



Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología

*"Propiedades psicométricas y estandarización de la versión  
para padres del Strengths and difficulties questionnaire  
(SDQ) en niños/as de 4 a 11 años  
De la Región Metropolitana"*

Memoria para optar al Título de Psicóloga

**Profesora patrocinante:** Ps. Claudia Capella Sepúlveda

**Profesor guía:** Ps. Andrés Antivilo Bruna

**Autora:** Lic. Paulina Brown Orellana

Santiago, 2012

## AGRADECIMIENTOS

*Quisiera agradecer en primer lugar a los docentes de la Universidad de Chile que colaboraron en este estudio. A Claudia Capella y a Andres Antivilo, por su excelente disposición y orientación, pero sobre todo por su confianza, aprobación y apoyo a lo largo de este proceso.*

*Doy gracias a mi familia y amigos, en especial a Alessandra, Javiera, Katarina, Catalina y Mariana que me alentaron y apoyaron emocionalmente en todo momento. Y a Sebastián, que llegó a mi vida a darme el empujoncito final que necesitaba en esta última etapa.*

*Por último quisiera agradecer a los directores, jefas de UTP, apoderados y alumnos de los establecimientos educacionales que con su disposición e interés aceptaron participar de esta investigación. En especial al colegio Pedro de Valdivia Peñalolén y Agustinas.*

## **RESUMEN**

El Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) fue creado para la evaluación de problemas emocionales y conductuales en niños y adolescentes y se ha convertido en uno de los instrumentos de medición más utilizados en el campo de la salud mental infanto juvenil. La presente investigación se plantea como objetivo general estimar evidencias de validez y confiabilidad que presenta el SDQ versión para padres, como respuesta a la escasez de instrumentos de tamizaje validados que evalúan psicopatología infanto juvenil en Chile.

Se realiza una investigación con un diseño de tipo no experimental transversal, en cuanto a su profundidad es una investigación de tipo descriptiva y relacional. Asimismo, se la puede considerar una investigación psicométrica.

A partir de una muestra de 791 niños entre 4 a 11 años, provenientes de distintos tipos de establecimientos educacionales, se realizaron las evaluaciones de las propiedades psicométricas del SDQ, y las comparaciones entre grupos según edad, sexo, tipo de establecimiento y asistencia a profesional de la salud mental de los participantes. Los resultados obtenidos indicaron un nivel de confiabilidad adecuado para el puntaje total SDQ, aunque un nivel insatisfactorio para las 5 escalas que lo componen. En relación a las evidencias de validez basadas en la estructura interna, se concluyó que ninguna de las soluciones da cuenta satisfactoriamente de la estructura original del SDQ propuesta por Goodman. Se encontraron diferencias entre los grupos, principalmente de acuerdo al tipo de establecimiento y a la asistencia a profesional de la salud mental.

Se concluye que la presente investigación constituye el primer paso en la evaluación de las propiedades psicométricas del SDQ en Chile. Y deja abierta la posibilidad de que en futuras investigaciones se evalúen las propiedades psicométricas del SDQ en sus otras dos versiones: profesor y autoreporte del adolescente.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO TEÓRICO .....	9
I.- PSICOPATOLOGÍA INFANTO JUVENIL DESDE UNA PERSPECTIVA EVOLUTIVA	
1. Psicopatología evolutiva.....	9
2. Características de la psicopatología infantil.....	11
3. Clasificación de los trastornos infanto-juveniles .....	13
4. Epidemiología en psicopatología Infantil .....	16
II.- EVALUACIÓN DIAGNOSTICA .....	18
1. Uso de la entrevista en evaluación diagnóstica.....	18
2. Contexto de uso y desarrollo de instrumentos de medición.....	20
3. Instrumentos utilizados en evaluación diagnóstica .....	22
III. - STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ) .....	25
1. Identificación y descripción.....	25
2. Evidencias en torno a confiabilidad y validez .....	26
OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....	32
I.- OBJETIVOS.....	32
1. Objetivo General .....	32
2. Objetivos Específicos .....	32
II.- HIPÓTESIS.....	33
MÉTODO.....	34
I.- DISEÑO Y PROFUNDIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
II.- DEFINICIÓN DE VARIABLES .....	34
1. Definiciones conceptuales de variables en estudio .....	34
2. Variables de estratificación de la muestra .....	37
III.- POBLACIÓN Y MUESTRA .....	38
IV.- INSTRUMENTO .....	39
V.- ANÁLISIS ESTADÍSTICOS .....	40
RESULTADOS .....	41
I.- Análisis de la muestra según categoría diagnóstica SDQ .....	42
II.- Propiedades psicométricas del SDQ.....	50
1. Confiabilidad .....	50
2. Evidencias de validez basadas en la estructura interna .....	50
DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES .....	53
I.- Contraste de hipótesis .....	53
II.- Cumplimiento de objetivos .....	55
III. Aportes, limitaciones y proyecciones del estudio.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS.....	68

## **INTRODUCCIÓN**

En la psicopatología del desarrollo o evolutiva, la atención se centra en el estudio de la patología, es decir, en las desviaciones del curso normal del desarrollo (Wenar, 1994, citado en Sepúlveda y Capella, 2012; Sroufe & Rutter, 1984; Cicchetti & Toth, 2009; Almonte, 2003a). Esto implica que es fundamental conocer los procesos de desarrollo normal de los individuos y desde ahí observar cómo la psicopatología se presentará de diferentes maneras, en las distintas fases del desarrollo.

Al poner el foco de atención en la psicopatología infantil, “La Organización mundial de la salud ha declarado que los trastornos psiquiátricos que comienzan en la niñez, deben ser motivo de preocupación para la salud pública” (De La Barra, 2009a, p. 175). A través de las cifras que muestran las investigaciones epidemiológicas, es posible dimensionar la gravedad del problema: los trastornos psiquiátricos en niños<sup>1</sup> y adolescentes son tan frecuentes como en los adultos (De La Barra, Toledo y Rodríguez, 2002). Mientras 1 de cada 5 niños tiene un trastorno psiquiátrico, sólo 1 de cada 20 recibe algún tipo de atención (Costello, Burns, Angold & Leaf, 1993, citados en De La Barra et al., 2002). En otro análisis queda demostrado que los niños con antecedentes de trastornos psiquiátricos son tres veces más propensos a tener un diagnóstico posterior, que aquellos sin antecedentes de la presencia de un trastorno (Costello, Mustillo, Erkanli, Kecler & Angold, 2003), lo que implica la necesidad de desarrollar políticas enfocadas a la detección y prevención temprana. Las cifras en nuestro país son igualmente preocupantes, ya que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes chilenos en el año 2011 fue de un 22,5% y la brecha en la atención de los niños que presentaban Trastornos conductuales o depresivos de mayor gravedad, es decir, con mayor número de síntomas, fue cercana al 60% (Vicente, De La Barra, Saldivia, Kohn, Rioseco y Melipillán, 2012).

