

# FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL PATRÓN OCUPACIONAL Y LA SALUD MENTAL INFANTIL

SANDRA LÓPEZ MERINO

Terapeuta ocupacional de la Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona. Especialización en Salud y Bienestar Comunitario.  
*slopez@cmppo.cat*

JOAQUÍN T. LIMONERO GARCÍA

Doctor en psicología. Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES). Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.

M<sup>a</sup> CARME ESQUÍ SERRA

Maestra en educación infantil. Coordinadora de estudios del Colegio Público Idefons Cerdà de Centelles.

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo consistió en conocer los factores socioculturales que afectan al patrón ocupacional de 116 niños entre 8 y 11 años de edad y su relación con la salud mental infantil. Sus respectivas familias y profesores respondieron a la versión española del *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). Los datos obtenidos muestran diferencias en las actividades según la edad y el nivel de estudios y estatus económico de los padres. La prevalencia de riesgo de trastornos es significativamente mayor en los niños que en las niñas, principalmente en los trastornos conductuales o de hiperactividad, aunque no se detectan diferencias importantes en la distribución de las actividades y su dedicación. PALABRAS CLAVE: salud mental, actividades extraescolares, desarrollo, infancia y prevención.

## ABSTRACT

SOCIOCULTURAL FACTORS TO THE OCCUPATIONAL PATTERN AND CHILD MENTAL HEALTH. The aim of this study was to investigate the sociocultural factors that affect children's occupational pattern to 116 children between the ages of 8 and 11 years old (50.9% boys, 49.1% girls) and their relation to child mental health. Their families and teachers participated in the study, responding the Spanish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). The data show differences in activities by age and educational level, as well as parental economic status. The prevalence of the risk of disorder is significantly higher in boys than in girls, particularly with behavioral disorders or hyperactivity, but no significant differences were detected in the distribution of activities and dedication to them. KEY WORDS: mental health, extracurricular activities, development, childhood and prevention.

## Introducción

Los cambios sociales y económicos que se han producido en las últimas décadas han provocado el interés y la preocupación por estudiar el uso que los niños y adolescentes hacen del tiempo fuera del horario lectivo y sus posibles efectos en el desarrollo emocional, social y cognitivo (Torrubia, 2007; Arranz et. al, 2010). Las rutinas diarias de niños y adolescentes se han visto afectadas por los cambios producidos en la sociedad, las formas de cuidado han variado, han aparecido nuevas tecnologías de la comunicación e información y un determinado número de niños dedican un considerable

tiempo fuera del horario lectivo a actividades sin supervisión adulta. Analizar su utilización y su organización proporciona una visión general de las experiencias de socialización diarias y las oportunidades de desarrollo de niños y adolescentes (Larson, 2001; Desha, Ziviani, 2007). Los agentes y contextos con los que interactúan pueden ser tanto una fuente de beneficio como de amenaza para su salud mental, bienestar y su funcionamiento. Un recurso cada vez más utilizado por los padres para conciliar horarios laborales y familiares son las actividades extraescolares, habiendo estudios que consideran que las características de estas actividades pueden incidir positivamente en el desarrollo del niño (Eccles, et. al, 2003; Darling, 2005; Trilla, Ríos, 2007). También se ha estudiado, aunque en menor medida, el potencial beneficio que pueden tener estas actividades en el ámbito de la salud mental (Huebner y Mancini, 2003; Torrubia 2007).

Los problemas de salud mental infantil inciden en el funcionamiento cotidiano y en la calidad de vida del niño y de su entorno (Ravens-Sieberer, 2008; Bot, De Leeuw Den Bouter, Adriaanse, 2011). Por este motivo, así como por la interferencia que se produce en la vida familiar y social, y los costes económicos que conlleva, el estudio de la salud mental infantil debe ser uno de los temas prioritarios en la salud pública y la política sanitaria (Rajmil et. al, 2010). Una de estas líneas de investigación se ha dedicado a comprobar el potencial papel protector de las actividades extraescolares frente al comportamiento de riesgo y al comportamiento antisocial (Fauth et. al, 2007) y al consumo de sustancias ilegales (Darling, 2005). Los datos que se obtienen en general sobre factores que intervienen en la salud mental infantil son poco concluyentes y poco comparables, debido, en parte, a la no coincidencia de las variables estudiadas y a la terminología utilizada. La mayoría de trabajos realizados se han centrado en población adolescente básicamente norteamericana. En ellos se observa una importante diferencia en el papel que ejerce la educación paterna y el nivel socioeconómico familiar en la salud mental del niño. Donde niños hijos de padres con un nivel de escolarización y un nivel socioeconómico familiar bajo, presentan más trastornos mentales infantiles que los demás, principalmente trastornos de conducta.

