

Valoración de la conducta de los niños de Cantabria mediante el cuestionario de Eyberg

L. Capa García^a, A. Bercedo Sanz^b, C. Redondo Figuero^c y M.A. González-Alciturri Casanueva^{d†}

^aCentro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna. ^bCentro de Salud Gama. Centro de Salud Meruelo. ^cCentro de Salud Vargas. Santander. ^dInstituto Social de la Marina. Santander.

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 234-240)

Antecedentes

El pediatra de atención primaria debe ser capaz de detectar las alteraciones de conducta en los niños, ya que estos problemas se hallan presentes en aproximadamente un 50% de las consultas pediátricas. Para ello es necesario disponer de un instrumento útil y de fácil cumplimentación como es el cuestionario de Eyberg sobre la conducta infantil.

Objetivos

Conocer la prevalencia de alteraciones de la conducta infantil mediante la utilización del cuestionario de Eyberg y su posible influencia por determinadas variables (edad, sexo, estudios de los padres, televisión, lectura y rendimiento escolar).

Material y métodos

Estudio transversal realizado en junio de 1998 mediante cumplimentación por parte de los padres de 796 niños de 2-13 años, de la versión española del cuestionario de Eyberg para el cribado de las alteraciones de conducta en los niños. Todos los niños incluidos procedían de las consultas pediátricas ubicadas en los centros de salud de Cantabria, colaborando 47 pediatras de atención primaria.

Resultados

Un 17,2% de los niños de Cantabria de 2-13 años presenta anomalías de conducta, siendo similar por grupos de edad y sexo, excepto en las niñas mayores (10-13 años), que son las que menos trastornos de conducta manifiestan ($p < 0,011$). La conducta más frecuentemente referida fue "le cuesta estar quieto un momento" (25,6%) y la que menos, "pega a los padres" (0,4%). Se asoció una menor frecuencia de alteraciones de conducta a tener menos edad, ser niña, nivel de formación mayor de los padres y haber comenzado a ver la televi-

sión más tardíamente, mientras que se asoció con mayor frecuencia de conductas alteradas el hecho de un mayor número de horas dedicadas a ver televisión. Hasta 2,84 horas más a la semana ven la televisión los niños con alteraciones de la conducta en comparación con los demás niños, siendo esta diferencia de 4,99 horas más a la semana en los niños de 10-13 años.

Conclusiones

La prevalencia de alteraciones de la conducta encontrada en nuestra población hace necesaria la utilización del cuestionario de Eyberg en los controles de salud que realiza el pediatra de atención primaria.

Palabras clave:

Conducta infantil. Cuestionario. Cribado. Televisión. Atención primaria.

EVALUATION OF CANTABRIAN CHILDREN'S BEHAVIOUR USING THE EYBERG CHILD BEHAVIOUR INVENTORY

Ambulatory care pediatricians must be able to detect changes in children's behavior since these problems occur in approximately 50% of pediatric consultations. For this reason, useful and easy evaluation methods, such as the Eyberg questionnaire on child behavior are needed.

Objective

To determine the prevalence of behavior disorders in Cantabrian children by using the Eyberg inventory and to evaluate the possible influence of certain variables (age, sex, parents' education, television, reading and school performance) on children's behaviour.

Proyecto financiado parcialmente mediante Beca-Ayuda a la Investigación Clínica y Epidemiológica en Pediatría concedida por la Fundación Ernesto Sánchez Villares.

Correspondencia: Dr. Alberto Bercedo Sanz. Avda. Pablo Garnica, 56. 39300 Torrelavega. Cantabria. Correo electrónico: bercedoa@medi.unican.es

Recibido en marzo de 2000.

Aceptado para su publicación en junio de 2000.

Patients and methods

A transversal study was carried out in June 1998 with the help of the parents of 796 children, aged from 2 to 13 years, who filled in the Spanish version of the Eyberg questionnaire for the screening of changes in children's behavior. All the children taking part in this survey were recruited from pediatric consultations in Cantabrian health centers. Forty-seven ambulatory care pediatricians took part in this study.

Results

Behavior disorders were detected in 17.2% of the Cantabrian children aged from 2 to 13 years. This percentage was similar in groups of age and sex, except in the girls aged from 10-13 years, who showed fewer behavior disorders ($p < 0.011$). The most common behaviours reported were: "he/she can't keep still" (25.6%) and less frequently "he/she hits the parents" (0.4%). Lower frequency of behavior disorders was associated with younger age, female sex, greater parent education and later commencement of television viewing. Higher frequency of behavior disorders was associated with longer hours spent in television viewing. The children with behavior disorders spent up to 2.84 hours/week more watching television than other children. This difference rose to 4.99 more hours/week in children aged 10 to 13 years.