La psicología clínica infantil es una de las disciplinas que a través de una serie de métodos, se encarga (junto con la psiquiatría) del proceso de evaluación para llegar a determinar la presencia o no de psicopatología. Lo hace a través de la entrevista al niño y a sus padres, también es importante incluir a los profesores en este proceso, sobre todo

---

<sup>1</sup> En el transcurso del presente trabajo, al mencionar la palabra niños, estará referida a niños y niñas, a no ser que se explicita el sexo.

cuando se presentan discrepancias entre la conducta del niño en la casa y en el colegio (Rutter & Taylor, 2008). Por otra parte, los test psicológicos son instrumentos de gran utilidad en la evaluación, no sólo en relación a sus resultados, sino que también proveen información relevante del funcionamiento general del niño.

Para complementar estas formas de evaluación, existen instrumentos de screening o tamizaje, es decir, que identifican a los individuos que tienen o que pueden desarrollar a futuro una enfermedad específica, en este caso una enfermedad mental. Deben ser respondidos, ya sea por el padre, profesor y/o por el propio adolescente y usualmente son diseñados para dimensionar y describir conductas “normales” y atípicas en los individuos. Su aporte en la práctica clínica está orientado principalmente al estudio sindromático y la construcción de la mayoría de estos se basa en los criterios diagnósticos de las clasificaciones CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) y DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). El uso de estos instrumentos puede resultar muy útil para la detección temprana, considerando que al ser de tamizaje se pueden aplicar a grandes cantidades de niños, en contextos como la escuela por ejemplo, o de atención de control en salud.

En nuestro país existe escasez de este tipo de instrumentos validados, que evalúen y midan los distintos aspectos de la psicopatología infanto juvenil en general, y no problemas específicos a un tipo de trastorno en particular. Los instrumentos validados en nuestro país son: La versión anterior al Child behavior Checklist (CBCL), el Inventario de problemas conductuales y destrezas sociales (IPCDS) (Achenbach, 1979, citado en Montenegro, Bralic, Edwards, Izquierdo y Maltes, 1983). Por otra parte, también se han validado el Teacher observation of classroom adaptation (TOCA) (Kellam et al., 1975, citados en Koth, Bradshaw & Leaf, 2009) y el Pediatric symptom checklist (PSC) (Jellinek & Murphy, 1988, citados en Simonian & Tarnowski, 2001) que tienen como objetivo detectar perfiles de riesgo a través de la aplicación, a niños de 1º y 3º básico de escuelas municipales y particulares subvencionadas. Sin embargo la mayor dificultad que ha surgido en relación a ambos tests es que son muy extensos, lo que trae como consecuencia un mayor costo en la aplicación y menor aceptabilidad de los informantes.

Rothenberger & Woerner (2004) mencionan que en el contexto del diagnóstico clínico, se debe tratar de cubrir un área amplia de los diferentes aspectos conductuales, para establecer así un completo perfil psicopatológico, que al hacerlo es necesario que se incluyan las conductas positivas, los factores protectores y los recursos del niño como partes importantes de la observación. Por lo tanto, es necesario que los instrumentos de

tamizaje cumplan con estos requerimientos y proporcionen una base para guiar la posterior aplicación de instrumentos específicos.

Un instrumento de tamizaje de psicopatología que cumple con estos requisitos es el *Strengths and difficulties questionnaire* (SDQ), cuestionario de detección de comportamiento en niños y adolescentes, que proporciona una cobertura de sus conductas, emociones y relaciones. Fue diseñado por Robert Goodman (1999) para las necesidades de investigadores, clínicos y educadores. A lo largo de los últimos años, se ha dado un crecimiento constante de evidencia empírica en torno a este instrumento en diferentes partes del mundo, lo que refleja un fuerte interés práctico y científico.

Las principales ventajas clínicas del SDQ son su brevedad, su exhaustividad y su fácil aplicación. En relación a estas características, se ha observado que además de aumentar la aceptabilidad en los informantes, no afecta negativamente la validez. Otra de sus ventajas es que contiene ítems que se refieren a conductas que reflejan dificultades y otras que reflejan fortalezas, además de existir correspondencia de sus escalas e ítems con las principales categorías y criterios de los actuales sistemas de clasificación diagnóstica (Becker, Woerner, Hasselhorn, Banaschewski & Rothenberger y Woerner, 2004). Cubre un rango más amplio de edad (4-16 años) que los instrumentos mencionados anteriormente y se utiliza la misma versión para padres y profesores.

Se debe considerar que los instrumentos no son transculturales y la mayor parte de ellos, han sido diseñados, pensando en las habilidades que cada sociedad y cultura promueven (Montenegro et al., 1983; Elander & Rutter, 1995 y Bedregal, 2008). Es por esta razón que las escalas del SDQ han sido psicométricamente evaluadas (confiabilidad y validez) en varios países (Rothenberger & Woerner, 2004). Sin embargo no ha sido validada en Chile.

Por lo mencionado anteriormente, el objetivo general de esta investigación es evaluar las propiedades psicométricas del SDQ, específicamente, la versión para padres, en niños entre 4 y 11 años. Esto, con el fin de contar con un instrumento de fácil aplicación y bajo costo que, además de su utilización en el contexto clínico y en el ámbito de la detección temprana, permita realizar investigaciones y estudios epidemiológicos en el área de la salud mental infantil, lo que busca contribuir al desarrollo de la psicopatología infantil, como disciplina a nivel nacional. Además esta investigación pretende aportar, en el plano teórico, a las implicancias que tiene observar la patología desde una perspectiva del desarrollo, y a la relevancia y utilidad de los instrumentos de observación de conducta en niños, tanto en el campo clínico como investigativo.