Uno de los modelos que mejor explica la relación entre ocupación y salud mental, es el Modelo de la Ocupación Humana (Kielhofner, 1991). Dicho modelo destaca la inseparabilidad de la persona y el ambiente, y la influencia que éste último ejerce sobre lo que una persona hace, y el modo en que éste influye en la participación ocupacional, describiendo el patrón ocupacional como un "conjunto de actividades organizadas en manera, lugar y tiempo adecuados al entorno cultural y el ciclo de vida que vive, y que representan el hacer de la persona de manera individual y única, que establece una rutina integrada en el entorno y que viene condicionada por este, (p. 143)". A la vez, las principales variables que pueden interferir en el que hacer y la salud mental del niño según muestra la literatura pueden ser en primer lugar factores biológicos, como el componente genético o factores del desarrollo fetal (Ramos, 2007), la estructuración horaria del ciclo circadiano (Peirano, 2004) y el sexo y edad (Torrubia y Batlle, 2004). En segundo lugar, factores sociales en su entorno más próximo como la estructura familiar, la incorporación de la mujer

en el mundo laboral y consecuentemente los cambios en los roles de los diversos miembros de la familia, la escuela y el barrio (Torrubia 2007; Bot, De Leeuw Den Bouter, Adriaanse, 2011). Finalmente, afectarían los factores económicos y culturales cómo la ocupación y el nivel de estudios de los padres, cultura de procedencia y nivel económico familiar (McHale, 2001; Rajmil et. al, 2010). Estos cambios sociales han comportado cambios importantes en los patrones ocupacionales de los niños como la realización de más actividades extraescolares, pasar menos tiempo en compañía de iguales y dedicar menos tiempo a jugar en la calle y más en actividades individuales con las nuevas tecnologías.

El objetivo de este estudio consistió en examinar los factores socioculturales que ejercen como factores protectores o de riesgo y que intervienen directamente en el patrón ocupacional, y la posible relación con problemas conductuales o psicopatológicos. Se plantea que los niños con problemas de salud mental presentarán patrones ocupacionales distintos, con mayor desequilibrio en las áreas ocupacionales respecto los niños que no manifestarán síntomas de trastorno mental. El estudio se ha llevado a cabo en estudiantes de educación primaria para obtener los datos poblacionales y concretar mejor las referencias sobre la salud de la población y conocer cómo los factores socioculturales pueden influir en la salud mental de los niños y adolescentes (Goodman, 1999).

## Método

### *Participantes*

A 196 niños de una escuela pública de educación primaria se les invitó a participar en el estudio solicitando la autorización paterna. Finalmente, 116 (50,9% niños y 49,1% niñas) decidieron participar anónima y voluntariamente. Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: tener entre 8 y 11 años de edad (25,9% tercero, 26,7% cuarto, 23,3% quinto y el 24,1% de sexto curso de primaria) en el momento de cumplimentar el cuestionario y la aceptación (autorización) firmada de los padres de que su hijo participara en el estudio de forma desinteresada. Se excluyeron todos aquellos niños que no hubieran presentado la autorización firmada de los padres.

### *Instrumentos y variables*

Versión española del *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), Goodman (1997). Se trata de un cuestionario de cribado de psicopatología infantil y juvenil y comportamiento prosocial traducido a más de 40 idiomas. Se ha utilizado en muchos países y ha obtenido propiedades psicométricas adecuadas para las diversas versiones (alfa de cronbach = 0,74). Formado por 25 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 3 puntos, están dirigidos a evaluar las conductas de niños y adolescentes de 4 a 16 años. La versión inicial se compone de una puntuación total de dificultades y 5 escalas: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con los compañeros y conducta prosocial. Cuenta con dos versiones paralelas para padres y maestros. En este caso, se utilizó la versión que incluye un suplemento de impacto (vida familiar, amistades, aprendizaje escolar y

actividades del tiempo libre), que según Goodman (1999), permite discriminar mejor entre muestras clínicas y comunitarias.

