psiquiatria.com

Prevalencia de los síntomas de trastornos conductuales en los niños y niñas preescolares catalanes: relación niño/a, padres y variables familiares.

FUENTE: PSIQUIATRIA.COM. 2001; 5(2)

Mª Claustre Jané*, Ferrand Viñas, Nelson Araneda*, Sergi Valero* y Edelmira Domènech-Llaberia***
* Unitat de Psicopatologia Clínica Infanto-Juvenil. Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona (España).
** Universitat de Girona (España).

Correspondencia:
Ma. Claustre Jané i Ballabriga
Edelmira Domènech-Llaberia
Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social
Facultat de Psicologia
Campus de Bellaterra
Edifici B
Universitat Autònoma de Barcelona
08193 Bellaterra, Barcelona (España).
Tel.: 93 581 11 66 / 93 581 27 78
Fax: 93 581 21 25
E-mail: mjane@seneca.uab.es

RECONOCIMIENTOS: Este trabajo ha sido realizado dentro del proyecto de Fondos de Investigación Sanitaria Ref.: 99/1199.

PALABRAS CLAVE: Prevalencia, Problemas conductuales, Niños/as preescolares, Variables del niño/a, padres y familia.

KEYWORDS: Prevalence of behavioral symptoms in catalan preschool children: relationship of child, parent, and family variables.)

Resumen

Objetivo: Hallar la prevalencia de los trastornos de conducta en la población general catalana de 3,4 y 5 años en base a los informes de los padres. Se examinará también las relaciones existentes entre el niño/a, los padres y las variables familiares en presencia de altas puntuaciones en los instrumentos de evaluación conductual. Método: La muestra se tomó de los niños y niñas que vivían en la ciudad de Sabadell (Vallès Occidental, Barcelona) en octubre de 1996. La población de preescolares en dicha área era (N= 5865). Se realizó un muestreo por conglomerados y se seleccionaron 1006 niños/as preescolares. Se solicitó a los padres que completaran una serie de cuestionarios (CBCL, Achenbach y Edelbrock, 1983; Cuestionario de informació demogràfica, Cuestionario de acontecimientos vitales y de relaciones familiares). Los datos informados por los padres fueron analizados con el paquete estadístico SPSS. Se calculó la prevalencia en base a la información del CBCL para la muestra completa. Se considero "caso" el niño/a que obtenía una puntuación en el CBCL T = 70 en la puntuación total. Finalmente, se analiza las relaciones entre las variables del niño/a, de los padres y de la familia mediante una análisis de varianza (ANOVA). Resultados: Se obtiene una prevalencia del 3,68% de problemas conductuales. El análisis estadístico indica que no existen diferencias ni por sexo ni por edad. Se obtienen una Odds ratio significativa entre problemas de conducta en los niños/as y depresión materna (odds= 5.72) y entre haber sufrido una intervención quirúrgica y presentar problemas de conducta (odds= 2.83). El análisis de varianza fue significativo en aquellas familias de nivel socioeconómico bajo (F= 7.226; p < .0005).

Abstract

Objective: We present the prevalence among a comunity sample of 3, 4 and 5-years-old Catalan children of behavioral problems found in a parent-completed checklist of child behavior, and examine the relationship between child, parent, and family variables and the presence of high scores on the behavior checklist. Method: The sample was drawn in october 1996 from children in the Sabadell city (Vallès Occidental, Barcelona). This area encompasses over (N= 5865) preschool children. The sampling selection was done by stratified, clustered and random sampling. A total of 1006 children aged 3-5 was selected. The parent were requested to complete a battery of questionnaires {CBCL 4/18 (Achenbach & Edelbrock, 1983); demographic information; Life-events and reports of family relations}. Data from the parent-reported was analyzed using the statistical package SPSS. Prevalence rates for the CBCL data could be calculated for entire sample. Child was considered a "case" based on CBCL data if he or she obtained a score at or above Tscores³70 in CBCL total scores behavior. Finally, association of the remaining child, parent and family variables with behavior checklist scores was addressed using variance analysis (ANOVA). Results:The rates of disorders on the total behavior problems scale was 3.68%. Statistic analysis indicated no sex and age differences for overall rates. Significant Odds ratios for CBCL total behavior problems scale were obtained for depressive mother (odds=5.72) and surgical interventions (odds=2.83). ANOVA analysis was significant in minority family status (F= 7.226; p<.0005). Key Words: Prevalence, Behavioral Problems, Preschool children, Child, Parents and Family variables.

This research is supported by grant Nº 99/1199 the "Fondos de Investigación Sanitaria" (FIS).