Para llevar a cabo el objetivo, el cuestionario SDQ será aplicado a los padres de una muestra de niños chilenos, escolarizados entre 4 y 11 años de edad. Esta selección de edades resulta una ventaja para la investigación, ya que según Costello et al. (2003) en este rango etáreo tiene mayor relevancia el reporte de informantes como padres y profesores, además que a los 12 años es la edad donde muchos de los trastornos de la infancia, tienden a desaparecer y comienzan a surgir los de adolescencia, edad en la que es recomendable obtener además una versión de autoreporte.



## MARCO TEÓRICO

### **I.- PSICOPATOLOGÍA INFANTO JUVENIL DESDE UNA PERSPECTIVA EVOLUTIVA**

#### **1. Psicopatología evolutiva**

Etimológicamente, el término psicopatología hace referencia a la psique que sufre o está enferma. Es así como a través del tiempo se ha definido como una ciencia que estudia: las desviaciones patológicas de la vida psíquica, la conducta anormal, la conducta desviada, la psique enferma o los trastornos mentales (Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006). Blanckenburg (1983) hace una salvedad al concepto, mencionando que al observar la conducta “desviada o alterada” en una persona, no se debe olvidar que implica un otro, un “ponerse en relación con”, en un contexto y tiempo determinados.

A finales de los 90 se dio un mayor desarrollo de la psicopatología y quedó clara la necesidad de un modelo que considerara las influencias biológicas, psicológicas, sociales y comportamentales (Barlow & Durand, 1999).

Jaspers (1996, citado en Ivanovic-Zuvic, 2000) menciona que el psicopatólogo debe estudiar los fenómenos normales para comprender los patológicos. Relacionado con esto, Rogers & Kegan (1987) mencionan que se debe ser cuidadoso al describir la patología sólo como una falla para hacer algo o un déficit, ya que se abandona el contexto de los procesos de desarrollo y adaptación normal. Que estos pueden influenciar la forma en que se presentan estas “anormalidades”, y que si se investiga la psicopatología como un fenómeno del desarrollo, se puede entender como cualquier patrón de conducta o pensamiento expresa una respuesta significativa, sea o no desadaptativa. Lo que haría necesario considerar en el proceso de determinar la normalidad o anormalidad psicológica, además de los criterios habituales (estadístico, de aprobación social, axiológico), el criterio de normalidad del desarrollo (Almonte, 2003a). Esta visión es aún más relevante en la psicopatología infanto juvenil que en la de adultos, debido a una serie de características que las diferencian y que serán mencionadas en el siguiente capítulo.

Es así como la psicopatología, como disciplina que incorpora el concepto de desarrollo, está estrechamente ligada a la psicología evolutiva o del desarrollo, a la que le competen los procesos universales del desarrollo normal (Cicchetti, 2006).

Kimelman (2003) define el desarrollo biopsicosocial, como un proceso de cambios progresivos, sujeto a leyes y principios que se extiende a lo largo de toda la vida, desde la concepción hasta la muerte. Su objetivo es la adquisición de una identidad biológica, psicológica y social que equilibre las necesidades del individuo con las del contexto social en el que está inserto. En el Manual del Ministerio de Salud para el apoyo y seguimiento del desarrollo de niños y niñas (Ministerio de salud de Chile, 2007) se menciona que el desarrollo psicosocial es fundamental para la salud mental de las personas, en la medida en que tiene que ver con el despliegue y la incorporación, de las potencialidades y recursos para lograr armonía consigo misma y con los otros y para enfrentar tanto los cambios propios del ciclo vital (“crisis normativas”), como las dificultades y desafíos de la vida .

Relacionado con lo anterior, Sepúlveda (1997) define el desarrollo psicológico como un proceso dinámico y creativo, de cambios que se producen a través del tiempo y a través del cual la persona está en constantes reestructuraciones de su organización personal en interacción con el medio.

Erikson fue uno de los pioneros en generar una teoría del desarrollo psicológico a lo largo del ciclo vital, describiendo las crisis y conflictos que acompañan a ocho etapas específicas de la vida (Barlow & Durand, 1999). Por su parte Piaget (1981, 1983) plantea que el desarrollo es secuencial, ya que existe una sucesión de estructuras, denominados estadios, que presentan un orden de sucesión constante, en que cada uno es resultado del anterior y necesario para el siguiente. Según Piaget, el objetivo de la evolución consiste en que la persona se adapte activamente al ambiente físico y social. En esta misma línea, Cicchetti, Beeghly, Carlson, Coster, Gersten, Rieder et al. (1987) mencionan que la adaptación resulta de la resolución exitosa de las tareas más importantes de un período del desarrollo.

Por el contrario, cuando no se logra el desarrollo esperado para las funciones cognitivas, psicomotoras, afectivas y sociales, de acuerdo a la etapa evolutiva, se producirán distintas perturbaciones psicopatológicas que afectarán, de modo diferente, el desarrollo personal (Almonte, 2003a).

Aunque, como se mencionó anteriormente, la psicopatología del desarrollo está estrechamente ligada a la psicología evolutiva o del desarrollo, la diferencia entre ambas es que en la psicopatología del desarrollo o evolutiva, la atención se centra en el estudio de la patología, es decir, en las desviaciones del curso normal del desarrollo (Wenar, 1994, citado en Sepúlveda y Capella, 2012; Sroufe & Rutter, 1984; Cicchetti & Toth,

2009; Almonte, 2003a). A partir de esta definición, se deben observar los problemas de comportamiento en la niñez, reconociendo el interjuego entre normalidad y psicopatología y observando la interacción entre lo biológico, psicológico y lo socio-contextual, factores que influyen en la emergencia y curso de una conducta (Cicchetti & Toth, 2009; Rutter & Sroufe, 2000; Sameroff, 2000; citado en Cicchetti, 2006).