Conclusions

In view of the prevalence of behavior disorders observed in the population studied, ambulatory care pediatricians should use the Eyberg questionnaire as a matter of routine.

Key words:

Child behaviour. Questionnaire. Mass screening. Television. Ambulatory care.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del comportamiento en los niños están presentes, aunque sea de forma larvada, en muchas de las consultas que los padres realizan a los pediatras, y así, para algunos autores, dichos trastornos representan del 24 al 50% de todos los diagnósticos en una consulta pediátrica¹. Además, y debido a los cambios ocurridos en los últimos años en lo que se refiere al cuidado y asistencia de la población infanto-juvenil (menor natalidad, disminución de la prevalencia de determinadas enfermedades, existencia cada vez mayor de situaciones de riesgo para el desarrollo de problemas de conducta, etc.) se encuentra que, en estos momentos, el pediatra de atención primaria está en una situación ideal, también por la disposición de más medios (tiempo, cuestionarios apropiados), para conseguir una detección precoz de la ya denominada "nueva morbilidad" en pediatría, que engloba, entre otros, los problemas psicosociales, del desarrollo y de la conducta².

La cumplimentación de cuestionarios de conducta infantil por parte de los padres, como es el cuestionario de Eyberg, permitirá detectar las alteraciones de conducta en

la población infantil. El cuestionario de Eyberg se diseñó para proporcionar a los médicos una evaluación de la conducta del niño de 2 a 17 años. Posee una buena fiabilidad y validez, y se ha utilizado ampliamente para investigación y fines clínicos³. El cuestionario, que valora conductas de tipo externalizante, es breve, sencillo y de fácil cumplimentación⁴. Por otro lado, la detección de alteraciones de conducta en los niños permitirá que éstos puedan beneficiarse de una eventual intervención precoz en el núcleo familiar o de una derivación al especialista de salud mental^{5,6} y evitar, en lo posible, la persistencia o agravamiento del trastorno en la vida futura del individuo^{7,8}.

El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de alteraciones de la conducta en los niños de 2 a 13 años de edad de Cantabria mediante la utilización del cuestionario de Eyberg, y la posible influencia de determinadas variables (edad, sexo, estudios de los padres, televisión, lectura y rendimiento escolar) sobre la conducta infantil.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal mediante la cumplimentación de una encuesta por parte de los padres que acudieron con sus hijos a las consultas de 47 pediatras de atención primaria de Cantabria de todas las zonas básicas de salud. La población elegible del estudio estaba formada por todos los niños de 2 a 13 años, que acudieron en la primera quincena de junio de 1998 a las consultas pediátricas. Se calculó el tamaño de la muestra en 784 ($\alpha = 0,05$; $i = 3,5\%$; $p = 0,50$). Debido a la estructura de pirámide invertida se estimó que cada pediatra debería recoger un máximo de 6 niños de 2 a 5 años, 7 niños de 6 a 9 años, y 8 niños de 10 a 13 años de edad. Todos los pediatras recibieron instrucciones mediante un manual operativo para entregar las encuestas a medida que los niños acudían a la consulta de demanda o programada, ofreciendo a todos la participación en el estudio, y siempre respetando el deseo de los padres. Se excluyeron aquellos niños con defectos audiovisuales importantes, o con retraso mental en ellos o en sus padres. De las 981 encuestas entregadas, 185 no fueron devueltas, y por tanto no participaron finalmente en el estudio (58 en niños de 2 a 5 años, 58 en niños de 6 a 9, y 69 en niños de 10 a 14 años de edad). La muestra final quedó formada por 796 niños con igual distribución por edad y sexo (tabla 1).