Adaptación del Cuestionario Ocupacional (herramienta cualitativa propia del Modelo de la Ocupación Humana). En él, se solicita a la persona que comunique lo que hace cada periodo de 30 minutos de vigilia durante los días laborables y los fines de semana y lo clasifique por tipo de actividad, cuanto lo disfrutan, lo importante que es y lo bien que lo hacen. Nos proporciona nociones volitivas del patrón de actividades, así como de hábitos de la persona (uso típico del tiempo) y de su participación ocupacional (tipo de actividades). Y por último, la elaboración propia de un cuestionario que incluye información sobre los diferentes factores del entorno socioeconómico y sociocultural que intervienen en el patrón ocupacional y que son de interés para el estudio.

Las tres herramientas se presentaron en un solo cuaderno anexado con el consentimiento informado de los tutores y el compromiso del propio investigador. A partir de la información obtenida por los diferentes instrumentos comentados anteriormente se obtuvieron datos respecto a las siguientes variables e indicadores del estudio:

- Variables e indicadores socioculturales: edad, sexo y cultura. Se ha creado el indicador *Familia*, teniendo en cuenta las variables núcleo familiar y consistencia del núcleo. Y por último el indicador nivel socioeconómico según el nivel económico familiar, estudios del padre y de la madre, ocupación del padre y de la madre, y horario de trabajo (Torrubia, 2007).
- Variables e indicadores ocupacionales del niño o niña, con el indicador patrón ocupacional: Considera los hábitos de rutina y la organización de las tareas según las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales y actividades avanzadas. Por lo tanto definimos *patrón ocupacional* (Kielhofner, 1999) según estructura, el tipo de actividades y horas de dedicación.
- Variables e indicadores psicopatológicos: características personales y antecedentes familiares o diagnóstico actual. Este indicador procede de los resultados obtenidos a partir de los siguientes indicadores del SDQ (Goodman 2005, 2012): emocionales, conductuales, hiperactividad, relación con los compañeros, actitud prosocial y dificultades del niño o niña.

#### *Procedimiento*

Una vez la escuela y los tutores de las aulas de educación primaria decidieron participar, se adaptó el estudio a la dinámica habitual del centro y se elaboró conjuntamente una carta informativa que se envió por correo a todas las familias candidatas, donde se explicaban los objetivos del estudio y la importancia de su participación. A las familias que expresaron su interés en participar en el estudio (123, de las cuales 116 cumplieron los requisitos) se les entregó por correo el cuaderno que debían responder y en un tiempo máximo de 15 días devolver debidamente cumplimentado. Posteriormente, seis meses después de iniciar el curso y para evitar sesgos, se realizó la última

etapa de obtención de datos, dónde los tutores rellenaron la versión para maestros del SDQ.

### *Análisis estadístico*

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la variable dependiente (riesgo de psicopatología) y de las variables independientes (socioeconómicas, socioculturales y ocupacionales). Para analizar la asociación entre la variable dependiente y las independientes se realizaron pruebas *de Ji cuadrado* y pruebas de comparación de medias con la prueba de la *t de Student* y el test ANOVA, aceptando una significación de  $p < 0,05$  y un intervalo de confianza (IC 95%), a través del programa estadístico PASW- SPSS v.18.

### Resultados

En la Tabla 1 se presenta la distribución de la muestra según las principales características socioculturales recogidas. La muestra está equitativamente repartida según sexo y curso escolar. El tipo de familia predominante es la nuclear, aunque solo el 69,2 % representa la familia con los progenitores de origen, frente al 30,8% consolidada posteriormente al nacimiento del hijo. Si tenemos en cuenta el nivel de estudios familiar, en el 29,7% ninguno de los progenitores tiene estudios, 19,1% por lo menos uno de ellos tiene estudios y el 59,1% los dos tienen estudios. Cuanto mayor es el nivel de estudios de los padres mayor es la dedicación de los niños en actividades musicales ( $t = 3,673$ ;  $p < 0,005$ ) y de expresión ( $t = 2,624$ ;  $p < 0,05$ ). La principal diferencia en la variable ocupación de los padres se observa en la situación de desempleo o pensionista con un 27% en el caso de la mujer y sólo el 6% en el caso de los hombres. En el caso de las mujeres, casi el 50% trabajan jornada completa frente el 77% de los hombres y el 20 % jornada parcial de mañanas. A consecuencia de ello, la variable cuidador, muestra que el 63,2% de los niños están atendidos por más personas que los progenitores, siendo el cuidador principal los abuelos con un 68,2%, mientras que en 10% dicha tarea la realiza una persona ajena a la familia.