Introduccción

En los últimos años se ha producido en nuestro país una alarma social generalizada a cerca de los problemas de conducta de los escolares y de los adolescentes. Han salido a la luz pública multitud de acontecimientos protagonizados por escolares y adolescentes que han hecho mella en todos los estamentos sociales del país. En el ámbito escolar, día a día los educadores alertan de la alta frecuencia de conductas agresivas y delictivas protagonizadas por sus alumnos en el mismo marco escolar.

La definición de los trastornos de conducta en los niños pequeños debería incluir cuatro factores: 1) presencia de un patrón o constelación de síntomas; 2) El patrón de síntomas debe de mostrar una cierta estabilidad que va más allá de un ajuste transitorio por estrés o cambio; 3) este grupo de síntomas deberá ser evidente en distintos lugares y con personas diferentes de los padres y 4) el patrón de síntomas deberá ser suficientemente severo para afectar el funcionamiento normal del niño (Campbell, 1990).

Importantes estudios prospectivos han evidenciado que los niveles altos de problemas de conducta en el período preescolar son altamente predictivos de este tipo de problemas de los 7 años en adelante (Campbell, Ewing, 1990; Egeland, Kalkoska, Gottesman, Ewing, 1990; McGee, Silva, Williams, 1984; Richman, Stevenson, Graham, 1982; Rose, Rose, Feldman, 1989). Los estudios longitudinales llevados a cabo indican así mismo que los problemas de conducta detectados en la edad preescolar persisten en la edad escolar insistiendo en el hecho que la estabilidad de los problemas de conducta es particularmente alta para aquellos preescolares que muestran problemas de conducta en distintos ámbitos como por ejemplo la escuela y la familia (August, McDonald, Redmuto y Skara, 1996; Egeland, Kalkoska, Gottesman, Ewing, 1990; Egeland y Ogawa, 1996; Moffit,; Quay, 1986).

Una de las quejas más frecuentes expresadas por los padres de niños/as preescolares son los trastornos de conducta (Gordon, Schroeder y Hawk, 1992). Los problemas de conducta más tempranos detectados por los padres son la hiperactividad de 1 a 2 años, la obstinación alrededor de los 3-4 años, seguido de los problemas de atención a los 4-5 años, crueldad hacia los animales a los 5 años y fuertes conductas oposicionistas unidas a mentiras, robos y conductas incendiarias alrededor de los 6 años (Loeber, Green, Lahey, Christ y Frick, 1992).

En los niños/as preescolares la conducta oposicionista y agresiva se caracteriza por la desobediencia a los padres, contestar a los padres, burlas, bromas, actos destructivos, golpear, morder, dar patadas y maldecir. Estos niños suelen ser antipáticos con sus compañeros de clase y corren el riesgo de ser rechazados por ellos (Ladd y Price, 1987). Los preescolares hiperactivos y con déficits de atención son niños/as irritables, malhumorados, con problemas en el dormir y en la alimentación, tendencia al peligro, son destructivos e impulsivos y agreden a sus compañeros. La conducta antisocial severa es rara en los preescolares ya que suele aparecer alrededor de los 6 años, pero cuando se presenta en edades inferiores y se manifiesta en distintos contextos puede servir de indicador temprano del posterior desarrollo de patrones de conducta perturbada parecidos a los trastornos de conducta de los niños mayores (Lyman y Hambree-Kigin, 1994).

Los problemas conductuales aparecidos en la etapa de preescolar tienen un sentido muy particular: por un lado, se trata de un período evolutivo con cambios muy rápidos en el desarrollo global de la personalidad y, por otro lado, algunos de los problemas que muestran los preescolares como la rebeldía, inatención y agresividad son algunos de los normales y simples reflejos de los cambios producidos por el desarrollo que solamente se convertirán en desviaciones conductuales si su frecuencia se mantiene a lo largo del período evolutivo (Campbell, 1995). Desgraciadamente, existen evidencias de que los trastornos de conducta severos que presentan los preescolares sitúan estos niños/as en un alto riesgo de presentar trastornos de conducta en la edad escolar y en la adolescencia (Campbell, Breaux, Ewing y Szumowski, 1986; Campbell y Ewing, 1999; Hinshaw, 992; McGee, Partridge, Williams y Silva, 1991).

Una de las principales finalidades de la evaluación de los niños de edad preescolar es detectar aquello que puede ser una simple característica comportamental desde un punto de vista evolutivo y lo que en realidad es un factor de riesgo o un desencadenante de un trastorno de conducta o de un trastorno oposicionista o antisocial. Los trastornos de conducta de los preescolares tienen un alto riego de continuar en términos de desinhibición conductual, actos antisociales y rendimiento académico pobre (Barkley, Fisher, Edelbrock et al. , 1990; Fisher, Barkely, Edelbrock, et al. 1990; McGee, Patridge, Williams y Silva, 1991)

La detección precoz de los trastornos de conducta podría reducir la existencia de éstos en la edad escolar y en la adolescencia. La evaluación de los signos, síntomas y factores de riesgo del trastorno de conducta de los niños

debe de incluir información de múltiples fuentes, no obstante los padres son con toda probabilidad los informantes más importantes en la observación de la conducta de sus hijos durante el período de preescolar, ya que suelen ser quienes mejor conocen al niño (Robinson, Eyberg y Ross, 1980).

