDSCREEN Group (2007). The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of Life Research*, 16, 1347-1356.
- Pedreira, J.L. y Osorio, F. (1981). El síntoma psicossomático en la infancia: valoración psicodinámica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1, 81-93
- Pedreira, J.L., Palanca, I., Sardinero, E., Martín, L. (2001). Los trastornos psicossomáticos en la infancia y la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 3 (1), 26-51
- Rhee, H., Holditch-Davis, D. y Miles, M. (2005). Patterns of physical symptoms and relationships with psychosocial factors in adolescents. *Psychosomatic Medicine*, 67, 1006 – 1012.
- Roa, L. y Del Barrio, v. (2001). Adaptación del cuestionario de crianza parental (PCRI-M) a población española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33 (3), 329-341.
- Robitail, S., Simeoni, M. C., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Bruil, J., Auquier, P. y European KIDSCREEN Group (2006). Validation of the european proxy KIDSCREEN-52 pilot test health-related quality of life questionnaire: first results. *Journal of Adolescent Health*, 39, 596.e1–596.e10.
- Russek, L. G., Schwartz, G. E., Bell, I. R. y Baldwin, C. M. (1998). Positive perceptions of parental caring are associated with reduced psychiatric and somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60, 654-657.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1), 141 -157.

- Santalahti, P., Aromaa, M., Sourander, A., Helenius, H. y Piha, J. (2005). Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Pediatrics*, 115 (4), 434-442.
- Sattler, J. M. y Hoge, R. D. (2006). *Assessment of Children*. Behavioral, social, and clinical foundations (5^{ta} ed.). California: Jerome M. Sattler.
- Simon, G., Gater, R., Kisely, S. y Piccinelli, M. (1996). Somatic symptoms of distress: an international primary care study. *Psychosomatic Medicine*, 58, 481- 488.
- Smith, M. (1969). *Las enfermedades psicosomáticas y su relación con el trabajo, la educación y el ambiente familiar*. Tesis para optar al grado de licenciatura en servicio social, Escuela de Servicio Social, Universidad de Costa Rica.
- Szabó, M. (2009). The short version of the depression anxiety stress scales (DASS-21): factor structure in a young adolescent sample. *Journal of Adolescence*, 30, 1-8.
- Tamada, T. (2005). The influence of sex differences and social environment on the occurrence of psychosomatic disorders. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26 (1), 1
- Taylor, G. J. (2002). Mind-body-environment: George Engel's psychoanalytic approach to psychosomatic medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36 (4), 449-457.
- Totsika, V. y Sylva, K. (2004). The home observation for measurement of the environment revisited. *Child and adolescent mental health*, 9 (1), 25-35.
- Urzúa, A., Cortés, E., Prieto, L., Vega, S. y Tapia, K. (2009a). Auto-reporte de la calidad de vida en niños y adolescentes escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80 (3), 238-244.
- Urzúa, A., Cortés, E., Prieto, L., Vega, S. y Tapia, K. (2009b). Propiedades psicométricas del cuestionario de auto reporte de la calidad de vida KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 83-92.
- Vera, P. E. y Buela, G. (1999). Psiconeuroinmunología: relaciones entre los factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31 (002), 271-289.

- Von Uexküll, T. (1979). *Lehrbuch der psychosomatischen medizin*. Munhen: urban y schwarzenberg.
- Warren, S. F y Brady, N. C. (2007). The role of maternal responsivity in the development of children with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 13 (3), 247-261.
- Willie, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U. y the BELLA study group. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1 (17), 133-147.
- Wisniewski, J., Naglieri, J. y Mulick, J. (1988). Psychometric properties of a children's psychosomatic symptom checklist. *Journal of behavioral medicine*, 11 (5), 497 – 507.
- Wright, L. (1978). Assessing the psychosomatic status of children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7 (2), 94-112.

ANEXOS

Anexo 1. *Consentimiento informado para madres/padres de niños(as) participantes.*

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO**

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Teléfono: (506)2511-5561

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

PROYECTO:

Estructuras de covarianza entre estilos parentales percibidos, malestares psicosomáticos y calidad de vida asociada a la salud reportado por un grupo de niños y niñas entre los 8 y los 16 años de edad

Código del proyecto:

Nombre de las investigadoras principales: Andrea Molina Ovares y Karla Salazar Sánchez

Nombre del participante: _____

- A. Propósito del proyecto:** este proyecto final de graduación es realizado por Andrea Molina Ovares y Karla Salazar Sánchez, estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica. El objetivo es estudiar la relación entre la forma cómo se relacionan madre/padre-hijo(a), la calidad de vida, el estrés y la presencia de malestares psicosomáticos (malestares físicos asociados con factores psicológicos) en niños(as) y adolescentes.

- B. ¿Qué se hará?:** en caso de que acepte la participación en la investigación, a su hijo (a) se le aplicarán unos cuestionarios sobre la salud y la relación con la madre y/o el padre, lo mismo se llevará a cabo en la institución educativa, por lo que **NO** se necesitará que su hijo (a) salga de la institución.

Además, usted como padre/madre estará encargado(a) de completar un cuestionario sobre la historia de salud de su hijo (a) y cómo percibe su rol parental, para lo cual se acordará una fecha y lugar de conveniencia tanto para usted como para las investigadoras.