TABLA 1. Distribución por edad y sexo

Edad	Niños	Niñas
Pequeños (2 a 5 años)	125	104
Medianos (6 a 9 años)	138	143
Grandes (10 a 13 años)	145	141
Total	408	388

TABLA 2. Niños con alteración de la conducta

Edad	Población	Alteración	Porcentaje	IC del 95% (min)	IC del 95% (máx)
2	16	6	37,5	15,2	64,6
3	49	9	18,4	8,8	32,0
4	59	13	22,0	12,3	34,7
5	56	12	21,4	11,6	34,4
6	73	10	13,7	6,8	23,8
7	44	6	13,6	5,2	27,4
8	57	10	17,5	8,7	29,9
9	71	8	11,3	5,0	21,0
10	60	14	23,3	13,4	36,0
11	78	9	11,5	5,4	20,8
12	55	9	16,4	7,8	28,8
13	52	9	17,3	8,2	30,3
Total	670	115	17,2	14,4	20,2

De cada niño se registraron las siguientes variables: sexo, edad (agrupados en pequeños [2-5 años], medianos [6-9 años] y mayores [10-13 años]); edad y nivel de estudios de los padres (sin estudios, estudios primarios, medios y superiores); edad al inicio de ver la televisión. Referido a los 3 meses previos se registraron: horas de televisión, deporte y lectura, rendimiento escolar y visión de la televisión solo o acompañado⁹⁻¹¹.

Para valorar la existencia de alteraciones de conducta, se utilizó el cuestionario de Eyberg sobre la conducta infantil o ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory), que ha sido validado recientemente en nuestro país por el grupo de Fernández de Pinedo et al¹², cuestionario que consta de 36 preguntas (que representan las conductas más frecuentemente relatadas por los padres de niños con trastornos de conducta) y que responden los padres bajo dos puntos de vista: frecuencia de realización de distintas conductas anómalas, y vivencia por los padres de una determinada conducta como un problema (tabla 2). Mediante el ECBI, la frecuencia de conductas anómalas durante los últimos 3 meses se valora a través de una escala tipo Likert¹³ que va desde 1 (nunca) hasta 7 (siempre). La suma de las 36 preguntas llamada "intensidad" o PTI (puntuación total de intensidad) oscila entre 36 y 252. La vivencia por parte de los padres de una conducta como preocupante o problema es una variable dicotómica que se valora como 0 o 1 y su suma, llamada "problema" o PTP (puntuación total problema) oscila de 0 a 36. En este estudio, y de acuerdo con otros trabajos^{12,14}, se transformó la escala Likert 1-7 del cuestionario original de Eyberg en otra escala 1-3: (1) nunca o casi nunca, (2) a veces, y (3) siempre o casi siempre. Este cambio se realizó para facilitar la comprensión y cumplimentación debido a la diversidad de ambientes socioculturales en nuestra comunidad y tras conocer que, en otros estudios españoles, los coeficientes de correlación hallados se mantuvieron dentro de unos niveles aceptables, próximos a los de la escala original de 1-7 categorías. Además, se codificaron las respuestas como 0-1-2, de forma que la puntuación osciló entre 0 y 72. Se tomó como punto de corte el va-

lor de la media más una desviación estándar para todas las edades, valor que según diferentes investigadores establece la separación entre valores normales y anormales, es decir, entre niños sin y con alteración de la conducta. Dicho punto de corte fue de 28,37 para la "intensidad" y de 13,40 para el "problema", y así una puntuación total de intensidad que supere los 28 puntos indica que en el niño hay tantas conductas anómalas que le convierten en un niño con una posible alteración de la conducta, debiendo considerar el pediatra la necesidad de una evaluación más profunda^{2,15}. Si en el apartado "problema" la suma es mayor de 13 indica que los padres viven ya la situación como tan preocupante que también se haría necesaria una intervención en el medio familiar.

Los datos recogidos en el formulario se incluyeron en una base de datos relacional (Microsoft Access) diseñada específicamente para este proyecto. En el análisis estadístico se utilizaron las pruebas de la χ^2 , t de Student, Mann-Whitney, test de Kruskal-Wallis y ANOVA, así como también pruebas de análisis multivariable, fundamentalmente de regresión logística y regresión múltiple (SPSS versión 7.5).

RESULTADOS

De los 796 niños de la muestra, el número de personas que contestaron a cada pregunta del cuestionario fue variable. Los resultados por porcentajes se presentan en la tabla 2.

Las conductas anómalas que con más frecuencia referían los padres fueron: "le cuesta estar quieto un momento" (25,6%), "tarda o pierde tiempo cuando es la hora de ir a la cama" (22,3%), "tarda mucho en comer" (21,2%), "se enfada si no se sale con la suya" (19,5%), "tarda mucho en vestirse" (17,4%) y "reclama constantemente la atención" (16,3%); y las menos frecuentes fueron: "pega a los padres" (0,4%), "coge cosas que no le pertenecen" (1,2%), "se pega con niños de su edad" (1,4%), "insulta y discute con niños de su edad" (1,8%), "miente" (2,2%) y "discute con los padres sobre las normas de la casa" (2,5%).