El objetivo de este estudio es evaluar en la población general de 3,4 y 5 años los problemas conductuales en la población de Sabadell (Vallès Occidental, Catalunya).

Método

Sujetos

Se parte de la población de niños/as preescolares de edades comprendidas entre los 3 y los 6 años y escolarizados en los centros de enseñanza pública y privada de la ciudad de Sabadell en el año 1977 (Vallès Occidental, Barcelona) (N= 5865). De esta población se extrae una muestra de sujetos mediante un muestreo sistemático por conglomerados y se obtiene una muestra de 1392 casos seleccionados. La mortalidad experimental es del 27.8% debido a que tres de los colegios seleccionados aceptaron participar en el estudio, pero en el momento de retirar los cuestionarios informaron que se retiraban de la investigación y nos fue imposible poder reemplazar la muestra perdida debido al variable tiempo. Finalmente, de los 1392 casos considerados muestra teórica, se logra una muestra real de 1006 niños/as produciéndose una mortalidad experimental en la respuesta de los padres del 22.4% (N= 775). (Tabla I)

	NIVEL			TOTAL
	P3	P4	P5	
SEXO: Niños	200	169	148	517
Niñas	155	167	167	489
TOTAL	355	336	315	1006

P3: Educación Infantil 3 años/ P4: Educación Infantil 4 años/ P5: Educación Infantil 5 años

Tabla I: Sujetos de estudio.

Instrumentos

Información demográfica: Los padres completaron un cuestionario del status socioeconómico (SES) (Hollingshead, 1975), datos de la historia evolutiva de su hijo/a, familia, sexo y tipo de familia.

"Child Behavior Checklist" (CBCL/4-16) (Achenbach, 1979)

El origen de la CBCL se halla en la checklist de problemas de conducta de Achenbach (1966) diseñada para ser contestada por el evaluador a partir de los datos de las historias clínicas. Posteriormente, se adecua para que sea contestada por los padres simplificando el vocabulario, añadiendo nuevos ítems y aumentando las alternativas de respuesta. La CBCL es un cuestionario estandarizado cuyo objetivo es evaluar los trastornos de conducta de los niños y niñas de 4 a 16 años y se administra a los padres Consta de dos partes: la primera parte hace referencia a la competencia social y está compuesta de 20 ítems; la segunda parte se refiere a los problemas propiamente conductuales y consta de 113 ítems.

El CBCL está compuesto por dos subescalas: la escala Internalizante y la escala externalizante. Estas subescales se dividen en 8 factores que se estructuran teniendo en cuenta la edad y el sexo del niño. Para las edades de 4 y 5 años los factores evaluados en las niñas son: quejas somáticas, depresión, esquizoide-ansioso, retraimiento social, obsesión, agresividad, problemas sexuales e hiperactividad. En el caso de los varones se evalúa: retraimiento social, depresión, inmadurez, quejas somáticas, problemas sexuales, esquizoide, agresividad y delincuencia. El CBCL es un instrumento de evaluación ampliamente utilizado en muchos países pertenecientes a zonas de influencia cultural distintas (Australia, Alemania, China, Francia, Grecia, Japón, Kenia, Puerto Rico, Tailandia,...) hallándose similitudes en la población normativa y diferencias significativas en la suma total de los problemas conductuales de la CBCL (Verhulst y Achenbach, 1995) y por consiguiente los trabajos realizados en estos países apoyan el argumento de la necesidad de introducir diferentes puntos de corte para las distintas poblaciones (Verhulst, 1995).

Cuestionario para padres: Es un cuestionario que se creó específicamente para esta investigación (araneda, Jané y Domènech-Llaberia, 1996). Está formado de dos partes cuyo objetivo es recolectar información sobre el niño y su familia. En el apartado correspondiente a los niños se solicita información de los datos generales del niño (fecha de nacimiento, colegio, sexo, enfermedades, intervenciones quirúrgicas, etc...). El apartado

correspondiente a la familia recaba información sobre las personas que conviven en el hogar, estado civil de los padres, enfermedades crónicas o mentales de los miembros familiares. Las preguntas están diseñadas para ser respondidas de manera muy rápida, en su mayoría son preguntas cerradas con dos o más alternativas de respuesta.