C. Riesgos:

1. La participación en este estudio no implica ningún riesgo para el o la participante. Sin embargo, el (la) participante podría aburrirse mientras se completa el cuestionario. Si esto ocurriera, las evaluadoras suspenderán la sesión.
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de este estudio, las investigadoras participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

- D. Beneficios:** como resultado de su participación en este estudio, ni usted ni su hijo (a) obtendrán ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que las investigadoras aprendan más acerca de la relación entre la forma como se relaciona la madre con su hijo (a) y la salud del hijo (a) y este conocimiento beneficie a otras personas en el futuro.

- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con el Dr. Domingo Campos Ramírez al teléfono 2511-5567, director de este trabajo final de graduación o con alguna de las investigadoras sobre este estudio (Andrea Molina Ovares, al teléfono 8886-0016 o Karla Salazar Sánchez al teléfono 8817-8497) y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, al teléfono 2511-5561 (de 8 a.m. a 4 p.m.). Además, puedo consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación a la dirección de regulación de salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

- F.** Recibiré una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.

- G.** Su participación y la de su hijo (a) en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención en la institución en la que se le contactó.

- H.** Su participación en este estudio es confidencial, esto quiere decir que nunca se dirá su nombre ni el de su hijo (a), ni tampoco se publicaran datos que juntos puedan identificarlo (a) a usted o a su hijo (a). Los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima, es decir, los nombres y demás datos personales nunca serán publicados.
- I.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

Consentimiento²

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto (padre / madre) Fecha

Nombre del (la) niño(a) / adolescente participante Fecha

Nombre, cédula y firma del investigador/a que solicita el consentimiento Fecha

² Nueva versión FCI – Aprobado en sesión del Comité Ético Científico (CEC) No. 149 realizada el 4 de junio de 2008.
Celm-form.consent-inform 06-08

Anexo 2. Asentimiento informado para participantes entre 12 y 18 años

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Teléfono: (506)2511-5561

Teléfonos:(506) 2211-5006 Telefax: (506) 224-9367

FÓRMULA DE ASENTIMIENTO PARA NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 12 AÑOS³

(Para ser sujeto de investigación)

PROYECTO:

Estructuras de covarianza entre estilos parentales percibidos, malestares psicosomáticos y calidad de vida asociada a la salud reportado por un grupo de niños y niñas entre los 8 y los 16 años de edad

Hola, mi nombre es: _____, estoy haciendo un estudio sobre la manera en que niños, niñas y adolescentes se relacionan con sus padres, también quiero conocer acerca de la salud, el estrés y algunos malestares que las personas pueden sentir.

Quiero pasarte unos cuestionarios en donde tendrás que marcar con una X como te sentís, o qué opinas sobre algunos temas, o qué opinas de vos mismo, o sobre cosas que has hecho en las últimas semanas. Te cuento que estos cuestionarios no son exámenes o pruebas, es decir, no hay respuestas buenas o malas, lo que nos interesa conocer es tu respuesta a cada una de las preguntas.

Te garantizo que todas tus respuestas serán secretas, solo yo sabré cuales fueron las tuyas.

Debes decir si estás de acuerdo en participar en este estudio

() Sí () No

³ Nueva versión FCI – aprobado en sesión del Comité Ético Científico (CEC) N° 149 realizada el 4 de junio de 2008. CELM-Form.Consent-Form 06-08³

Si aceptas participar, contestarás voluntariamente las preguntas que te haga.

Si deseas más información sobre este estudio, puedes obtenerla llamando a Domingo Campos Ramírez al número de teléfono 25116978 (de lunes a viernes, de 8 a 12 y de 1 a 4), también puedes consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional en Salud (CONIS) al teléfono 2233-3594. Puedes hacer consultas adicionales en la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica al teléfono 2511-4201, de lunes a viernes de 8 am a 5pm.

_____ Nombre Responsable	_____ Cédula y firma	_____ Fecha
_____ Nombre del investigador/a	_____ Cédula y firma	_____ Fecha

Anexo 3. Cuestionario de antecedentes e información de la familia

Estimado(a) padre, madre o encargado(a): a continuación aparece una serie de preguntas respecto a su hijo(a) y la familia. Por favor contéstelas marcando con una equis (X) o escribiendo la información solicitada. No hay respuestas correctas o incorrectas. No olvide contestar ninguna pregunta. Muchas gracias por su colaboración.