TABLA 3. Cuestionario de Eyberg sobre la conducta infantil (porcentajes de respuesta a cada opción)

		Frecuencia			Problema	
		0	1	2	0	1
1.	Tarda mucho en vestirse	35,1	47,6	17,4	78,3	21,7
2.	En casa es muy desobediente	24,8	62,9	12,3	59,8	40,2
3.	Tiene malos modales en la mesa	67,2	29,1	3,7	82,9	17,1
4.	Lloriquea o gimotea	51,2	42,2	6,6	80,6	19,4
5.	Se niega a hacer las tareas que se le solicita	41,8	52,2	6,1	71,0	29,0
6.	Tarda o pierde el tiempo cuando es la hora de ir a la cama	34,7	43,0	22,3	68,2	31,8
7.	Tiene poca capacidad de atención	66,8	26,9	6,4	81,8	18,2
8.	Se comporta de forma desafiante cuando se le dice que haga algo	55,9	39,6	4,5	75,6	24,4
9.	Se niega a obedecer hasta que se le amenaza con castigos	48,8	44,7	6,6	70,8	29,2
10.	Chincha a otros niños	64,9	30,5	4,6	87,3	12,7
11.	Insulta y discute con sus hermanos o con niños del entorno	42,4	74,3	10,3	71,0	29,0
12.	Se enfada cuando no se sale con la suya	21,4	59,1	19,5	70,2	29,8
13.	Reclama constantemente la atención	44,6	39,1	16,3	81,2	18,8
14.	Es un contestón	42,0	44,6	13,5	68,8	31,2
15.	Se niega a comer la comida que se le ofrece	53,7	37,2	9,0	71,1	28,9
16.	Se distrae con facilidad	45,1	41,7	13,2	78,4	21,6
17.	Se pega con sus hermanos o con niños de su entorno familiar	59,7	35,3	5,0	76,4	23,6
18.	Pega a los padres	94,7	4,9	0,4	95,9	4,1
19.	Maltrata sus juguetes y otros objetos	85,3	12,2	2,6	92,1	7,9
20.	Miente	67,2	30,6	2,2	81,9	18,1
21.	Coge cosas que no le pertenecen	87,2	11,7	1,2	93,9	6,1
22.	Discute con los padres sobre las normas de la casa	67,9	29,6	2,5	88,4	11,6
23.	Tarda mucho en comer	50,8	28,1	21,2	70,2	29,9
24.	Insulta y discute con niños de su edad	63,2	35,0	1,8	89,8	10,2
25.	Tiene dificultad para entretenerse solo	73,1	22,6	4,4	90,1	9,9
26.	Se pega con niños de su edad	77,6	21,0	1,4	91,8	8,2
27.	Es muy gritón o chillón	47,0	39,4	13,7	72,6	27,4
28.	Es descuidado con los juguetes y las cosas	54,5	33,3	12,2	78,7	21,3
29.	Interrumpe a los adultos	33,6	53,9	12,5	68,4	31,6
30.	Llora con facilidad	48,1	37,6	14,3	78,6	21,4
31.	Se niega a ir a la cama a la hora	49,6	39,3	11,2	77,3	22,7
32.	Tiene dificultad para acabar lo que empieza	61,3	33,9	4,8	84,2	15,8
33.	Tiene rabietas	54,8	39,5	5,7	78,8	21,2
34.	Tiene dificultad para concentrarse en las cosas	64,2	28,7	7,1	81,1	18,9
35.	Le cuesta estar quieto un momento	40,4	34,1	25,6	75,8	24,2
36.	Se hace pis en la cama	84,8	7,5	7,8	93,0	7,0

Frecuencia: 1 = nunca o casi nunca; 2 = algunas veces; 3 = siempre o casi siempre.

Problema: 1 = no; 2 = sí.

Versión española del ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory), Fernández de Pinedo et al¹².