Procedimiento

Se envió una carta a aquellos colegios en los que se había seleccionado un aula, 8 días más tarde se contactó telefónicamente con cada uno de los centros para verificar la recepción de la carta y solicitar una reunión con la dirección y los educadores y para informar de manera detallada del trabajo que se iba a realizar. Confirmados los centros participantes, se acordó una reunión con los padres en cada uno de los centros para explicar el alcance y los objetivos del estudio y asesorar a los padres en la manera en que debían de complementar el cuestionario. Los padres que no acudieron a la convocatoria se les envió el cuestionario a través de sus hijos/as acompañado de una nota del centro en la cual se les rogaba devolverlos cumplimentados en un plazo de 5 días. Se utilizó una única versión del CBCL para todas las edades después de haber consultado este hecho con el autor de la CBCL (T.Achenbach)

El procesamiento de los datos y el análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS
Versión (6.01). Las relaciones entre las variables del niño/a, de los padres y de la familia y los posibles trastornos de conducta se analizaron mediante el estadístico (ANOVA).

Resultados

Puntuación total de la CBCL

En el ámbito descriptivo destacamos que el 22% de la muestra obtuvo una puntuación total en la CBCL de 0. La media de la puntuación general es de (18.43), con una desviación típica de (15.73). La distribución de los percentiles así como el resto de los parámetros pueden encontrarse en la tabla II.

		Estadístico
Media		18.43
Intervalo de confianza para la Media del 95%		
	Límite inferior	17.45
	Límite superior	19.41
Media recortada al 5%		17.32
Mediana		17.00
Varianza		247.47
Desviación Típica		15.73
Error Estandar.		0.4984
Mínimo		0
Máximo		96
Rango		96
Amplitud Intercuartil		25
Percentiles		
	5	0
	10	0
	25	4.00
	50	17.00
	75	29.00
	90	39.00
	95	47.00
	99	62.00

Tabla II: Descriptivos de la puntuación total.

A través del análisis de la varianza podemos afirmar que en la puntuación total de la CBCL no existen diferencias estadísticamente significativas atribuibles a los efectos principales de las variables sexo y edad, ni tampoco para las interacciones entre estas dos variables (Tabla III).

Fuente	Suma de cuadrados	GL	Media Cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	577.858	5	115.572	.466	.802
Intercept.	335933.096	1	335933.096	1354.06	.000
Sexo	203.999	1	203.999	.822	.365
Nivel	46.144	2	23.072	.093	.911
Sexo* nivel	329.721	2	164.861	.665	.515
Error	245612.222	990	248.093		
Total	584486.000	996			
Total corregido	246190.080	995			

Tabla III: Análisis de la Varianza para la muestra total.

Se parte de las cinco categorías socioeconómicas del cuestionario de Hollinshead (1975). Mediante un ANOVA se ha analizado el posible efecto de esta variable categórica sobre la puntuación total del CBCL. Los resultados del análisis apuntan que éstas dos variables se asocian de forma significativa (F= 7.226; p= .0005). Tal y como se puede observar en la tabla IV, las comparaciones significativas se centran entre la primera categoría socioeconómica y las dos últimas categorías; así como también entre la segunda y cuarta categoría, siendo siempre las categorías socioeconómicas más desfavorecidas las que se asocian con las puntuaciones totales en el CBCL más elevadas.

	Diferencia entre medias	Sig*.	Intervalo de confianza 95% para las diferencias	
			Límite inferior	Límite superior
1 vs 2	1.05	1.000	-2.89	5.00
1 vs 3	4.00	.099	-3.60	8.37
1 vs 4	6.60	.000	2.41	10.78
1 vs 5	8.07	.019	.786	15.36
2 vs 3	2.95	.537	-1.35	7.26
2 vs 4	5.55	.002	1.42	9.67
2 vs 5	7.02	.066	-.231	14.27
3 vs 4	2.59	1.000	-1.94	7.12
3 vs 5	4.07	1.000	-3.42	11.55
4 vs 5	1.48	1.000	-5.91	8.86

* Contrastes tipo Bonferroni

Tabla IV: Contrastes entre categorías de la variable nivel socioeconómico y puntuación total CBCL.

Siguiendo las directrices de los autores del CBCL, se ha calculado las puntuaciones T asociadas a cada una de las puntuaciones directas totales y se ha encontrado que en nuestra muestra una puntuación T de 70 está asociada a una puntuación directa de 51. Bajo esta condición serán 37 niños (el 3.68% del total) los que obtienen unas puntuaciones T iguales o superiores a 70. Estos 37 niños son los que en el presente estudio se considerarán como sujetos de riesgo.

Sujetos de riesgo (puntuación T³ 70).

Consideramos sujetos de riesgo a los niños/as que obtuvieron una puntuación T > 70. Una característica fundamental de este subgrupo es que no presenta tampoco diferencias significativas ni para los efectos principales de el variable sexo o edad ni para la interacción entre estas dos variables.