1. Fecha de hoy _____
2. Fecha de nacimiento del niño o la niña: día _____ mes _____ año _____
3. Sexo: masculino femenino
4. Escuela o colegio _____
5. Grado/año escolar _____
6. Persona que contesta este formulario: madre padre encargado

Datos de la madre o madrastra:

7. Edad _____
8. Ocupación _____
9. Grado académico de la madre o madrastra:
 Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa
 Universidad incompleta Universidad completa Técnico
10. Estado civil de madre: Soltera Casada con el padre Unión libre con el padre
 Divorciada o separada Casada con el padrastro Unión libre con el padrastro

Datos del padre o padrastro:

11. Edad _____
12. Ocupación _____
13. Grado académico del padre o padrastro:
 primaria incompleta primaria completa secundaria incompleta secundaria completa
 universidad incompleta universidad completa técnico

Hermanos(as):

14. Número de hermanos(as) menores al niño: _____
15. Número de hermanos(as) mayores al niño: _____
16. ¿el niño o la niña está recibiendo tratamiento por algún padecimiento médico? Sí No
16.1 si es así, ¿cuál es el motivo para el tratamiento del niño o la niña? _____
17. Actualmente, ¿está el niño o la niña con alguna medicación? Sí No
17.1 si es así, indique la lista de los medicamentos o para qué son: _____

Historia médica de la familia

Marque la enfermedad o condición que cualquier familiar haya tenido. Cuando usted marca alguna, por favor escriba la relación del familiar con el (la) niño(a) (por ejemplo: abuelo, padre, tía, etc.).

<i>Enfermedad o padecimiento:</i>	<i>Relación del miembro de la familia con el(la) niño(a)</i>	<i>Enfermedad o padecimiento:</i>	<i>Relación del miembro de la familia con el(la) niño(a)</i>
<input type="radio"/> 1. Alcoholismo	_____	<input type="radio"/> 12. Maníaco depresivo	_____
<input type="radio"/> 2. Esquizofrenia	_____	<input type="radio"/> 13. Hiperactividad	_____
<input type="radio"/> 3. Tabaquismo	_____	<input type="radio"/> 14. Conducta antisocial	_____
<input type="radio"/> 4. Síndrome bipolar	_____	<input type="radio"/> 15. Enfermedades mentales	_____
<input type="radio"/> 5. Depresión	_____	<input type="radio"/> 16. Retardo mental	_____
<input type="radio"/> 6. Problemas alimenticios	_____	<input type="radio"/> 17. Enfermedades neurológicas	_____
<input type="radio"/> 7. Diabetes	_____	<input type="radio"/> 18. Distrofias musculares	_____
<input type="radio"/> 8. Problemas con drogas	_____	<input type="radio"/> 19. Problemas del sueño	_____
<input type="radio"/> 9. Problemas emocionales	_____	<input type="radio"/> 20. Intento de suicidio	_____
<input type="radio"/> 10. Epilepsia	_____	<input type="radio"/> 21. Otros problemas (describa):	_____
<input type="radio"/> 11. Enfermedad hereditaria	_____		_____

Historia del desarrollo del niño o la niña

Embarazo

1. ¿La madre tuvo algún problema durante el embarazo (ej. Sangrados, presión alta, etc.)? Sí No No sé
 - 1.1 Si es así, ¿qué tipos? _____
2. ¿Qué edad tenía la madre cuando quedó embarazada? _____
3. ¿Fue el primer embarazo? Sí No No sé
 - 3.1 Si no, ¿cuántas veces antes estuvo embarazada la madre? _____
4. Durante el embarazo, ¿la madre fumó? Sí No No Sé

- 4.1 si fue así, ¿cuántos cigarros al día? _____
5. Durante el embarazo, ¿la madre tomó bebidas alcohólicas? Sí No No Sé
- 5.1 si fue así, ¿con qué frecuencia tomó? _____
6. Durante el embarazo, ¿la madre consumió medicamentos? Sí No No Sé
- 6.1 si fue así, ¿de qué tipo o para qué eran? _____
- 6.2 ¿con qué frecuencia? _____
7. Durante el embarazo, ¿la madre estuvo expuesta a rayos x o a químicos? Sí No No Sé
- 7.1 Si fue así, ¿a qué tipo? _____
- 7.2 ¿Con qué frecuencia? _____
8. Durante el embarazo, ¿la madre estuvo expuesta a alguna enfermedad infecciosa? Sí No No Sé
- 8.1 Si fue así, ¿a cuál(es) enfermedad(es)? _____
9. Durante el embarazo, ¿la madre recibió cuidado o control prenatal ? Sí No No Sé
10. ¿El parto fue inducido, es decir, hubo algún procedimiento para provocar el nacimiento? Sí No No Sé
11. ¿Cuánto duró la labor de parto? _____
12. ¿Se utilizaron fórceps o alguna otra maniobra? Sí No No Sé
13. ¿Se realizó cesárea? Sí No No Sé
- 13.1 Si fue así, ¿por qué razón? _____
14. ¿Hubo alguna complicación durante el parto? Sí No No Sé
- 14.1 Si fue así, ¿de qué tipo? _____
15. ¿El (la) niño(a) fue prematuro(a)? Sí No No Sé
- 15.1 Si lo es, ¿por cuántas semanas? _____
16. ¿Fue necesario cuidado neonatal (apenas nació el bebé, por ejemplo, incubadora)? Sí No No Sé
17. Si fue así, ¿qué tipo de cuidado y por cuánto tiempo fue necesario? _____