La mitad de las familias del estudio perciben un nivel medio de ingresos económicos, en el 21,8 % el nivel económico es bajo o muy precario y el 28,2% tienen un nivel económico medio-alto o alto. Los niños de nivel económico bajo y medio dedican mayor horas a tareas domésticas ( $t = 2,214$ ;  $p < 0,05$ ) y deportivas ( $t = 2,754$ ;  $p < 0,05$ ) y menor en actividades de refuerzo ( $t = 4,40$ ;  $p < 0,005$ ).

Las principales variables socioculturales estudiadas que interfieren en tener o no mayor riesgo de padecer problemas conductuales o psicopatológicos fue ( $p < 0,05$ ) superior en niños (65,7%) que en niñas (34,2%). Destacaremos que el 43,7% de los casos se encuentran en tercer curso (8 años de edad) con una alta representación de trastornos conductuales. En el caso de los trastornos conductuales el 71,8% se representan en niños ( $p < 0,005$ ), y en el caso de hiperactividad no es significativo pero también es muy superior. El bajo nivel de estudios de los padres, en el caso del hombre es muy significativo ( $p < 0,005$ ), principalmente en los trastornos conductuales ( $p < 0,005$ ). El nivel socioeconómico familiar bajo muestra una mayor prevalencia en el riesgo de

padecer trastornos y, más estrechamente, relacionados con los conductuales ( $p < 0,05$ ).

En el caso de la participación en actividades y la dedicación en horas, tal y como se muestra en la Tabla 2, se aprecian diferencias significativas entre sexos en la práctica de deporte ( $t = 4.41$ ,  $p < 0,05$  y un IC 95% (0,03-1,21)). En la muestra con un IC del 95%, los niños realizan 0,21-1,14 horas más en actividades deportivas a la semana que las niñas.

Si lo analizamos según edad, existen diferencias. Los niños de 8 y 9 años dedican más horas a dormir ( $t = 3,115$ ;  $p < 0,005$ ; IC 95% 0,1167-0,5150), más horas en actividades de expresión ( $t = 3,135$ ;  $p < 0,005$ ; IC 95% 0,044-0,307) y en lenguas ( $t = 2,673$ ;  $p < 0,05$ ; IC 95% 0,177-0,786). En cambio, los niños de 10 y 11 años practican más deporte ( $t = 2,116$ ;  $p < 0,05$ ; IC 95% 1,262-0,04) y dedican mayor horas a tareas escolares o de lectura ( $t = 2,080$ ;  $p < 0,05$ ; IC 95% 1,903-0,042).

Según los resultados finales del SDQ, un 32.8% de la muestra está en riesgo de padecer algún trastorno mental. De estos, un 52,6 % presentan riesgo en más de una esfera (emocional, conductual y hiperactividad). Como se muestra en la Tabla 3, existen algunas diferencias en la dedicación de horas respecto las actividades instrumentales ( $p < 0,05$ ), con una mayor dedicación en el caso de riesgo psicopatológico, y en el caso de la participación en actividades extraescolares de tipo musical y de expresión se muestra significativo debido a la no participación de ningún caso de riesgo en este tipo de actividades. En extraescolares de lenguas, los niños con riesgo de trastorno emocional e hiperactividad muestran una media inferior de dedicación que el resto.

### Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos nos orientan respecto al tipo de actividades que realizan los niños de educación primaria reafirmando los resultados de otros estudios (Aláez, Martínez y Rodríguez, 2000, Torrubia, 2007). Aunque existen diferencias significativas en la participación en actividades de expresión, música y lenguas, no tenemos suficientes datos para definir un patrón ocupacional característico. Podríamos decir, entonces, que hay menor participación de los niños en riesgo en aquellas actividades que requieren una mayor capacidad de concentración y habilidades. En el caso de la participación en actividades extraescolares no hay resultados significativos, pero podemos observar en los trastornos emocionales e hiperactividad, que el no realizarlas podría ser un factor de riesgo.