Las estructuras tempranas a menudo son incorporadas en estructuras más avanzadas, por lo que una desviación o perturbación en el funcionamiento puede causar mayores problemas en el futuro (Cicchetti et al., 1987) y a pesar de que las dificultades de un individuo en la actualidad no sean suficientes para ser considerado trastorno, éste puede ser más vulnerable a desarrollarlo en el futuro. Por lo que resulta relevante pesquisar a tiempo las dificultades que se pueden estar presentando en el desarrollo psicológico del niño.

La psicopatología del desarrollo además de estudiar las desviaciones del curso normal del desarrollo, juega un importante rol en incrementar el entendimiento del riesgo y en reducir la escisión que separa la investigación empírica de la práctica clínica (Cicchetti & Toth, 2009). Por una parte, la investigación llevada a cabo dentro del marco de la psicopatología del desarrollo además de ayudar en la prevención, puede contribuir a la reducción del estigma comúnmente asociado a la presencia de trastorno mental, haciéndose posible aliviar el sufrimiento que la enfermedad mental genera en el individuo y en su entorno (Hinshaw, 2007, citado en Cicchetti & Toth, 2009). A la vez, los modelos clínicos permiten la comprensión de la etiología de los trastornos, lo que facilita implementar tratamientos eficaces, evitando la cronificación del problema y sus secuelas en el desarrollo (Ministerio de salud de Chile, 2007).

## **2. Características de la psicopatología infantil**

La psicopatología se presentará de maneras diferentes en las distintas fases del desarrollo. Kraepelin (citado en Barlow & Durand, 1999) fue uno de los primeros en distinguir entre varios trastornos psicológicos y observar que cada uno podía tener su edad de aparición y un curso temporal diferente, con distintas presentaciones de síntomas, probablemente con una causa diferente. Taylor & Rutter (2008) plantean que en ocasiones será necesario cambiar el diagnóstico simplemente porque se avanza en edad.

Por esta razón, se hace necesario mencionar ciertas características que diferencian la psicopatología infantil de la psicopatología en la adultez (Almonte y Montt, 2003a):

- La psicopatología del niño y del adolescente tiene un carácter de “reactividad” mayor que la del adulto.
- Determinados síndromes psicopatológicos del adulto, pueden tener un significado muy diverso en la edad infanto juvenil.
- En el análisis de la psicopatología infanto juvenil es fundamental considerar las características del desarrollo psicológico (aspectos cognitivos, afectivos y sociales) del individuo, a lo que habitualmente no se le da tanta importancia en la psicopatología del adulto.
- En el niño y adolescente los límites entre los distintos cuadros son menos precisos, pudiendo existir superposiciones entre ellos.
- La vulnerabilidad del niño frente a los factores psicopatógenos varía en los diferentes momentos del desarrollo, de modo que, dependiendo de la etapa evolutiva en que se encuentre, un mismo estímulo psicopatógeno puede desencadenar diversas reacciones.

Se debe tener en cuenta además, que “la salud mental del niño y el adolescente tiene características propias en la medida que se trata de un individuo en desarrollo, que requiere el cuidado de otros, por lo tanto, recibe la influencia de múltiples factores, con los cuales interactúa” (García, 2003a, p.80). Es por esto que en la mayoría de los casos la necesidad de consultar no surge del niño, sino de sus cuidadores o de las personas que a diario se relacionan con él, como sus profesores. Otra característica relevante de la psicopatología infantil es la posibilidad de reversibilidad, que viene determinada por la capacidad autoreguladora de las conductas de la infancia (Rodríguez, 1995, citado en González, 2011).

Cuando hay presencia de psicopatología, se pueden identificar 3 estados, según la intensidad y duración del desequilibrio (OMS, 1992; Mises, 1990; Gap, 1979; citados en Sepúlveda y Capella, 2012). Lo que puede manifestarse de las siguientes maneras:

- Variaciones normales del desarrollo: Son aquellas situaciones que aunque corresponden al periodo evolutivo y son aceptables en la cultura a la cual el niño o adolescente pertenece (Almonte y Montt, 2003a) cuando se prolongan en tiempo o intensidad se vuelven desadaptativas por lo que puede constituir psicopatología.

- Cuadros reactivos: Se produce un desequilibrio asociado a una situación ambiental específica que desborda las capacidades de afrontamiento del niño.
- Trastornos: La psicopatología implica un desequilibrio duradero, conformándose un trastorno que abarca diferentes áreas o la totalidad del desarrollo psicológico.

### **3. Clasificación de los trastornos infanto-juveniles**

Los modelos de clasificación usados en psiquiatría infantil según Almonte y Montt (2003a) son los siguientes:

1) Categorical o modelo médico de clasificación: Los desórdenes son considerados presentes o ausentes, cada uno de estos tendría ciertos síntomas, que determinan diferencias con el resto de los trastornos. El conocimiento de las características de cada uno, tendría implicaciones para comprender la fisiopatología, la psicopatología, el curso y el tratamiento.

En el modelo categorial, las clasificaciones más utilizadas actualmente en psiquiatría infantil son los manuales DSM IV (APA, 1994) y CIE-10 (OMS, 1992), estos emplean criterios de trastornos que resultan de consensos y negociaciones entre paneles expertos. Ambos presentan una sección dedicada a los trastornos generalmente diagnosticados o iniciados en la infancia y adolescencia, descripciones comprensivas de cada trastorno, criterios de diagnósticos específicos y una organización jerarquizada de las categorías diagnósticas. El primero utiliza un sistema multiaxial de cinco ejes, Mientras el segundo propone 6 ejes diagnósticos. Existe también el sistema de clasificación GAP (Group for advancement of psychiatric), centrado tanto en los aspectos psicosociales como los del desarrollo, y que incluye aspectos interaccionales, etiológicos y fenomenológicos (Almonte y Montt, 2003a).

2) Dimensional: Considera la evaluación de dimensiones en la función o disfunción, reduciendo los fenómenos a varias dimensiones en las que el niño puede ser ubicado, estos pueden originar diagnósticos categoriales (nivel). De La Barra et al. (2002) señalan que las escalas constituyen la base de los modelos dimensionales, debido a que se utilizan como estrategia de evaluación.