Infancia

1. ¿Cuál fue el peso del niño o la niña al nacer? _____
2. ¿Hubo algún defecto de nacimiento o alguna complicación al nacer? Sí No No Sé
- 2.1 si fue así, por favor describa _____
3. Cuando estaba pequeño(a), ¿el niño o la niña tuvo algún problema de alimentación? Sí No No Sé
- 3.1 si fue así, por favor describa _____
4. Cuando estaba pequeño(a), ¿el niño o la niña tuvo algún problema de sueño? Sí No No Sé
- 4.1 si fue así, por favor describa _____
5. Cuando estaba pequeño(a), ¿el niño o la niña necesitó oxígeno? Sí No No Sé
- 5.1 si fue así, por favor describa _____
6. Cuando estaba pequeño(a), ¿el niño o la niña padeció ictericia? Sí No No Sé
- 6.1 si fue así, por favor describa _____

7. Cuando estaba pequeño(a), ¿el niño o la niña padeció infecciones? Sí No No Sé
7.1 Si fue así, por favor describa _____
8. Cuando estaba pequeño(a), ¿el niño o la niña necesitó transfusiones de sangre? Sí No No Sé
8.1 Si fue así, por favor describa _____
9. Cuando estaba pequeño(a), ¿el niño o la niña tuvo ataques, apoplejía o derrame cerebral? Sí No No Sé
9.1 si fue así, por favor describa _____
10. Cuando estaba pequeño(a), ¿el niño o la niña necesitó antibióticos? Sí No No Sé
10.1 si fue así, por favor describa _____
11. Cuando estaba pequeño(a), ¿el niño o la niña experimentó algún otro problema? Sí No No Sé
11.1 si fue así, por favor describa _____
12. Cuando estaba pequeño(a), ¿el niño o la niña era callado(a)? Sí No No Sé
13. Cuando estaba pequeño(a), ¿el niño o la niña era atento(a)? Sí No No Sé
14. Cuando estaba pequeño(a), ¿el niño o la niña tuvo un crecimiento normal? Sí No No Sé
14.1 si no fue así, por favor describa _____
15. Cuando estaba pequeño(a), ¿el niño o la niña fue significativamente diferente en algo a los hermanos?
 Sí No No Sé
15.1 si fue así, por favor describa _____
16. ¿Hubo algún otro problema en el crecimiento y desarrollo del niño o la niña durante los primeros años?
 Sí No No Sé
16.1 si fue así, por favor describa _____

Encuesta de estrés familiar⁴

Todas las familias experimentan ciertas formas de situaciones estresantes. Por favor marque con una equis (x) cada evento que usted sepa que su familia haya enfrentado *en los últimos 12 meses*.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> 1. Murió la madre del niño o la niña | <input type="radio"/> 10. El padre perdió el empleo | <input type="radio"/> 19. La familia experimentó un desastre natural (describa):
<hr/> |
| <input type="radio"/> 2. Murió el padre del niño o la niña | <input type="radio"/> 11. La madre perdió el empleo | <input type="radio"/> 20. El niño o la niña empezó a tener problemas con los padres o el cuidador |
| <input type="radio"/> 3. Murió algún hermano del niño o la niña | <input type="radio"/> 12. La familia se cambio de casa | <input type="radio"/> 21. El niño o la niña empezó a tener problemas con los(as) hermanos(as) |
| <input type="radio"/> 4. Murió alguna hermana del niño o la niña | <input type="radio"/> 13. Murió algún amigo(a) del niño o la niña | <input type="radio"/> 22. El niño o la niña empezó a tener problemas en la escuela |
| <input type="radio"/> 5. Se divorciaron los padres | <input type="radio"/> 14. el vecindario cambió para mal | <input type="radio"/> 23. El niño o la niña cambió de escuela |
| <input type="radio"/> 6. Se separaron los padres | <input type="radio"/> 15. La situación económica de la familia empeoró | <input type="radio"/> 24. Algún amigo cercano del niño o la niña se mudó lejos |
| <input type="radio"/> 7. Murió algún abuelo o abuela | <input type="radio"/> 16. Algún miembro de la familia sufrió un grave accidente | <input type="radio"/> 25. La mascota del niño o la niña murió |
| <input type="radio"/> 8. El padre o la madre se casó de nuevo | <input type="radio"/> 17. El niño o la niña fue víctima de violencia | <input type="radio"/> 26. Otras formas de estrés (escriba):
<hr/>
<hr/>
<hr/> |
| <input type="radio"/> 9. Alguien en la familia estuvo seriamente enfermo (escriba el parentesco de la persona con el niño o la niña):
<hr/> | <input type="radio"/> 18. Alguien en la familia estuvo en problemas con la ley o la policía (describa la relación de la persona con el niño o la niña):
<hr/> | |

⁴ Tomado y adaptado de: Sattler, J. & Hoge, R. (2006). *Assessment of Children: Behavioral, Social, and Clinical Foundations*. Fifth Ed. San Diego: J. Sattler, Publisher Inc

Anexo 4. Kidscreen-27 (versión para niños/as y adolescentes)

KIDSCREEN

¡Hola!

¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes? Esto es lo que queremos saber sobre ti.

Por favor, lee cada pregunta atentamente cuando pienses en tu respuesta, por favor intenta recordar la última semana, es decir, los últimos siete días. ¿Cuál es la respuesta que primero se te ocurre? Escoge la opción que creas mejor para ti y escribe una equis (X) en ella.

Recuerda: esto no es un examen. No hay respuestas correctas o incorrectas. Pero es importante que contestes todas las preguntas que puedas y que podamos ver con claridad las cruces.