Las diferencias obtenidas en psicopatología, según el sexo, se corroboran los datos obtenidos en otros estudios realizados utilizando el mismo instrumento, como es el caso de un estudio llevado a cabo en Alemania (Bettge, Ravens, Wille, 2008), y dentro de éste en el subestudio BELLA donde también se observaron diferencias de género en la salud mental, que se asoció a las puntuaciones totales del SDQ y a las dimensiones emocionales, de conducta e hiperactividad. Aunque en la literatura científica, prevalece la causa genética o neurobiológica como sustrato etiológico único en la mayoría de los

trastornos graves y frecuentes, los resultados de nuestro estudio demuestran que el nivel económico y el entorno familiar son factores asociados a la salud mental infantil, obteniendo resultados similares a otros estudios realizados anteriormente donde los niños de familias menos favorecidas, con ambiente familiar desestructurado, presentaron mayor probabilidad de tener problemas de salud mental que sus pares de familias más favorecidas (Bradley, Corwyn, 2002; Dooley, Stewart. 2007; Ravens-Sieberer, et. al, 2008; Davis, et. a, 2010; Sonogo, et. al 2012 ). Los padres son los principales agentes de socialización e influyen directa e indirectamente en las actividades que ocupan parte del tiempo libre de sus hijos (Huebner y Mancini, 2003; Hutchinson, Baldwin y Caldwell, 2003). Según los resultados, podemos decir que los estilos de vida de los padres pueden influir en el sentido de promover que use el tiempo fuera del horario lectivo (Kielhofner, 2004; Youngblade, et. al, 2007) y favorecer y desarrollar habilidades y competencias relacionadas con un funcionamiento saludable y autónomo del niño; o todo lo contrario, implicarlos en actividades o ser cuidados por personas que puedan conducirles a actividades poco productivas o desadaptativas.

Estudios como el presente de base poblacional, pueden tener algunas ventajas respecto a los estudios clínicos, utilizando como base de estudio población sana o no modificada por el tratamiento clínico. Aún así, el estudio presenta algunas limitaciones que se deberían tener en cuenta en futuras direcciones del estudio. La muestra es pequeña y procedente de una misma escuela y al realizarse por correo ordinario la cumplimentación de los datos, ha hecho que la representación de la población inmigrante haya sido muy baja, posiblemente en algunas familias por la no comprensión del idioma. También hubiese sido interesante hacer una reunión informativa previa sobre el procedimiento del estudio y la cumplimentación de los cuestionarios, que finalmente no se pudo realizar para no interferir en el funcionamiento de la escuela.

El estudio reafirma los datos encontrados en la literatura respecto la influencia del nivel socioeconómico familiar en el buen desarrollo mental del niño y abre las puertas a seguir con una línea de investigación multidisciplinar y holística del niño y adolescente, para profundizar en los factores que pueden estar interfiriendo en el desarrollo de una buena salud mental infantil. El mecanismo por el que estos factores pueden influir en la salud mental infantil podría estar relacionado con la falta de recursos, tanto materiales como educacionales, y de apoyo social para lograr un crecimiento y desarrollo armónicos, sean estos factores de influencia directa o indirecta a través del estrés psicosocial parental y del entorno.

Los problemas de salud mental afectan a un 10-20 % de niños y adolescentes de todo el mundo, y a pesar de su relevancia como principal causa de salud relacionado con la disminución de las habilidades y la calidad de vida , y sus efectos duraderos a lo largo de su vida, no son en muchos países una cuestión de salud pública. En una situación de crisis económica como la que se está viviendo en estos últimos años, es fundamental seguir investigando e implementar proyectos para la prevención y detección desde las escuelas y

atención primaria de salud (Gaspar de Matos, et. al, 2012), para reducir la carga de los problemas de salud mental en las próximas generaciones y permitir el pleno desarrollo de los niños y adolescentes más vulnerables. Los resultados nos ofrecen una orientación sobre grupos más vulnerables y que pueden ser foco de intervención en programas de prevención y promoción de la salud mental infantil en escuelas o recursos de atención comunitaria.