A través de la prueba de Chi-cuadrado se han analizado las relaciones entre el hecho de ser un niño perteneciente al grupo de riesgo y las variables categóricas registradas en el cuestionario para padres del CBCL. En la información recogida referente a las enfermedades e intervenciones que ha sufrido el niño, el hecho de padecer una enfermedad crónica no implica un efecto significativo sobre el hecho de presentar una puntuación T superior o igual a 70 (Tabla IV). Se halla también una relación nula en la variable "haber sufrido un accidente importante". La tercera y última variable de este primer grupo: "Haber sufrido una intervención quirúrgica" se relaciona de manera estadísticamente significativa con el hecho de pertenecer al grupo de riesgo (X= 8.25; p=.004). Se puede afirmar que los niños/as que han sido intervenidos quirúrgicamente alguna vez poseen una probabilidad casi 3

veces superior de formar parte del grupo de niños/as de riesgo (Odds. = 2.83, IC 95% 1.35-5.95).

El segundo grupo de variables categóricas analizadas se refiere a las características sociofamiliares. En primer lugar se analiza el total de hermanos que constituyen la fatria, la prueba de Chi-cuadrado permite afirmar que ser o no-hijo único es independiente de formar parte del grupo de riesgo. Además, puesto que son diversas las posibilidades respecto al número de hermanos que un determinado niño/a puede tener, se ha realizado un ANOVA para determinar si existe relación entre la puntuación total del CBCL y el número de hermanos que componen la fatria. Dado que sólo se han encontrado en esta muestra 12 casos de niños/as con tres o más hermanos, el análisis sólo incluye aquellos niños/as que tengan como máximo dos hermanos/as con el fin de asegurar para cada submuestra un número suficientemente representativo. Bajo esta condición, se analizan tres categorías: ser hijo único, dos hermanos y tres hermanos. Los resultados de este análisis apuntan hacia la no relación entre la composición de la fatria y la puntuación total del CBCL (F= 1.43; p = .240).

Se analiza la variable dicotómica relativa al estado civil de los padres, en concreto si éstos están o no casados (Tabla V). La prueba de Chi-cuadrado apunta que esta variable no se relaciona significativamente con el hecho de pertenecer al grupo de riesgo. Lo mismo ocurre con la variable "convivir con un miembro familiar que padezca una enfermedad crónica".

En el grupo de variables relativas al entorno familiar nos encontramos ante unos resultados ciertamente interesantes. Si se analiza la relación entre "padre tratado alguna vez por depresión", podemos comprobar que la probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo es independiente de ésta variable. Lo mismo podemos afirmar en el caso de que sean los abuelos o los tíos los tratados por depresión. En cambio, tener a la madre tratada por depresión implica una asociación estadísticamente significativa con el hecho de pertenecer al grupo de niños de riesgo (Estadístico exacto de Fisher = 15.10, P= .002). Es 5.7 veces más probable ser un niño/a perteneciente al grupo de riesgo si la madre ha sido alguna vez tratada por depresión (Odds. = 5.72; IC95% 2.14-15.29). De los 30 niños y niñas que tienen algún familiar que haya sido tratado por depresión, sólo encontramos uno de ellos que pertenezca al grupo de riesgo, este efecto es estadísticamente no significativo. Sólo se ha encontrado un niño con un hermano tratado por depresión, obviamente no ha sido posible analizar estadísticamente esta variable y lo mismo podemos afirmar a cerca de la situación de padre y madre tratados por depresión, ya que también solamente se ha encontrado un único caso.

Variables	X	p	Odds	IC95% de la Odds.	
Enfermedad crónica	(a)	1.000	.819	.108	6.223
Accidente impostante	(a)	.514	1.477	.187	11.561
Intervención quirúrgica	8.25	.004	2.838	1.353	5.950
Padres casados	(a)	.483	1.400	.413	4.741
Familiar con enfermedad crónica	(a)	.584	1.314	.497	3.475
Tratado por depresión:					
Padre	(a)	.249	4.086	.480	34.803
Madre	(a)	.002	5.720	2.139	15.293
Abuelos	(a)	.430	1.682	.484	5.853
Tios	(a)	.181	2.258	.642	7.937
Ingresado familiar por depresión	(a)	1.000	.692	.092	5.225

(a) Puesto que se trata de un diseño 2x2 y alguna de las casillas presenta un valor esperado inferior a 5 y se ha tomado como referencia el Estadístico exacto de Fisher.
(b) Dado que todas las variables analizadas son dicotómicas, el cálculo de la Odds ratio se ha realizado tomando siempre el criterio *presencia/ausencia* de la característica en cuestión.

Tabla V: Relación entre variables sociodemográficas y de salud y la variable riesgo.