No tienes que enseñar tus respuestas a nadie. Nadie más, aparte de nosotros, verá tus respuestas; serán secretas.

1. Actividad física y salud

En general, ¿cómo dirías que es tu salud?

1. Excelente Muy Buena Buena Regular Mala

Piensa en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
2. ¿Te has sentido bien y en forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido físicamente activo/a (por ejemplo, has corrido, has brincado, has andado en bici)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Has podido correr bien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Te has sentido lleno/a de energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Estado de ánimo y sentimientos

Piensa en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderada- mente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Has disfrutado de la vida?	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
2. ¿Has estado de buen humor?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Te has divertido?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Te has sentido triste?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Te has sentido solo (a)?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Has estado contento(a) con tu forma de ser?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Tu vida familiar y tu tiempo libre

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Tus padres te han tratado de forma justa, es decir, como tú crees que te lo mereces?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Has podido hablar con tus padres cuando has querido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo que quieres hacer con tus amigos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos o lo que ocupas?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

4. Tus amigos y amigas

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has pasado tiempo con tus amigos (as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Te has divertido con tus amigos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3. ¿Tú y tus amigos (as) se han ayudado unos(as) a otros (as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4. ¿Has podido confiar en tus amigos (as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. La escuela o el colegio

Piensa en la última semana...	Nada	Un poco	Moderada- mente	Mucho	Muchísimo
--------------------------------------	-------------	----------------	----------------------------	--------------	------------------

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has sentido feliz en la escuela o colegio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
2. ¿Te ha ido bien en la escuela o colegio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
--------------------------------------	--------------	-------------------	--------------------------	-------------------------	----------------

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3. ¿Has podido prestar atención en la escuela o colegio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4. ¿Te has llevado bien con tus profesores (as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 5. Kidscreen-27 (versión reporte de los padres/madres)

KIDSCREEN

Apreciados(as) madres, padres o encargados/as:

¿Cómo está su hijo(a)? ¿Cómo se siente él o ella? Esto es lo que queremos saber sobre él o ella. Por favor, conteste las preguntas como mejor pueda, intentando que sus respuestas reflejen la perspectiva de su hijo(a), es decir, responda lo que usted cree que su hijo o hija respondería a la pregunta. Cuando piense en la respuesta, por favor intente recordar la última semana, es decir, los últimos siete días.

¿Quién contesta este cuestionario?

- Madre Padre
 Madrastra o pareja del padre Padrastro o pareja de la madre
 Otro ¿quién? _____

1. Actividad física y salud del niño o la niña

En general, ¿cómo diría el niño(a) que es su salud?

1. Excelente Muy Buena Buena Regular Mala

Piense en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderada- mente	Mucho	Muchísimo
2. ¿El niño o la niña se ha sentido bien y en forma?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿El niño o la niña se ha sentido físicamente activo (por ejemplo, ha corrido, brincado, andado en bici)?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
4. ¿El niño o la niña ha corrido bien, sin ningún problema?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5. ¿El niño o la niña se ha sentido lleno(a) de energía?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

2. Estado de ánimo y sentimientos

Piense en la última semana...		Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1.	¿El niño o la niña ha disfrutado de la vida?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
Piense en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
2.	¿El niño o la niña ha estado de buen humor?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿El niño o la niña se ha divertido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4.	¿El niño o la niña se ha sentido triste?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5.	¿El niño o la niña se ha sentido tan mal que no quería hacer nada?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6.	¿El niño o la niña se ha sentido solo(a)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7.	¿El niño o la niña ha estado contento(a) con su forma de ser?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

3. La vida familiar y el tiempo libre del niño o niña

Piense en la última		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿El niño o la niña ha tenido suficiente tiempo para sí mismo?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿El niño o la niña ha podido hacer las cosas que quería en su tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿Los padres del niño o la niña han tenido suficiente tiempo para él o ella?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4.	¿Los padres del niño o la niña le han tratado de forma justa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5.	¿El niño o la niña ha podido hablar con sus padres cuando ha querido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

6.	¿El niño o la niña ha tenido suficiente dinero para hacer lo quiera hacer con sus amigos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7.	¿El niño o la niña cree que ha tenido suficiente dinero para sus gastos o lo que ocupa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

4. Amigos o amigas

Piense en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿El niño o la niña ha pasado tiempo con sus amigos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿El niño o la niña se ha divertido con sus amigos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿El niño o la niña y sus amigos(as) se han ayudado unos a otros?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4.	¿El niño o la niña ha podido confiar en sus amigos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

5. El colegio o la escuela

Piense en la última semana...		Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1.	¿El niño o la niña se ha sentido feliz en el colegio o la escuela?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2.	¿Al niño o la niña le ha ido bien en el colegio o la escuela?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piense en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3.	¿El niño o la niña ha podido prestar atención en el colegio o la escuela?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4.	¿El niño o la niña se ha llevado bien con sus profesores(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Anexo 6. Escala de respuesta emocional y verbal (versión para padres)

Respuesta emocional y verbal paterna

Piensa en el comportamiento de tu papá en las últimas semanas. Para cada una de las siguientes situaciones marca con una equis (x) cuál es la opción que mejor describe su comportamiento.