En cuanto a las conductas que representaban un problema para los padres las más frecuentes fueron: “en casa es muy desobediente” (40,2%), “tarda o pierde el tiempo cuando es la hora de ir a la cama” (31,8%), “interrumpe a los adultos” (31,6%), “es un contestón” (31,2%), “tarda mucho en comer” (29,9%) y “se enfada si no se sale con la suya” (29,8%); mientras que las menos frecuentes fueron: “pega a los padres” (4,1%), “coge cosas que no le pertenecen” (6,1%), “se hace pis en la cama” (7%), “maltrata sus juguetes y otros objetos” (7,9%), “se pega con niños de su edad” (8,2%), y “tiene dificultad para entretenerse solo” (9,9%).

Tomando como punto de corte del cuestionario de Eyberg el valor de la media más una desviación estándar para todas las edades (en nuestro caso 28 en la PTI y 13 en la PTP), se observó que, en Cantabria, hay una prevalencia de niños con alteraciones de la conducta del 17,2% (IC del 95%: 14,4-20,2) con una distribución por edades que aparece en la tabla 3.

Al valorar la frecuencia de las conductas anómalas en los últimos 3 meses (“intensidad”), no hubo diferencias significativas en los niños con respecto a la edad, mientras que sí las hubo en las niñas, en el sentido de que la existencia de conductas anómalas era menor en las niñas de 10 a 13 años ($p = 0,0004$). Al comparar ambos sexos no hubo diferencias salvo en el grupo de los mayores donde también las niñas tenían menor frecuencia de conductas anómalas ($p = 0,011$) (fig. 1). Asimismo, se valoró la conducta en su apartado “problema” (vivencia por parte de los padres como problema de las conductas de sus hijos), no encontrándose diferencias significativas entre los tres grupos de edad en los niños ni en las niñas, así como tampoco al comparar entre sexos.

Por otra parte, cuando se relacionó la variable “intensidad” con otras recogidas en el estudio, como las horas semanales que ven televisión los niños (HSrTV), ajustando por edad, sexo, formación familiar (CRF), y edad

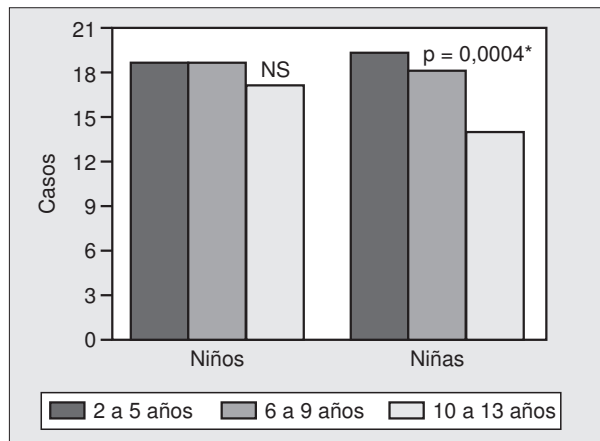


Figura 1. Intensidad de las alteraciones de conducta según edad y sexo. Las niñas más mayores presentaban menor frecuencia de conductas anómalas ($p = 0,011$, Mann-Witbney). *Kruskal-Wallis.

al inicio de ver televisión (Edad TV), mediante análisis de regresión múltiple, encontramos una relación muy significativa ($PTI = 24,38 - 0,50 \text{ Edad} - 1,46 \text{ Sexo} - 0,20 \text{ CRF} - 0,85 \text{ Edad TV} + 0,25 \text{ HSrTV}$), (574 casos; $r = 0,29$; $p < 0,001$), que nos indica que se asocia con una mayor frecuencia de conductas alteradas el pasar más horas delante del televisor y el comenzar a verla con menos edad, mientras que se asocia con una menor frecuencia de las mismas el tener más edad, el ser niña y el que los padres tengan mayor nivel de formación.

Al comparar las horas de televisión que ven los niños con alteraciones de la conducta con los que no las tienen, se encontró que, sin distinguir por edades, ven más horas de televisión los que presentan alteración de conducta, siendo esta diferencia de 2,84 h más a la semana ($p = 0,013$). Además, cuando se valoraron las preguntas del cuestionario de Eyberg que hacen referencia a la agresividad (cuestiones 8, 10, 11, 17, 18, 19, 24 y 26), existió una correlación débil pero significativa entre agresividad y horas semanales de televisión ($PTI \text{ preguntas agresividad} = 4,33 + 0,07 \text{ HSrTV}$; $r = 0,17$; $p < 0,001$), en el sentido de que puntúan más alto en las preguntas que reflejan agresividad los niños que más horas de televisión ven.