Se utilizan procedimientos cuantitativos para determinar empíricamente que características tienden a concurrir en la formación de síndromes, un largo número de ítems describen un amplio rango de problemas conductuales y emocionales que son

puntuados en amplias muestras de sujetos (Kasius, Ferdinand, Van Den Berg & Verhulst, 1997; Verhulst, Dekker & Van der Ende, 1997). Estos autores plantean que la diferencia con la clasificación anterior, es que las decisiones del número y severidad de los trastornos se puede considerar como una desviación basada en distribuciones actuales de puntajes de poblaciones, en vez de un número arbitrario de criterios.

3) Ideográfica: Considera el contexto total de la vida del niño para formular el diagnóstico, es decir, no es considerado sólo el ámbito psicológico, sino también el social, las características del ambiente en el cual se desenvuelve el niño.

Una forma de organización, ampliamente utilizada para comprender los distintos tipos de trastornos infanto juveniles, es de acuerdo a la forma de vivenciación y expresión de la problemática, en trastornos internalizantes y externalizantes (Wenar, 1994, citado en Sepúlveda y Capella, 2012):

1) Trastornos Internalizantes: Son aquellos en los cuales los niños expresan su sufrimiento en términos intrapsíquicos. Dentro de esta clasificación se encuentran los trastornos depresivos y ansiosos:

- Trastornos depresivos: Este tipo de trastornos puede abarcar, desde las reacciones de duelo y los trastornos adaptativos de expresión depresiva, hasta episodios de depresión mayor, con o sin síntomas psicóticos (Almonte y Montt, 2003b).

En relación a los síntomas, aunque algunos pueden estar presentes, en todas las etapas, como el ánimo disfórico, la irritabilidad y las dificultades de sueño por ejemplo, la expresión de la sintomatología tendrá ligeras variaciones según la etapa del desarrollo. Es así como entre los 3 y 5 años es más frecuente la expresión somática, los problemas de separación, la conducta agresiva y las autoagresiones, a medida que se avanza en edad comienzan a aparecer dificultades en la capacidad de concentración y sentimientos de culpa, la falta de placer por actividades y la auto depreciación (Harzog & Rathbun, 1982, citados en García, 2003b).

- Trastornos ansiosos (García, 2003b): El niño ansioso vive permanentemente con un vago sentimiento de aprensión, como si algo terrible fuera a suceder. En este caso, cuanto más pequeño el niño, mayores son los síntomas somáticos (vómitos, dolores abdominales, dolores de las extremidades, etc.).

2) Trastornos Externalizantes: Cuando los niños muestran su problemática a través de conductas desajustadas en relación al medio o a sí mismo. Este tipo de trastornos se asocian a dificultades conductuales y problemas con respecto a las normas sociales:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Almonte y Etchepare, 2003): El cuadro se caracteriza por la presencia de síntomas de desatención, generalmente asociados a hiperactividad e impulsividad; esto genera dificultades relacionales en el hogar y en el colegio.
- Trastorno oposicionista desafiante (Almonte y Sáenz, 2003): Se caracteriza por un patrón persistente de conducta marcadamente oposicionista, desafiante, desobediente, provocativa, subversiva y hostil, en ausencia de otros comportamientos antisociales o agresivos. Este se presenta con mayor frecuencia en niños menores de 10 años.
- Trastorno de conducta disocial (Almonte y Sáenz, 2003): Las normas y reglas sociales son habitualmente transgredidas, como también violados los derechos básicos de los otros. Cuando se inicia en la niñez son características las conductas agresivas hacia otros y las dificultades en la relación con pares.

Es importante mencionar que los trastornos definidos anteriormente son los diagnosticados con mayor frecuencia en la población infanto juvenil (Egger & Angold, 2006; Ford et al., 2003; citados en Stone, Otten, Engels, Vermulst & Janssens, 2010). Además de ser los síntomas que los constituyen, los que mide el cuestionario cuyas propiedades psicométricas se evaluarán en la presente investigación. Sin embargo existen otros cuadros en psicopatología infanto juvenil, como los trastornos del desarrollo cognitivo, de alimentación, los trastornos generalizados del desarrollo, etc.

#### 4. Epidemiología en psicopatología Infantil

La epidemiología es la disciplina que se encarga de investigar la presencia y distribución, las etiologías, cursos y tratamientos de un trastorno y sus factores asociados (variables demográficas y sexo, por ejemplo) en la población (Almonte y García, 2003). Esta disciplina puede proveer información, instrumentos de medición y diseños de investigación para la realización de intervenciones tempranas que prevengan o reduzcan la probabilidad de discapacidad a largo plazo (De La Barra, 2009a).

Rutter (2005) señala que en la literatura de investigación clínica, el énfasis se ha centrado en si los criterios de diagnóstico deben o no ser modificados para los diferentes grupos etáreos. Pero que a pesar de esto, la evidencia del desarrollo indica que debe prestarse mucha más atención a las diferencias en la edad de inicio.

Es por esto que desde hace un tiempo, estudios clínicos y epidemiológicos han propuesto patrones de edad típica de inicio para los trastornos y los han dividido en dos amplios rangos etáreos. A la vez Rutter, Caspi & Moffitt (2003) mencionan que estos estudios han mostrado diferencias consistentes entre hombres y mujeres en la estimación de las diferentes formas de psicopatología de acuerdo a las edades de inicio.

- Con inicio en la infancia: Incluye trastornos cognitivos, generalizados del desarrollo, del lenguaje específico, dislexia y trastorno por déficit atencional con hiperactividad; todos estos con una fuerte preponderancia en varones (Costello et al., 2003; Rutter et al., 2003). Según Almonte (2003a) esto se explicaría porque en el varón son más frecuentes los trastornos que tienen una base madurativa. Costello et al. (2003) mencionan que la ansiedad de separación, fobias específicas y trastornos de conducta también son de inicio en la infancia.
- Con inicio en la adolescencia: En esta etapa es más común que se presenten trastornos ansiosos o afectivos, como la depresión, fobia social y crisis de pánico y trastornos alimentarios, como la anorexia y bulimia nerviosa. Estos muestran una mayor preponderancia en mujeres. El trastorno antisocial, aunque también de inicio en la adolescencia, se ha observado que es más común en hombres (Rutter et al., 2003). En este periodo aumentaría el abuso de sustancias en ambos sexos (Maughan & Rutter, 2008; Vicente et al., 2012).