### Agradecimientos

Agradecemos la colaboración desinteresada de la directora de la escuela *Ildelfons Cerdà* de Centelles, la Sra. Eulàlia Barquer, y la participación de todos los tutores de tercero, cuarto, quinto y sexto curso que nos facilitaron el acceso a las familias y nos ayudaron en la recogida y codificación de todos los datos, facilitando espacios libres para que los profesores pudieran colaborar en la cumplimentación del instrumento. A todos ellos, y a todas aquellas familias que decidieron participar voluntariamente, muchas gracias.

### Bibliografía

- ALÁEZ, M; MARTINEZ-ARIAS, R Y RODRIQUEZ -SUTIL, C (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicotherma*, 12 (4), 525-532.
- BRADLEY, R. H Y CORWYN, R. F (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53,371-99.
- BOT, M; DE LEEUW DEN BOUTER; ADRIAANSE, M. C (2011). Prevalence of psychosocial problems in Dutch children aged 8-12 years and its association with risk factors and quality of life. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Vol 20, 4, 1-9.
- DARLING, N (2005). Participation in extracurricular activities and adolescent adjustment: cross-sectional and longitudinal findings. *Journal of Youth and Adolescents*, 34(5), 493-505.
- DARLING, N; CALDWELL, L Y SMITH, R (2005). Participation in school-based extracurricular activities adjustment. *Journal of Leisure Research*, 37(1), 51-76.
- DAVIS, E; SAWYER, M. G; LO, S. K; PRIEST N; WAKE, M (2010). Socioeconomic risk factors for mental health problems in 4-5-year-old children: Australian population study. *Acad Pediatr*. 10(1):41-7.
- DESHA, N. AND ZIVIANI, J M (2007). Use of time in childhood and adolescent: a literature review on the nature of activity participation and depression. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 4-10.
- DOOLEY, M AND STEWART, J (2007). Family income, parenting styles and child behavioral-emotional outcomes. *Health Economics*, 16,145-62.
- ECCLES, J. S; BARBER, B. L; STONE, M et al (2003). Extracurricular activities and adolescent development. *Journal of Social Issue*, 59(4), 865-889.
- FAUTH, R. C; ROTH, J. L. Y BROOKS-GUNN, J. (2007). Does the neighborhood context alter the link between youth's afterschool time activities and developmental outcomes? A multilevel analysis. *Developmental Psychology*, 43 (3), 760-777.
- GASPAR DE MATOS, M; TOMÉ, G; BORGES, A. I et al (2012). Anxiety, Depression and Coping: CDI, MASC and CRI-Y for Screening Purposes in Schools. *Spanish Journal of Psychology*, Vol. 15, 348-356.

GOODMAN, R (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaires as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791- 799.

GOODMAN, R. (2001) Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.

GOODMAN A, GOODMAN R (2012). Strengths and Difficulties Questionnaire scores and mental health in looked after children. *Br J Psychiatry*, 200:426-7.

GOODMAN, R; FORD, T; SIMMONS, N et al (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.

HUEBNER, A J AND MANCINI, J. A (2003) Shaping structured out-of-school time use among youth: the effects of self, family, and friend systems. *Youth and Adolescence*, 32(6), 453- 463.

KIELHOFNER, G (2004). *Modelo de la Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. Madrid, Panamericana.

KIELING, C; BAKER-HENNINGHAM, H; BELFER, M et al (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, 22; 378(9801):1515-25

LARSON, R. W (2001). How U.S children and adolescents spend time: what it does (and doesn't) tell us about their development. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 160-164

LARSON, R; DWORKIN, J. AND GILLMAN, S (2001). Facilitating adolescents constructive use of time in one-parent families. *Applied Developmental Science*, 5(3), 145-157.

MC HALE, S. M; CROUTER, A. C AND TUCKER, C. J (2001). Free time activities in middle childhood. Links with adjustment in early adolescence. *Child Development*, 72, 1764-1778.

RAJMIL, L; LÓPEZ, A. S; MOMPART, P. A et al (2010). Desigualdades sociales en la salud mental infantil en Cataluña. *Anales de Pediatría*, 73(5), 233-240.

RAVENS-SIEBERER, U; ERHART, M; GOSCH, A; WILLE, N (2008). Mental health of children and adolescents in 12 European countries-results from the European KIDSCREEN study. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 15, 154-163.

ROTHENBERGER, A AND WOERNER, W (2004). Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)- Evaluations and applications. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, ii1-2.