Analizando por grupos de edad no se observan diferencias en el número de horas de televisión en los niños que tienen alteraciones de conducta (PTI superior a 28), respecto a los que no las tienen si pertenecen al grupo de los pequeños, mientras que sí hay diferencias estadísticamente significativas conforme aumenta la edad: el grupo de medianos ve 4,56 h/semana más ($p = 0,014$), y el grupo de mayores 4,99 h/semana más ($p = 0,003$).

La asociación entre la presencia de alteraciones de conducta y otras variables (horas semanales de televisión, ver solo la televisión, rendimiento escolar y horas

semanales de lectura) mediante regresión logística (Logit $P(X) = -0,199 + 0,048 \text{ HSrTV} + 0,493 \text{ VeSolo} - 1,239 \text{ Rendi} - 0,137 \text{ Hlee}$) demostró que existe un mayor riesgo de alteraciones de conducta cuantas más horas de televisión se ven, si se ve solo, cuanto peor rendimiento escolar se tiene y cuanto menos tiempo se dedica a la lectura.

DISCUSIÓN

Las alteraciones de la conducta en la infancia han sido hasta ahora infradiagnosticadas en las consultas pediátricas debido a la falta de habilidad del pediatra en su sospecha, a la ausencia de métodos de cribado rápidos y fiables para su detección y a la tendencia, felizmente cada vez menor, de los padres a ocultar esos comportamientos anómalos de sus hijos¹². Es importante señalar la trascendencia que la detección temprana de esas conductas anómalas (que se alejan de lo que se considera la norma social) tiene para evitar la perpetuación del trastorno en la edad adulta, mediante una intervención en el ámbito familiar o una derivación a una unidad de salud mental.

Actualmente, mediante el cuestionario de Eyberg, los pediatras disponen de una herramienta que les permite obtener información sobre la conducta de los niños, además de indicar quiénes son los que requieren una mayor atención, y que serán aquellos niños que superen el punto de corte de la escala de intensidad. Además, dicho cuestionario, como método de cribado que es, resulta fácil de aplicar (se cumplimenta en 10-12 min) y fácil de evaluar (únicamente sumar los puntos en los dos apartados de que consta y comprobar si esta puntuación supera la media más una desviación estándar).

Al comparar las respuestas obtenidas en este estudio con las descritas en otros dos realizados recientemente en nuestro país, se observa que en el estudio catalán de García Tornel et al², referido a niños de 2 a 12 años, las tres conductas más frecuentes fueron “es demasiado inquieto”, “se enfada cuando no se sale con la suya” y “tarda en vestirse”, y las tres menos frecuentes fueron “roba”, “pega a los padres” y “responde mal a la gente mayor”. En el estudio vasco, realizado en niños de 3 a 5 años, de Fernández de Pinedo et al¹² las conductas más frecuentes fueron “se enfada cuando no se sale con la suya”, “le cuesta estar quieto un momento” y “en casa es muy desobediente”, y las menos frecuentes “pega a los padres”, “miente” y “discute con los padres sobre las normas de la casa”. En general, se aprecia que las conductas anómalas encontradas en los citados estudios coinciden con las descritas en nuestra comunidad, lo que significa que no hay grandes diferencias de comportamiento entre las distintas poblaciones infantiles de las tres comunidades autónomas.

La prevalencia descrita de alteraciones de conducta en la población infantil es muy variable, dependiendo de

los criterios utilizados para su definición. La mayoría de los autores refieren una prevalencia que oscila entre el 5 y el 15%^{16,17} cuando se usan unos criterios estrictos que se limitan a trastornos psiquiátricos más o menos importantes. Sin embargo, si se usan criterios no tan rigurosos, que incluyan casos subclínicos, la tasa de prevalencia aumenta hasta el 20%¹⁸, e incluso si los criterios se basan en las opiniones de los padres, siendo ellos los que deciden si sus hijos necesitan o no ayuda, la tasa de prevalencia llega hasta el 25,4%¹⁹.

Este estudio ha puesto de manifiesto que la prevalencia de alteraciones de la conducta es del 17,2% (puntuación superior a la media más una desviación estándar en el apartado de "intensidad"), variando la misma según la edad de los niños, y así oscila desde un 11,3% en los de 9 años hasta un 37,5% en los de dos años, siendo este porcentaje explicado porque probablemente los padres todavía no saben diferenciar una conducta alterada de lo que es el propio desarrollo del niño aunque, por otro lado, no se ha considerado la posible influencia producida por la persona que rellena el cuestionario (el padre o la madre). En definitiva, la detección de esos niños con alteración de la conducta permitirá que puedan beneficiarse de una eventual intervención precoz en el medio familiar.