En cuanto a la prevalencia, en un estudio (De La Barra et al., 2002) realizado en Chile en escolares de 1er año básico se observó que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos fue de 24,2%; siendo más frecuente el trastorno por déficit de atención y el trastorno de adaptación. En este estudio se observó también que los niños caracterizados por sus profesores con desobediencia-agresión, timidez e hiperactividad aumentaban el riesgo de presentar problemas conductuales a futuro. Luego, en un estudio realizado por Vicente et al. (2012) se observó una prevalencia de trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes de un 25,4%, los trastornos infanto-juveniles de mayor prevalencia fueron los trastornos disruptivos (15%), seguidos del trastorno ansioso (8%) y afectivo (5%). Al interior de los trastornos disruptivos el más frecuente fue el TDAH (10%).

Por otro lado, En algunos estudios se ha encontrado entre el 40 y 50 % de comorbilidad de los casos (Caron & Rutter, 1991; Angold et al., 1999). En el estudio realizado por De La Barra et al. (2002) uno de cada 5 niños con diagnóstico psiquiátrico presentó comorbilidad. Las autoras señalan que éstos presentan mayores dificultades que los niños con un solo diagnóstico.

En relación al concepto de comorbilidad, Angold, Costello & Erkanli (1999) definen dos tipos:

1) Concurrente: Al momento de la evaluación, dos tipos de trastornos se pueden presentar al mismo tiempo. Aunque el tiempo de inicio y término puede no ser el mismo, durante algún periodo se presentan simultáneamente.

Rutter & Stevenson (2008a) mencionan que al diagnosticar es importante aclarar y distinguir entre los trastornos emocionales y conductuales, ya que muchos niños muestran características de los dos, además de existir una superposición sustancial entre las dificultades escolares y los problemas de salud física y mental.

2) Sucesiva: Cuando dos tipos de trastornos no se presentan de manera simultánea, es decir, al observar el curso de vida, ocurren separados en el tiempo.

En un estudio realizado en preescolares (Slemming et al., 2010), se concluyó que en preescolares la conducta ansiosa-temerosa y la conducta hostil-agresiva (especialmente los conflictos con pares) se asociaban a un mayor riesgo de padecer trastornos emocionales en edad escolar. Esta última asociación podría indicar que la dificultad conductual constituye un factor de riesgo.

Lilienfeld (2003) propone algunas posibles explicaciones en relación a la comorbilidad entre los trastornos internalizantes y externalizantes, menciona en primer lugar, que es posible que los trastornos internalizantes jueguen un rol causal en la génesis de los trastornos externalizantes. Por otro lado, los trastornos externalizantes, en algunos casos podrían contribuir a agravar los síntomas de los trastornos internalizantes. Otra explicación, es que ambos tipos de trastorno tengan su origen, en parte, en los mismos factores causales, por ejemplo en las dimensiones de la personalidad y el temperamento.

## **II.- EVALUACIÓN DIAGNOSTICA**

### **1. Uso de la entrevista en evaluación diagnóstica**

El primer paso a realizar en la consulta a psicología clínica infanto juvenil es la entrevista, que debe ser lo más completa posible, al niño y a sus cuidadores, o figuras significativas. Esto, con el objetivo de conocer el motivo de consulta, antecedentes del desarrollo, antecedentes mórbidos, indagar en el área familiar y escolar y conocer, si es posible, la definición de problema para el niño (Molina, 2001).

Esto se puede lograr mediante dos formas de entrevista (Almonte, 2003b):

1) Entrevista abierta o semi estructurada: Este tipo facilita la expresión de los sentimientos, pensamientos, creencias, conocimiento de la biografía y aspectos de la personalidad del paciente. Es recomendable que en preescolares y escolares se realice la primera entrevista con el niño y ambos padres, ya que ello permitirá observar la relación de estos y la reacción del menor con respecto al motivo de consulta (Almonte, 2003b).

2) Entrevistas estructuradas: Estas se basan en cuestionarios contruidos a base de preguntas cerradas y directas que permiten obtener respuestas a preguntas puntuales e información más precisa de parte de padres, profesores o niños (Almonte, 2003b). En este tipo de entrevista el entrevistador se ve obligado a realizar todas las preguntas del protocolo, respetando la estructura y el orden, sin tener en ese momento la oportunidad de indagar en aspectos de la información que se va obteniendo (Molina, 2001). Entre estas se encuentran: Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) (Herjanic

et al., 1975, citados en Molina, 2001). Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) (Costello et al., 1984, citados en Molina, 2001). Estas exploran los distintos trastornos según criterios DSM y se utilizan principalmente en el área de investigación y epidemiológica. Existen también entrevistas para evaluar trastornos específicos, como la Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS) (Puig, Antich & Chambers, 1978, citados en Molina, 2001) que estudia los trastornos afectivos y psicóticos en niños y adolescentes.

3) Instrumentos de tamizaje: Pueden ser inventarios, escalas o cuestionarios. Los cuestionarios están constituidos por ítems en forma de preguntas (abiertas o cerradas) a las que el sujeto debe responder. Los inventarios (checklist) están formulados como listado y recogen las respuestas en forma dicotómica (presente/ausente, si/no) mientras las escalas (rating scale) recogen las respuestas en base al grado de apreciación (nada...mucho; 0...5, etc) (Molina, 2001). En cuanto al modo en que son contestados, existen dos tipos de cuestionario: de respuesta directa, aquellos que el sujeto responde personalmente y de respuesta indirecta, en los que el encuestador va anotando las respuestas verbales (García, 2003). El aporte en la práctica clínica de éstos está orientado principalmente al estudio sindromático, usualmente son diseñados para dimensionar y describir conductas "normales" y problemáticas en los individuos, las que pueden constituir ciertos síntomas. Para Sepúlveda (2012) un síntoma es una "expresión de la psicopatología", es decir son elementos observables, que constituyen desviaciones del curso normal (Williams, 1991, citado en González, 2011). El hecho de que la función de estos instrumentos sea fundamentalmente descriptiva, facilita el conocimiento del niño y la niña, permite hacerse preguntas y realizar comparaciones de la persona consigo misma, con ciertas expectativas de comportamiento y evita las interpretaciones acerca del mismo. Se utilizan para medir además de la conducta, rasgos de personalidad, niveles de inteligencia y desarrollo, actitudes, habilidades, capacidades, etc. (George, Squicciarini, Zapata, Guzmán, Hartley y Silva, 2004). La construcción de la mayoría de estos cuestionarios se basan en los criterios diagnósticos de las clasificaciones CIE 10 (OMS, 1992) y DSM IV (APA, 1994).