SONEGO, M; LLÁCER, A; GALÁN, I et al (2012). The influence of parenteral education on child mental health in Spain. *Quality life Research*, Feb.23.

TORRUBIA, R I BATLLE, R (2002). Eduquem més enllà de l'horari lectiu. Barcelona: FAPAC i Fundació Catalana de l'Esplai.

TORRUBIA, R (Coord.) (2007). Família i Educació a Catalunya. Trabajo no publicado, Fundació Jaume Bofill.

TRILLA, J I RÍOS, O (2005). Les activitats extraescolars: diferències i desigualtats. Infància, família i canvi social a Catalunya. Barcelona: Consorci Institut d'Infància i Món Urbà.

WILLE, N; BETTGE, S; RAVENS-SIEBERER, U (2008). The BELLA study. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 133-147.

YOUNGBLADE, L. M AND THEOKAS, C (2006). The multiple contexts of youth development: Implications for theory, research, and practice. *Applied Developmental Science*, 10, 58-60.

YOUNGBLADE, L. M; THEOKAS, C; SCHULENBERG, J et al (2007). Risk and promotive factors in families, schools, and communities: a contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics*, 119 (Suppl.1), 47-53

## Anexos

Tabla 1. Relación de variables socioculturales con riesgo diagnóstico

	Muestra		Población en riesgo			
			General	Tras. Emocional	Tras. Conductual	Tras. Hiperactividad
	N	%	X <sup>2</sup> / p	X <sup>2</sup> / p	X <sup>2</sup> / p	X <sup>2</sup> / p
<b>Sexo</b>			5,039	0,450	7,807	3,101
Masculino	59	50,9	(p<0,05)*	(p<0,05)*	(p<0,005)**	(p= 0,078)
Femenino	57	49,1				
<b>Curso escolar</b>						
Tercero	30	25,9	5,171	6,483	7,439	3,395
Cuarto	31	26,7	(p=0,160)	(p=0,09)	(p=0,059)	(p=0,335)
Quinto	27	23,3				
Sexto	28	24,1				
<b>Núcleo familiar</b>						
Nuclear	93	80,2	3,449	5,544	4,504	3,522
Monoparental	13	11,2	(p=0,327)	(p=0,136)	(p=0,212)	(p=0,318)
Extensa	5	4,3				
Reconstituida	5	4,3				
<b>Consolidación</b>						
Desde que ha nacido el hijo	74	69,2	2,513	2,861	1,788	2,687
Posterior	33	30,8	(p=0,113)	(p=0,091)	(p=0,181)	(p=0,101)
<b>Estudios del padre</b>						
Sin estudios/ Estudios Básicos	68	58,6	9,811	5,056	14,260	2,699
Formación profesional	32	27,6	(p<0,005)**	(p<0,05)*	(p<0,005)**	(p=0,100)
Diplomatura o superior	16	13,8				
<b>Estudios de la madre</b>						
Sin estudios/ Estudios Básicos	55	47,8	2,723	2,935	6,350	4,550
Formación profesional	26	22,6	(p=0,099)	(p=0,087)	(p<0,05)*	(p<0,05)*
Diplomatura o superior	34	29,6				
<b>Ocupación del padre</b>						
Desocupado, pensionista u otras	7	6,0	3,826	1,533	1,300	6,321
Industria y servicios	53	45,7	(p=0,777)	(p=0,148)	(p=0,465)	(p=0,522)
Empresario, técnico o funcionario	56	48,3				
<b>Ocupación de la madre</b>						
Desocupado, pensionista u otras	31	26,7	0,341	0,290	1,835	0,855
Industria y servicios	46	39,7	(p=0,843)	(p=0,865)	(p=0,399)	(p=0,652)
Empresario, técnico o funcionario	38	32,8				
<b>Ingresos familiares</b>						
Bajo	45	40,9	6,711	7,340	4,390	3,971
Medio	48	43,6	(p<0,05)*	(p<0,05)*	(p=0,111)	(p=0,137)
Alto	17	15,5				
<b>Nivel socioeconómico familiar</b>						
Bajo	28	25,7	6,321	5,704	8,641	4,498
Medio	50	45,9	(p<0,05)*	(p=0,058)	(p<0,05)*	(p=0,106)
Alto	31	28,4				
<b>Número de amistades</b>						
Ninguna	8	7,0	1,984	7,806	0,592	10,870
Entre 1-3	59	51,3	(p=0,371)	(p<0,05)*	(p=0,744)	(p<0,005)**
Más de tres	48	41,7				

\* p < = 0,05 / \*\* p < = 0,005

Tabla 2. Participación de la muestra en actividades y dedicación según el sexo.