Discusión

El estudio que presentamos se halla entre los diferentes estudios realizados en diferentes países con el CBCL, se observan diferencias en la media de las puntuaciones totales de la prueba. La media más baja es de 20.0 (costa este de Estados Unidos) y la media más alta es de 35.4 (Grecia) (Bird, 1996). Moreno y Del Barrio (1991) informan de una media de 28.49 en un estudio realizado en la ciudad de Madrid, con una muestra preescolar de 125 niños/as. En este trabajo se halla una media de 18.43, menor que la media considerada más baja hasta el momento. Estas diferencias entre las medias halladas en distintos países parecen ser debidas a los distintos tamaños de muestra utilizados en los diferentes estudios (Verhulst y Achenbach, 1995). Al contrario de todos los estudios realizados en nuestro país con población normal, la puntuación media obtenida es inferior a la Americana

El rango de puntuación considerado clínico en base a la puntuación T es ³ 70 que corresponde a una puntuación directa para el total del CBCL de 42 (Achenbach, 1993). Moreno y Del Barrio (1991) informan de una puntuación directa de 44.61 como rango clínico. En este trabajo se halla el rango clínico en la puntuación directa de 51 muy superior a los rangos informados por el autor y en el estudio realizado en nuestro país.

La prevalencia de los problemas de conducta en preescolares varían desde un 6% a un 50% en los estudios basados en la evaluación de los padres (long, 1941; MacFarlane, Allen y Honzik, 1954;Richman, Stevenson y Graham, 1975; Bax y Hart, 1976;Minde y Minde, 1977; Kastrup, 1977; Earls y Richman, 1980; Jenkins, Bax y Hart, 1980; Jenkins, Owen, Bax y Hart, 1984; Cornely y Bromet, 1986;Larson y Pless, 1988; Offord, Boyle, Szatmari, et al. 1987). En nuestro estudio hallamos una prevalencia mucho más baja (3.68%), esta diferencia tan marcada quizás sea debida al intervalo de edad analizado (3-6 años) o al tipo de población escogido (ciudad industrial y con un fuerte contingente de emigrantes).

Los resultados referentes a la comparación entre las edades y el sexo de los sujetos de la muestra se igualan a los obtenidos en la mayoría de los estudios realizados dado que no se hallan diferencias significativas entre grupos de edad y sexo.

Se vuelve a evidenciar una vez más la importancia del estatus socioeconómico en la presentación de los problemas de conducta en los niños/as. El hecho de pertenecer a una clase social desfavorecida aumenta el riesgo de obtener puntuaciones totales más elevadas en el CBCL.

Subgrupo de sujetos de riesgo.
En este subgrupo no se halla tampoco ningún tipo de diferencias significativas ni para la variable sexo ni para la variable edad. En el análisis de las variables personales del sujeto destaca el hecho que haber sufrido una intervención quirúrgica triplica la probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo.

Entre las variables que han sido identificadas como predictoras de los posibles patrones de conducta problemáticos se encuentran: la psicopatología materna, la hostilidad parental y el estrés o la adversidad familiar y los bajos ingresos económicos(Campbell y Ewing, 1990; Campbell, March, Perce, et al. 1991; Moffit, 1990; Planta y Caldwell, 1990; Richman, Stevenson y Graham, 1982; Shaw, Vondra, Dowdell, et al., 1999). Campbell et al. , (1982) y Koot (1993) señalan que los niños con problemas de conducta provienen generalmente, de familias con un status económico bajo, las madres suelen tener síntomas depresivos o algún malestar psíquico y muchas veces estos niños detectados como problemáticos en la edad preescolar suelen vivir en una familia monoparental. El disfuncionamiento familiar, el desacuerdo o la separación parental y en general los estresores familiares tienen un impacto indirecto en el niño al interrumpir la dinámica familiar (Belsky, 1984; Cowan, Schultz, y heming, 1993; Hetherington, 1989; Patterson et al. , 1989; Snyder, 1991; Webster-Straton, 1990). En este estudio solamente dos variables: "madre tratada por depresión" y "estatus socioeconómico desfavorecido" incrementan de manera importante la posibilidad de pertener al grupo de riesgo. El resto de variables sociodemográficas analizadas no se relacionan con pertenecer o no a dicho grupo.

Nuestro trabajo presenta evidencia empírica de la fuerte influencia de la salud mental de la madre en la conducta del preescolar. Los resultados de la influencia del resto de las variables propias del niño/a, de los padres y de la familia en las puntuaciones conductuales presentadas no están en completo acuerdo con los trabajos revisados, pero creemos importante señalar que el período de edad evaluado no es el mismo que en el resto de las investigaciones. Por todo ello, creemos que se debería realizar más estudios en este período de edad y utilizar instrumentos de medida más completos para las variables familiares y el contexto escolar.