Elander & Rutter (1995) señalan que probablemente las escalas no son el instrumento más apropiado cuando se deben hacer distinciones diagnósticas más específicas o estudiar tipos particulares de Trastornos de conducta o emocionales. Mencionan también que el uso de estos instrumentos, puede ser menos efectivo para

detectar cambios leves en la conducta. Relacionado con lo anterior, es importante mencionar que estos instrumentos pueden ser considerados como complementarios a la observación clínica, sin embargo se debe tener en cuenta que no reemplazan la evaluación diagnóstica ni el examen mental, por tanto no son suficientes por si solos, para elaborar un diagnóstico debido a que no proporcionan la información individual necesaria del paciente y hacen escasa referencia a aspectos del desarrollo. Cada una de las estrategias de evaluación recoge información que no es captada por la otra, por lo cual es útil combinarlas. (Almonte y Montt, 2003a; De La Barra et al., 2002; Kasius et al., 1997).

Los tres tipos de entrevistas descritas anteriormente pueden usarse de manera complementaria para evaluar la presencia de psicopatología. Sin embargo es importante mencionar que durante este proceso, el psicólogo puede utilizar otras técnicas, tales como los test de inteligencia, gráficos o proyectivos. Los cuales además de arrojar resultados relacionados con el área cognitiva, social, afectiva y/o moral del niño, permitirán observar como éste se comporta frente a ciertos estímulos. Otra técnica de evaluación es el juego, a través de él, se genera una situación más lúdica y familiar para el niño, lo que hace posible tener una aproximación a su mundo interno.

## **2. Contexto de uso y desarrollo de instrumentos de medición**

La observación clínica es fundamental y una actividad irremplazable que el psicólogo y/o psiquiatra debe llevar a cabo en la evaluación de la Psicopatología infantil y adolescente, aunque ha habido un incremento en el reconocimiento y uso de instrumentos de tamizaje como parte de dicha evaluación en la práctica clínica. Esto debido a que pueden aportar en una serie de elementos a considerar en este contexto: la comprensión de los efectos de los factores biológicos y sociales en el desarrollo de la conducta del niño y las formas en que los problemas conductuales se relacionan con ciertas habilidades (Elander & Rutter, 1995). Pueden dar información y ayudar en varias decisiones de un paciente referidas al proceso psicoterapéutico: evaluación, planificación del tipo de tratamiento, intervención, monitoreo del progreso y evaluación de resultados.

Una de las mayores ventajas de las escalas para obtener información básica acerca del funcionamiento conductual y emocional del niño, es que su aplicación y tabulación es flexible, fácil y económica (Verhulst & Ende, 2008; De La Barra et al., 2002). Esto permite su uso más allá del contexto de la clínica individual, ya que el tamizaje que dan estos cuestionarios, podría resultar altamente beneficioso cuando se deben evaluar

una cantidad importante de niños, ya sea con objetivos investigativos o para determinar la prevalencia de cierto tipo de trastornos en una población determinada. En un colegio, por ejemplo, se podría tener una aproximación a los niños problemáticos que habría que evaluar en mayor profundidad de manera individual y/o realizar intervenciones preventivas, con el fin de evitar el desarrollo de un trastorno a futuro (Rutter & Stevenson, 2008b).

Las respuestas desadaptativas de los niños se presentan al ser sometidos a las exigencias de diversos evaluadores y contextos sociales tales como sus profesores, el grupo de pares y la familia (De La Barra et al., 2002; Almonte y Montt, 2003a). El curso normal del desarrollo supone que los sujetos tendrán éxito en la adaptación social, lo que sería reforzado por estos evaluadores naturales. En contraste, el desarrollo desviado se describe como una historia temprana de dificultades en la adaptación, a las tareas que demanda la sociedad, lo que sería evaluado negativamente por estos evaluadores (Pérez, Fernández, Rodríguez y De la Barra, 2004), quienes observan la conducta desde su particular matriz epistémica, es decir, desde su modo de asignar significados a aquello que están observando. Esta matriz está influida desde factores culturales, hasta las instrucciones que se le entregan al solicitar un reporte, pasando por su propia capacidad y forma de simbolizar la realidad (George et al., 2004).

Los clínicos a través de las entrevistas y la observación a lo largo de las sesiones pueden captar ciertas conductas, obtener información relevante del niño, así como estimar la gravedad de los problemas y la motivación del niño y sus cuidadores para el tratamiento. Sin embargo hay otras conductas y situaciones que pueden ocurrir exclusivamente fuera del setting terapéutico, ya sea en el hogar y/o en el colegio y que son necesarias tener en cuenta para complementar la evaluación. En estos casos informantes como padres y profesores se convierten en observadores relevantes por cuanto disponen de los datos más fidedignos (en el sentido de confiabilidad), debido a que son ellos los que observan al niño en las diferentes situaciones. Los padres están familiarizados con el funcionamiento del niño en varias situaciones a lo largo del tiempo, mientras los profesores tienen la oportunidad de observar al niño con su grupo de pares y el aspecto académico. Estos datos, en ocasiones se pueden obtener a través de las entrevistas, pero también resulta muy útil la utilización de instrumentos de tamizaje (Montenegro et al., 1983; Verhulst & Ende, 2008; George et al., 2004).

Desde la psicometría se busca obtener mediciones objetivas que describan el comportamiento de los individuos. Cuando se utiliza el término "medición objetiva" se

destaca la idea que diferentes observadores, conocedores de la conducta del sujeto observado, deberían llegar aproximadamente a las mismas conclusiones (George et al., 2004).