Tipo de actividad	N	Media horas semana	IC95%	N	Media horas Semana	IC 95%	t / F	p
Horas de sueño (diarias)	58	9,69	9,55 – 9,83	56	9,82	9,67 – 9,98	-	0,212
AVD							1,256	
Instrumentales	57	1,48	1,07 – 1,89	54	1,64	1,24 – 2,04	-	0,584
Cura de otros	16	1,68	1,29 – 2,09	21	1,50	1,08 – 1,92	-	0,512
Tareas domésticas	34	1,68	1,24 – 2,11	35	1,58	1,25 – 1,92	0,549	0,738
AVD Avanzadas	57	15,46	14,61 – 16,32	54	14,25	13,34 –	0,663	0,054
Actividades extraescolares	52	3,80	3,28 – 4,32	51	3,69	15,16	0,336	0,795
AE. Deportiva						3,05 – 4,33	1,952	
AE. Musical	47	2,87	2,50 – 3,25	38	2,25		0,261	<0,05*
AE. Refuerzo	9	2,89	1,86 – 3,92	10	3,25	1,77 – 2,72		0,666
AE. Expresión	9	3,05	2,01 – 4,10	12	3,75	1,74 – 4,76	4,412	0,291
AE. Lenguas	1	2		6	1,33	2,76 – 4,71	0,193	0,191
Lectura / Estudios	14	1,73	1,65 – 2,07	18	1,78	0,90 – 1,76	1,179	0,583
Jugar	56	4,33	3,73 – 4,93	54	3,93	1,56 – 1,99	2,286	0,397
TV/ Videojuegos	49	3,59	3,13 – 4,05	43	3,25	3,18 – 4,67	0,308	0,357
	56	4,49	3,82 – 5,16	54	3,93	2,67 – 3,84	0,851	0,204
						3,35 – 4,51	0,926	
							1,279	

\* p < = 0,05 / \*\* p < = 0,005

Tabla 3. Participación en actividades y dedicación según riesgo en salud mental.

Riesgo psicopatológico	N=38		Trastorno Emocional N=19 / 16,4%		Trastorno Conductual N=32 / 27,6%		Trastorno Hiperactividad N=17 / 14,7%	
	t / F	p	t/F	P	t/F	p	t/F	p
Horas de sueño (diarias)	-0,39	0,70	-1,57	0,12	-0,98	0,33	-0,68	0,49
AVD Instrumentales	-2,05	<0,05*	1,32	0,19	-2,31	<0,05*	1,18	0,24
Cura de otros	-0,31	0,76	2,57	<0,05*	-0,78	0,44	2,21	<0,05*
Tareas domésticas	-1,36	0,19	1,03	0,31	-1,59	0,12	0,15	0,88
AVD Avanzadas	1,35	0,18	1,87	0,06	1,27	0,21	1,08	0,27
Actividades extraescolares	1,16	0,25	1,09	0,29	0,42	0,47	1,57	0,12
AE. Deportiva	1,22	0,25	1,94	<0,05*	0,27	0,81	1,45	0,15
AE. Musical	1,80	0,07	2,12	<0,05*	1,31	0,19	4,12	<0,005**
AE. Refuerzo	-1,79	0,08	-1,91	0,07	-0,79	0,43	-1,52	0,15
AE. Expresión	2,64	<0,05*	2,62	<0,05*	2,63	<0,05*	2,61	<0,05*
AE. Lenguas	1,11	0,27	3,20	<0,005*	0,38	0,70	2,77	<0,05*
Lectura / Estudios	0,66	0,51	1,88	0,06	0,11	0,91	1,78	0,08
Jugar	0,34	0,75	-1,30	0,20	1,29	0,20	-1,63	0,11
TV/ Videojuegos	-0,38	0,71	0,01	0,99	-0,16	0,87	0,06	0,20

\* p < = 0,05 / \*\* p < = 0,005