Bibliografía

ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C.S. (1983). Manual for the Child Behavior Checklist and revised Child Behavior Profile. University of Vermont.

ACHENBACH, T.M. (1993). Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from CBCL 4/18, TRF. and YSR. Burlington VT: University of Vermont Department of Psychiatry

ARANEDA, N., JANÉ, M.C. & DOMÈNECH-LLABERIA, E. (1996). Life-events questionnaire. Unplisher manuscrit. Universitat Autònoma de Barcelona.

AUGUST, G.J., REALMUTO, G.M., MacDONALD, A.W., NUEGENT, S.M. & CROSBY, R.(1996). Prevalence of ADAH and comobird disorders among elementary school children screemed for disruptive behaviors. Journal of Abnormal Child Psychology, 24, 571-583

BAX,M. & HART, H. (1976). Health needs of preschool children. Archives Dis. Child., 51, 848-852

BELSKY, J., WOODWORTH, S. & CRNIC, K. (1996). Troubled family interaction during toddlerhood. Developmental and Psychopathology, 8, 477- 495

BIRD, M. (1996). Epidemiology of childhood disorders in cross-cultural context. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37(1), 35-49

CAMPBELL, S.B. (1990). Behavior problems in preschool children:clinical and developmental issues. New York: Guilford Press.

CAMPBELL, S. 1995). Behavior Problems in Preschool Child .A review of recent research. Journal of Child Psychology and Psychiatry., 36: 113-149

CAMPBELL, S.B. & EWING,L.J. (1990). Hard-to-manage preschoolers. Adjustment at age nine and predictors of continuing symptoms. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31, 871- 889

CAMPBELL, S.B., MARCH, C.L., PIERCE, E., EWING, L.J. & SZUMOWSKI, E.K. (1991). Hard-to-manage preschool boys: family context and the stability of externalizing behavior. Journal of Abnormal Child Psychology, 19, 301-310

CAMPBELL, S.B., SZUMOWSKI, E.K., EWING, I.J., GLUCK, D.S. & BREAUX, A.M. (1982). A multidimensional assessment of parent-identified behavior problems toddlers. Journal of Abnormal Child Psychology, 10, 569-592

CAMPBELL, S.B., BREAUX, A.M., EWING, L.J. & SZUMOLUSKI, E.K. (1986). Correlates and predictors of hyperactivity and aggression: A longitudinal study of parent-referred problem preschoolers. Journal of Abnormal Child Psychology, 14, 217-234

CORNELY, P. & BROMET, E. (1986). Prevalence of behavior problems in three-year-old children living near Three Mile Island: A comparative analysis. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 27, 489-498

COWAN, P.A., COWAN, C.P., SCHULTZ, M. & HEMING, G. (1993). Prebirth to preschool family factors predicting children's adaptation to kindergarten. In R. Parker y S.Kellan (Eds.). Advances in family research (vol.4). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associated.

EARLS, F. & RICHMAN, N. (1980). The prevalence of behavior problem in 3-yr-old children of West Indian-born parents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 21, 99-106

EGELANG, B., KALLKOSKE, M., GOTTESMAN, N. & ERICKSON, M.F. (1990). Preschool behavior problems stability and factors accounting for change. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31, 891-909

GORDON, B.N., SCHROEDER, C.S. & HAWK, B. (1992). Clinical problems of the preschool child: In C.E. Walker y M.C. Roberts (Eds.). Handbook of clinical child psychology. New York: Wiley (2nd.ed., pp.215-233)

HETHERINGTON, E.M. (1989). Coping with family transitions winners, losers and survivors. Child Developmental, 60, 1-14

HINSHAW, S.P. (1992). Externalizing behavior and academic underachievement in childhood and adolescent: Causal relationship and underlying mechanisms. Psychological Bulletin, 111, 127-155

HOLLINGSHEAD, A.B. (1975). Four factors index of social position. New Haven, C.T.: Yale University Department of Sociology.

JENKINS, S., BAX, M. & HART, H. (1980). Behavior problems in preschool children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 21, 5-17

JENKINS, S., OWEN, C., BAX, M. & HART, H. (1984). Continuities of common behavior problems in preschool children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 25,75-89

KASTRUP, M. (1977). Urban-rural differences in 6 year olds. En PJ.Graham (Ed..). Epidemiological approaches to child psychiatry. London: Academic Press. (pp. 181-194)

KOOT, H.M. (1993). Problems behavior in Dutch preschoolers. Unpublished doctoral dissertation. Erasmus: University Rotterdam.