Se observó que las niñas de 10 a 13 años presentaban una menor frecuencia de conductas anómalas que los niños, siendo esta diferencia significativa. Esto difiere de lo encontrado en el estudio catalán², en el que no se objetivaron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad, quizá porque el tamaño muestral era menor. Por el contrario, los datos de nuestro estudio pueden estar en consonancia con el mayor tiempo que las niñas de 10 a 13 años dedican a la lectura, así como con su mejor rendimiento escolar (datos no expuestos).

La vivencia preocupante, por parte de los padres, de las anomalías de conducta en sus hijos es similar en nuestra población y en la de los otros estudios, a pesar de que los niños de 10 a 13 años presentan más conductas inadecuadas que las niñas de esa misma edad. Sin embargo, los padres lo perciben de igual manera, lo que podría indicar que toleran más las conductas inadecuadas en los adolescentes varones.

Al relacionar la existencia de alteraciones de conducta con otras variables se comprueba que el ver más horas de televisión se asocia con una mayor frecuencia de conductas anómalas en niños, al igual que refieren otros autores^{20,21}. Del mismo modo, cuanto menor es la edad a la que comienza a ver la televisión más probabilidades hay de que surjan, a edades posteriores, alteraciones de conducta, lo que se explica porque los niños muy pequeños son ya capaces de imitar las conductas que ven en la pequeña pantalla²². Esto demuestra la importancia que tiene el no poner a los niños incontroladamente frente al televisor a edades tempranas, sobre todo antes

del inicio de la etapa escolar para evitar, de esta forma, que la pequeña pantalla se convierta en la primera y principal ventana abierta al mundo^{23,24}.

Cabe recordar aquí la influencia, ya demostrada, que el exceso de televisión, y sus contenidos violentos, tiene en la generación de conductas agresivas en algunos niños, como también se ha puesto de manifiesto en este estudio²⁵⁻²⁸. La población infantil permanece demasiado tiempo delante de la televisión, y aprende por impregnación²³ tanto lo bueno como lo malo que la misma les ofrece, recibiendo de forma continua, año tras año, mensajes que fomentan y premian los comportamientos agresivos. Esto es relevante, de forma particular, en los menores de 8 años, pues por debajo de esa edad los niños no discriminan correctamente entre realidad y fantasía, y no aplican, por tanto, ninguna autocritica a lo que ven, convirtiéndose ese grupo de niños pequeños en el más vulnerable frente a los contenidos televisivos^{21,24,26,29,30}.

Se puede afirmar que con respecto a la presencia de alteraciones de conducta, aparte del excesivo tiempo dedicado a ver la televisión, el verla sin la compañía de los padres incrementa el riesgo de desarrollar dichas alteraciones, mientras que un mayor tiempo dedicado a la lectura y el tener un mejor rendimiento escolar tiene un papel beneficioso pues disminuyen ese riesgo.

En definitiva, el cuestionario de Eyberg es un instrumento muy útil para la detección precoz de los trastornos de conducta en los niños, por lo que sería conveniente su utilización en los controles de salud que realiza el pediatra de atención primaria.

Agradecimientos

De forma muy especial, queremos agradecer la inestimable colaboración de todos los pediatras extrahospitalarios que han hecho posible la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Howard B. Tratamiento de los problemas del comportamiento en la consulta. En: Parker S, Zuckerman B, editores. *Pediatría del comportamiento y del desarrollo*. Barcelona: Masson-Little Brown, 1996; 54-59.
2. García-Tornel S, Calzada EJ, Eyberg SM, Mas JC, Vilamala C, Baraza C et al. Inventario Eyberg del comportamiento en niños. Normalización de la versión española y su utilidad para el pediatra extrahospitalario. *An Esp Pediatr* 1998; 48: 475-482.
3. Sood AA, Singh NN. Instrumentos diagnósticos. En: Parmelee DX, editor. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Harcourt Brace, 1997; 19-32.
4. Eyberg SM, Ross AW. Assessment of child behavior: the validation of a new inventory. *J Clin Child Psychol* 1978; 7: 113-116.
5. Squires JK, Nickel R, Bricker D. Use of parent-completed developmental questionnaires for child find and screening. *Inf Young Children* 1990; 3: 46-57.