<i>Mi papá:</i>	Nunca 0	A veces 1	Muchas veces 2	Siempre 3
1.Me tiene un horario fijo en la casa (por ejemplo para las comidas, para ver tele, para hacer las tareas)	0	1	2	3
2.Cuando tengo miedo me acompaña o me deja hacer cosas como encender la luz en la noche	0	1	2	3
3.Mi papá me felicitó dos veces o más por cosas que hice	0	1	2	3
4.Me anima o impulsa a hacer las cosas solo(a)	0	1	2	3
5.Me anima a hablar en las conversaciones	0	1	2	3
6.Dice cosas buenas sobre mí cuando hay otras personas presentes	0	1	2	3
7.Me responde con ganas cuando le hago preguntas	0	1	2	3
8.Usa frases y palabras que yo entiendo bien cuando habla conmigo	0	1	2	3
9.Cuando habla conmigo o sobre mí, transmite sentimientos positivos	0	1	2	3
10.Habla sobre en lo que soy bueno(a) y en lo que soy malo(a)	0	1	2	3
11.Me dice cosas positivas sobre mí	0	1	2	3
12.Me dice cosas negativas sobre mí	0	1	2	3
13.Habla conmigo	0	1	2	3
14.Me regaña fuerte cuando no estoy de acuerdo con él	0	1	2	3

Anexo 7. Escala de respuesta emocional y verbal (versión para madres)

Respuesta emocional y verbal materna

Piensa en el comportamiento de tu mamá en las últimas semanas. Para cada una de las siguientes situaciones marca con una equis (x) cuál es la opción que mejor describe su comportamiento.

<i>Mi mamá:</i>	Nunca 0	A veces 1	Muchas veces 2	Siempre 3
1.Me tiene un horario fijo en la casa (por ejemplo para las comidas, para ver tele, para hacer las tareas)	0	1	2	3
2.Cuando tengo miedo me acompaña o me deja hacer cosas como encender la luz en la noche	0	1	2	3
3.Mi mamá me felicitó dos veces o más por cosas que hice	0	1	2	3
4.Me anima o impulsa a hacer las cosas solo(a)	0	1	2	3
5.Me anima a hablar en las conversaciones	0	1	2	3
6.Dice cosas buenas sobre mí cuando hay otras personas presentes	0	1	2	3
7.Me responde con ganas cuando le hago preguntas	0	1	2	3
8.Usa frases y palabras que yo entiendo bien cuando habla conmigo	0	1	2	3
9.Cuando habla conmigo o sobre mí, transmite sentimientos positivos	0	1	2	3
10.Habla sobre en lo qué soy bueno(a) y en lo qué soy malo(a)	0	1	2	3
11.Me dice cosas positivas sobre mí	0	1	2	3
12.Me dice cosas negativas sobre mí	0	1	2	3
13.Habla conmigo	0	1	2	3
14.Me regaña fuerte cuando no estoy de acuerdo con ella	0	1	2	3

Anexo 8. Inventario de relaciones parentales

Inventario de relaciones parentales

Estimado(a) madre-padre de familia, a continuación encontrará usted una serie de frases con opiniones, comportamientos o situaciones que les suceden a todos los padres y madres, por favor marque con una equis (x) el nivel de acuerdo o desacuerdo en que usted está en relación con el contenido de cada frase.

Por ejemplo: me divierto jugando con mi hijo o hija

1. **Muy de acuerdo:** si usted marca “*muy de acuerdo*” significa que siempre se divierte jugando con su hijo(a).
2. **De acuerdo:** si usted marca “*de acuerdo*” significa que generalmente se divierte jugando con su hijo(a.)
3. **En desacuerdo:** si usted marca “*en desacuerdo*” significa que usted casi nunca se divierte jugando con su hijo(a)
4. **En total desacuerdo:** si usted marca “*en total desacuerdo*” significa que nunca se divierte jugando con su hijo(a)

Por favor no olvide marcar su nivel de acuerdo o desacuerdo para todas las frases.

	Muy de acuerdo 1	De acuerdo 2	En des-acuerdo 3	En total des-acuerdo 4
1. Cuando mis hijos(as) están molestos por algo generalmente me lo dicen.	1	2	3	4
2. Me es difícil imponer disciplina a mis hijos(as).	1	2	3	4

3. Me resulta difícil conseguir que mis hijos(as) hagan lo que les digo.	1	2	3	4
4. Los padres tienen que proteger a sus hijos(as) de todo lo que los puede hacer infelices.	1	2	3	4
5. Si tengo que decir “no” a mis hijos(as), siempre les explico el por qué.	1	2	3	4
6. Mis hijos(as) son más difíciles de educar que la mayoría de los niños(as).	1	2	3	4
7. Sólo por la expresión del rostro de mis hijos(as) puedo decir cómo se sienten.	1	2	3	4
8. Cedo en algunas cosas con mis hijos(as) para evitar que hagan un berrinche.	1	2	3	4
9. Mis hijos(as) me cuentan a menudo cosas de ellos/as y de los amigos(as).	1	2	3	4
10. Logro poner límites a mis hijos(as).	1	2	3	4
11. A los niños y las niñas se les debería dar la mayoría de las cosas que quieren.	1	2	3	4
12. Mis hijos(as) pierden a menudo el control.	1	2	3	4
13. Creo que puedo hablar con mis hijos(as) en su propio nivel.	1	2	3	4
14. Me gustaría que mis hijos(as) no me interrumpieran cuando hablo con otros.	1	2	3	4
15. Los padres deberían dar a sus hijos(as) todo lo que ellos mismos no tuvieron.	1	2	3	4
16. Como padre o madre, generalmente me siento bien.	1	2	3	4
17. Me afecta la idea de que mis hijos(as) se hagan grandes.	1	2	3	4
18. Mis hijos(as) pueden estar seguros(as) de que yo los escucho.	1	2	3	4
19. A menudo pierdo la paciencia con mis hijos(as).	1	2	3	4