LADD, G.M., & PRICE, J.M. (1987). Predicting children´s social and school adjustment following the transition from preschool to kindergarten. Child Development, 58, 1168-1189

LARSON, C.P., PLESS, I.B. & MIETTINEN, O.(1988). Preschool behaviors disorders: Their prevalence in relation to

determinants. Journal of Pediatry, 113, 278-285

LOEBER,R., GREEN,S.M., LAHEY,B.B., CHRIST, M.A. & FRICK,P.J. (1992). Sequences in the age of onset of disruptibçve child behaviors. Journal of Child and family studies, 1, 21-41

LYMAN, R.D. & HAMBREE-KIGIN, T.L. (1994). Mental health interventions with preschool children. New York: Plenum Press. (pp. 143-161)

LONG, A. (1941). Parents' reports of undesirable behavior in children. Child Development, 12,43-61

MAcFARLANE, J.W., ALLEN, L. & HONZIK, M.P. (1954). A developmental study of behavior problems in normal children. Berkeley, CA: University of California Press.

McGEE,R., PATRIDGE, F., WILLIAMS, S. & SILVA, P.A. (1991). A twelve year follow up of preschool hyperactive children. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 224-232

McGEE, R., SILVA, P.A. & WILLIAMS, S. (1984). Perinatal, Neurological, environmental, and developmental characteristics of seven-year-old children with stable behavior problems. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 25, 573-586

MINDE,R. & MINDE, R. (1977). Behavioral screening of preschool children: A new approach to mental health?. En PJ. Graham (Ed..). Epidemiological approaches to child psychiatry. London: Academic Press. (pp. 139-164)

MOFFIT, T.E. (1990). Juvenile deliquence and Attention deficit disorder: boys' developmental trajectories from age 3 to age 15. Child Developmental, 61, 893-910

MORENO, C. and DEL BARRIO, V. (1991). Child Behavior Checklist en niños de 4-5 años. Comunicación presentada en el III Congreso de Evaluación Psicológica. Barcelona

OFFORD, D., BOYLE, M., SZATMARI, P., RAE-GRANT, N., LINKS, P., CADMAN, D., BYLES, J. & CRAWFORD, J. (1987). Ontario child health study. II. Six months prevalence of disorder and rates of service utilization. Archives Generales of Psychiatry, 44, 832-836

OLSON, S.L. (1992). Developmental of conduct problems and peer rejection in preschool children a social system analysis. Journal of Abnormal Child Psychology, 20, 327-350

PATTERSON, G.R., DEBARSYHE, B.D. & RAMSEY, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. American Psychologist, 44, 329-335

PLANTA, R.C. & CADWELL, C.B. (1990). Stability of externalizing symptoms from kindergarten to first grade and factors related to instability. Developmental and Psychopathology, 2, 247-258

QUAY, H.C. (1986). Conduct disorders. En HC. Quay y JS. Werry (Eds.) Psychopathological Disorders of Childhood. (3a. Edición). New York: John Wiley (pp.35-72).

RADKE-YARROW, M. & KLINES-DOUGAN, B. (1997). Children of depressed mothers: A developmental and interactional perspectives. In S. Luthar, J. Burack, D. Cichetti and J. Weisz (Eds.). Developmental Psychopathology. Cambridge: University Press. (pp.374-389)

RICHMAN, N., STEVENSON, J. & GRAHAM, P.J. (1975). Prevalence of behavior problems in 3-years-old children: An epidemiological study in London Borough. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 16, 277-87

RICHMAN, N., STEVENSON, J. & GRAHAM, P.J. (1982). Preschool to school: a behavioral study. London: Academy Press.

ROBINSON, E.A., EYBERG, S.M. & ROSS, A.W. (1980). The standardization of an inventory of child conduct problem behavior. Journal of Clinical Child Psychology, 9, 22-29

ROSE, S.I., ROSE, S.A. & FELDMAN, J.F. (1989). Stability of behavior problems in very young children. Developmental and Psychopathology, 1, 5-19

SANGET, M., McLEAN, W. & VAN SLYKE, D. (1992). Relation between maternal characteristics and child behavior rating. Clinical Pediatrics, 461-466

SHAW, D.S., VONDRA, J.I., DOWDELL-HOMMERDING, K., KEENAN, K. & DUNN, M. (1994). Chronic family adversity and early child behavior problems: a longitudinal study of low income families. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35, 1109-1122

SNYDER, J. (1991). Discipline as a mediator of the impact of maternal stress and mood on child conduct problems. Developmental and Psychopathology, 3, 263-276

VERHULST, F.C. (1995). Recent development in the assessment and diagnosis of child Psychopathology. European Journal of Psychological Assessment, 11(3) 203-212

VERHULST, F.C. & ACHENBACH, T.M. (1995). Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology: Cross-cultural applications: A review. European Child Adolescent Psychiatry, 4, 61-76

WEDSTER-STRATTON, C. (1990). Stress: a potential disruption of parent perceptions and family interactions. Journal of Clinical Child Psychiatry, 4, 302-312