6. García-Tornel S, Glascoe FP. Detección precoz de problemas del desarrollo por el pediatra: importancia de los padres. *Pediatr Integral* 1996; 2: 196-206.
7. Campbell SB, Ewing LJ. Follow-up of hard-to-manage preschoolers: adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31: 871-889.
8. Lahey B, Loeber R, Hart E, Applegate B, Zhang Q et al. Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: patterns and predictors of persistence. *J Abnormal Psychol* 1995; 104: 83-93.
9. Tojo. Televisión y salud infantil. El papel del pediatra y la pediatría. *An Esp Pediatr* 1990; 33 (Supl 43): 188-196.
10. Anastasea-Vlachou K, Fryssira-kanioura H, Papatthanasidou-Klontza D, Xipolita-Zachariadi N, Matsaniotis N. The effects of television viewing in Greece, and the role of the paediatrician: a familiar triangle revisited. *Eur J Pediatr* 1996; 155: 1057-1060.
11. Mur L, Fleta J, Garagorri JM, Moreno L, Bueno M. Actividad física y ocio en jóvenes. I: Influencia del nivel socioeconómico. *An Esp Pediatr* 1997; 46: 119-125.
12. Fernández de Pinedo R, Gorostiza E, Lafuente P, Ojembarrena E, Olaskoaga A. Versión española del ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory): medida de validez. *Aten Primaria* 1998; 21: 65-74.
13. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona: Doyma, 1991.
14. Baden AD, Howe GW. Mother's attributions and expectancies regarding their conduct disordered children. *J Abnorm Psychol* 1992; 20: 467-485.
15. Rapoport JL, Ismond DR. DSM-IV training guide for diagnosis of childhood disorders. Nueva York: Brunnel-Mazel, 1996.
16. Starfield B, Gross E, Wood M, Pantell R, Allen C, Gordon IB et al. Psychosocial and psychosomatic diagnoses in primary care of children. *Pediatrics* 1980; 66: 159-167.
17. Dumas JE. Conduct Disorder. En: Turner SM, Clahoun KS, Adams HE, editores. *Handbook of clinical behavior therapy*. (2.ª ed.). Nueva York: Wiley & Sons, 1992; 285-316.
18. Costello EJ. Primary care pediatrics and child psychopathology: a review of diagnostic, treatment and referral practices. *Pediatrics* 1986; 78: 1044-1051.
19. Costello EJ, Edelbrock C, Costello AJ, Dulkan MK, Burns BJ, Brent D. Psychopathology in pediatric care: the new hidden morbidity. *Pediatrics* 1988; 82: 415-424.
20. Singer DG. Children, adolescents, and television-1989: I. Television violence: a critique. *Pediatrics* 1989; 83: 445-446.
21. Singer MI, Slovak K, Frierson T, York P. Viewing preferences, symptoms of psychological trauma, and violent behaviors among children who watch television. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 1041-1048.
22. Meltzoff AN. Imitation of televised models by infants. *Child Dev* 1988; 59: 1221-1229.
23. Galdó G. La televisión y los niños. En: Prandi F, editor. *Pediatría práctica*. Barcelona: Prous, 1997; 65-76.
24. Bercedo Sanz A, Redondo Figuero C, Capa García L, González-Alciturri Casanueva M. Hábito televisivo del niño de Cantabria. *An Esp Pediatr* 1999; 131: 145.
25. American Academy of Pediatrics (Committee on Communications). Media violence. *Pediatrics* 1995; 95: 949-951.
26. Berkowitz CD. Violencia. En: Berkowitz CD, editor. *Pediatría en atención primaria*. México: MacGraw-Hill, 1998.
27. Willis E, Strasburger VC. Violencia en los medios de comunicación social. *Clin Ped Nort Am* (ed. esp.) 1998; 2: 293-306.
28. Strasburger VC, Donnerstein E. Children, adolescents, and the media: issues and solutions. *Pediatrics* 1999; 103: 129-139.
29. Grisolia JS. Nuestra oscura fascinación por la violencia. En: Sanmartín J, Grisolia JS, Grisolia S, editores. *Violencia, televisión y cine*. Barcelona: Ariel, 1998; 33-41.
30. Centerwall BS. Television and violence. The scale of the problem and where to go from here. *JAMA* 1992; 267: 3059-3063.