20. Mis hijos(as) saben con qué cosas pueden enojarme.	1	2	3	4
21. Los padres deberían cuidar siempre qué clase de amigos tienen sus hijos(as).	1	2	3	4
22. Cuando mis hijos(as) tienen un problema, generalmente me lo comentan.	1	2	3	4
23. Los adolescentes tienen la suficiente edad para decidir por sí mismos sobre la mayor parte de las cosas.	1	2	3	4
24. Mis hijos(as) no me cuentan sus secretos.	1	2	3	4
25. Algunas veces me cuesta decir “no” a mis hijos(as).	1	2	3	4
26. Ya no tengo la relación tan cercana que tenía con mis hijos(as) cuando eran pequeños(as).	1	2	3	4
27. Es mejor conversar las situaciones con los niños(as) que sólo decirles lo que deben de hacer.	1	2	3	4
28. A menudo amenazo a mis hijos(as) con castigarles pero al final no lo hago.	1	2	3	4
29. Algunas personas dicen que mimo (chineo) demasiado a mis hijos(as).	1	2	3	4
30. Me preocupa mucho que mis hijos(as) se hagan daño.	1	2	3	4
31. Me cuesta mucho darle independencia a mis hijos(as).	1	2	3	4

Anexo 9. Lista de malestares psicossomáticos

Lista de malestares psicossomáticos

Instrucciones

A continuación se presentan algunos malestares que todos podemos sentir a veces. Queremos saber, en tu caso, "**¿cuántas veces tienes estos malestares?**" Y "**¿qué tan mal te sientes cuando los tienes?**".

Lee todos los malestares con atención y encierra en un círculo el número que mejor te describa, entonces:

- Encierra un número del cuadro donde dice "**¿cuántas veces tienes?**" para mostrar qué tan a menudo tienes ese malestar y un número del cuadro donde dice "**¿qué tan mal te sientes cuando lo tienes?**" Para mostrar qué tan mal.

Recuerda que para cada malestar hay que marcar dos cuadros, uno "¿cuántas veces?" Y otro "¿qué tan mal?", no olviden marcar ninguno.

	¿Cuántas veces tienes?	¿Qué tan mal te sientes cuando lo tienes?
1) Dolor de cabeza	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
2) Dolor de espalda	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
3) Dolor de estómago	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
4) Me cuesta dormir	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema

5) Me siento muy cansado(a)	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
6) Siento ganas de vomitar	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
7) Siento el corazón latiendo muy rápido sin ninguna razón o ningún motivo.	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
8) Me siento mareado(a)	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
9) Me siento muy débil	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
10) Me arde la boca del estómago	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
11) Tengo ataques de asma	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
12) Siento duro el estómago y me duele	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
13) Me da diarrea	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
14) Me cuesta ir al servicio sanitario	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema

15) Siento que me desmayo	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
16) Pierdo el equilibrio	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
17) Tengo muchos gases	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
18) Siento los brazos o las piernas dormidas	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
19) Me pica mucho la piel	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
20) Cuando toco algunas cosas con la piel se irrita o pone roja	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema
21) Alguna parte del cuerpo se me mueve sola	4 - todos los días 3 - algunas veces a la semana 2 - una vez a la semana 1 - una vez al mes 0 - nunca	4 - demasiado mal 3 - muy mal 2 - mal 1 - no muy mal 0 - no es un problema

Anexo 10. DASS – 21

DASS – 21

Instrucciones: para cada una de las siguientes frases, por favor marca con una equis (x) la respuesta que mejor indica cómo has estado y cómo te has sentido durante las últimas semanas. Recuerda que, no hay respuestas correctas o incorrectas. No te detengas mucho tiempo en una sola frase. Por favor no dejes ninguna sin marcar.

Durante las últimas dos semanas:

1. He sentido la boca muy seca.
 No, nunca algunas veces bastantes veces siempre
2. Me ha costado respirar bien.
 No, nunca algunas veces bastantes veces siempre
3. Tuve comportamientos muy exagerados o reaccioné muy fuerte.
 No, nunca algunas veces bastantes veces siempre
4. Me he sentido intranquilo(a) o inquieto(a).
 No, nunca algunas veces bastantes veces siempre
5. Me sentí muy nervioso(a).
 No, nunca algunas veces bastantes veces siempre
6. Sentí que estaba muy sensible y delicado(a).
 No, nunca algunas veces bastantes veces siempre
7. Me sentí asustado(a) sin ninguna razón o sin ningún motivo.
 No, nunca algunas veces bastantes veces siempre
8. Me costaba estar calmado(a).
 No, nunca algunas veces bastantes veces siempre
9. Me palpitaba o latía mucho el corazón sin ninguna razón o sin ningún motivo.
 No, nunca algunas veces bastantes veces siempre
10. Sentí que estuve cerca de entrar en estado de pánico (terror o miedo exagerado)
 No, nunca algunas veces bastantes veces siempre
11. Sentía que todo me estorbaba o molestaba.
 No, nunca algunas veces bastantes veces siempre
12. Me sentía muy agitado(a).
 No, nunca algunas veces bastantes veces siempre
13. Estaba preocupado(a) de hacer el ridículo o avergonzarme.
 No, nunca algunas veces bastantes veces siempre
14. Sentí temblores en los pies o en las manos.
 No, nunca algunas veces bastantes veces siempre

Anexo 10. CDI



Fecha: / /

Grado: _____

Nombre: _____

CDI

INSTRUCCIONES

A veces los niños y las niñas tienen diferentes sentimientos e ideas. Te voy a presentar un grupo de oraciones y quiero que escojas la que mejor te describa durante las últimas semanas. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo tienes que escoger la que mejor describa la forma en que te has sentido últimamente.

- Lees libros todo el tiempo
- Lees libros de vez en cuando
- Nunca lees libros

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE

CDI

Decime cuál de las oraciones te describe mejor. Recuerda escoger las oraciones que describen tus sentimientos e ideas de las últimas semanas.

1

- De vez en cuando estás triste
- Muchas veces estás triste
- Estás triste todo el tiempo

2

- Nada te sale bien
- No estás seguro de que las cosas te saldrán bien
- Las cosas te saldrán bien

3

- Haces bien la mayoría de las cosas
- Haces mal muchas cosas
- Todo lo haces mal

4

- Te divertís con muchas cosas
- Te divertís con algunas cosas
- Nada es divertido

5

- Todo el tiempo te sentís mal
- Muchas veces te sentís mal
- De vez en cuando te sentís mal

6

- De vez en cuando piensas acerca de cosas malas que te pasan
- Te preocupas por las cosas malas que te sucederán
- Estas seguro de que te sucederán cosas terribles

7

- Odias como sos
- No te gusta como sos
- Te gusta como sos

8

- Todas las cosas malas son tu culpa
- Muchas cosas malas son tu culpa
- Algunas cosas malas son tu culpa

9

- No piensas en matarte
- Piensas en matarte pero no crees que lo harías
- Algunas veces has pensado seriamente en matarte

10

- Las cosas te molestan todo el tiempo
- Las cosas te molestan muchas veces
- Las cosas te molestan de vez en cuando

11

- Te gusta estar con las personas
- Muchas veces no te gusta estar con las personas
- No te gusta estar con las personas

12

- Todos los días tienes ganas de llorar
- Muchos días tienes ganas de llorar
- De vez en cuando tienes ganas de llorar

13

- No sabes lo que quieres hacer
- Te es difícil saber lo que quieres hacer
- Fácilmente sabes lo que quieres hacer

14

- Te ves bien
- Hay algunas cosas de tu apariencia que no te gustan
- Sos feo/a

15

- Todo el tiempo tienes que obligarte a ti mismo(a) a hacer el trabajo de la escuela o colegio
- Muchas veces tienes que obligarte a ti mismo(a) a hacer el trabajo de la escuela
- Hacer el trabajo de la escuela no es un problema para vos

Recuerda describe como has estado en las últimas semanas

16

- Todas las noches tienes problemas para dormir
- Muchas noches tienes problemas para dormir
- Pocas noches tienes problemas para dormir

17

- De vez en cuando estás cansado(a)
- Muchos días estás cansado(a)
- Estas cansado(a) todo el tiempo

18

- La mayoría de los días no tienes ganas de comer
- Algunos días no te sientes con ganas de comer
- Comes muy bien

19

- No te preocupas por los dolores de tu cuerpo
- Muchas veces te preocupas por los dolores
- Todo el tiempo te preocupas por los dolores de tu cuerpo

20

- No te sientes solo(a)
- Muchas veces te sientes solo(a)
- Te sientes solo(a) siempre

21

- Nunca te diviertes en la escuela
- De vez en cuando te diviertes en la escuela
- Muchas veces te diviertes en la escuela

22

- Tienes muchos amigos(as)
- Tienes algunos amigos(as), pero quisieras tener más
- No tienes ningún amigo(a)

23

- Tu trabajo de la escuela va bien
- En la escuela no te va tan bien como antes
- Te va muy mal en las asignaturas o materias en que casi siempre te iba bien

24

- Nunca podrás hacer las cosas tan bien como las hacen otros niños(as)
- Si quieres, puedes hacer las cosas tan bien como los otros niños(as)
- Haces las cosas tan bien como lo hacen los otros niños(as)

25

- Casi siempre haces lo que te dicen
- A veces haces lo que te dicen
- Nunca haces lo que te dicen

26

- Realmente nadie te quiere
- No estás seguro si alguien te quiere
- Estás seguro de que alguien te

27

- Te llevas bien con las personas
- Muchas veces tienes peleas con las personas
- Todo el tiempo tienes problemas con las personas