Sin embargo se ha observado un débil acuerdo entre informantes (padre, profesor y niño) (Elander & Rutter, 1995; Almonte, 2003b; De La Barra, 2009b), lo que en parte, se debe a las diferencias en sus oportunidades de observar las características relevantes, a la influencia de los distintos contextos en la conducta y a los distintos parámetros de comparación utilizados por los diferentes observadores. Por ejemplo, la calificación de sufrimiento o ansiedad los padres la hacen comparando a su hijo con otro niño de su misma familia y los profesores se basan en una comparación con otro niño de la misma clase (Rutter & Stevenson, 2008b). En relación a esto, los autores (Verhulst & Ende, 2008 ; De La Barra et al., 2002; Verhulst et al., 1997) plantean que esto constituye el valor de la metodología multinformante, ya que cada uno, efectúa un aporte único en el proceso, por lo que es importante que el clínico tome en cuenta las similitudes y discrepancias que se pueden dar en los reportes y evalúe si las diferencias reflejan variaciones en el funcionamiento del niño, o se deben a diferencias entre los informantes en sus formas de observarlo o de interactuar con él (Achenbach, 2006, citado en Verhulst & Ende, 2008).

Al considerar el tipo de instrumento a utilizar se debe considerar, entre otros, los factores sociales y culturales del lugar donde el instrumento fue creado, ya que cuando se habla de medición en desarrollo psicosocial, se debe considerar que los instrumentos utilizados no son transculturales (Montenegro et al., 1983; Elander & Rutter, 1995 y Bedregal, 2008). Por esto se hace necesario que sean evaluadas sus propiedades psicométricas en otras culturas distintas de donde fue creado y en ocasiones, que sean traducidos y adaptados para poder utilizarlos y maximizar su equivalencia.

### **3. Instrumentos utilizados en evaluación diagnóstica**

A continuación se describirán algunos instrumentos utilizados en nuestro país en la evaluación diagnóstica:

- Child behavior Checklist (CBCL) (Centre for Addiction and Mental Health, 2009): Es un componente del sistema Achenbach de evaluación basada empíricamente (ASEBA), es usada para detectar problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes entre 6 y 18 años aproximadamente. El CBCL es completado por los padres. Los otros componentes del sistema, el Teacher report form (TRF) es

completado por los profesores y el Youth self report (YSR) es completado por el niño o adolescente. Esta construido en base a 8 escalas de síndrome: ansioso/depresivo, depresivo, complicaciones somáticas, problemas de socialización, problemas en el pensamiento, problemas de atención, conducta disruptiva, conducta agresiva. Este grupo se divide en dos factores de orden superior: internalizante y externalizante. El año 2001, se agregaron seis escalas basadas en el DSM IV (problemas afectivos, de ansiedad, somáticos, trastorno por déficit atencional, trastorno oposicionista desafiante y conductual). El CBCL consta de 113 preguntas, que son puntuadas en una escala Likert de 3 puntos: ausente, a veces o frecuentemente.

En Chile el año 1983, se validó el Inventario De problemas conductuales y destrezas sociales (IPCDS), versión anterior al CBCL (Achenbach, 1979, citado en Montenegro, et al., 1983) en niños entre 6 y 11 años. Este contiene 120 ítems de problemas conductuales y 20 de destrezas sociales.

- **Conners** (Conners, Sitarenios, Parker & Epstein, 1998ab., Erhart, Dopfner, Ravens-Sieberer & BELLA study Group, 2008): Es un índice que evalúa la ocurrencia de problemas conductuales y los síntomas más importantes del TDAH. Los ítems son respondidos por los padres, por los profesores o por los mismos adolescentes. Esta escala es usada en estudios clínicos y epidemiológicos, es efectivo para acceder a los elementos psicosociales y al resultado del tratamiento farmacológico en niños con problemas de conducta. La versión original contiene 39 ítems y la abreviada 28. Existe también una escala Conners que consiste en 10 ítems que miden sólo los síntomas de hiperactividad, la que es ampliamente utilizada en nuestro país.
- **TOCA** (the teacher observation of classroom adaptation) (Kellam et al., 1975, citados en Koth et al., 2009): Es un instrumento que mide el comportamiento de los niños, es aplicado por evaluadores entrenados que leen los ítems a los profesores y estos deben responder, en una escala que va desde casi nunca a casi siempre. Fue diseñado en Chicago, con el objetivo de que los profesores pudiesen calificar las conductas de sus estudiantes en la sala de clases (desde Kinder a 5to básico), pero no para evaluar síntomas clínicos. En Chile se ha

usado además para evaluar el impacto de intervenciones preventivas en colegios. Las conductas negativas y positivas son evaluadas y calificadas en una escala de 6 puntos que va desde casi nunca a casi siempre. Los 41 ítems específicos corresponden a 6 escalas o constructos: contacto social, aceptación de la autoridad, madurez emocional, logros cognitivos para el aprendizaje, atención y concentración y nivel de actividad.

- PSC (Pediatric symptom checklist) (Jellinek & Murphy, 1988, citados en Simonian & Tarnowski, 2001) Es una escala de calificación de conducta, completada por los padres, diseñada para detectar disfunción psicosocial en niños en edad escolar (entre 6 y 12 Años). Los padres califican la frecuencia de ocurrencia de 35 conductas en tres escalas: siempre, a veces o nunca.

Ambos cuestionarios mencionados anteriormente (TOCA y PSC) han sido adaptados y validados en Chile (George, Siraqyan, Mores, De la Barra, Rodríguez, López et al., 1995). Actualmente son utilizados por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (Junaeb), a través de su Programa Habilidades para la Vida para detectar perfiles de riesgo a través de su aplicación, a niños de 1º básico, lo que permite planificar actividades preventivas y de derivación a la atención en salud mental. El año 2002 se tuvo que realizar una re-adequación del TOCA original, reduciendo el número de ítems, para disminuir el tiempo de aplicación (George et al., 2004).



### III. - STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ)

#### 1. Identificación y descripción

El instrumento de medición cuyas propiedades psicométricas serán evaluadas en la presente investigación será el Strengths and difficulties questionnaire (SDQ). Dicho cuestionario y los ítems de cada escala fueron construidos por Robert Goodman, con la colaboración de distintos profesionales de la salud mental, entre los años 1994 y 1999. Se tomó como referencia el cuestionario Rutter (Elander & Rutter, 1995) para padres y profesores, el que fue desarrollado en el Reino Unido como instrumento de screening (tamizaje) para detectar conductas problemáticas en niños entre 9 y 13 años, enfocándose principalmente en los trastornos emocionales y conductuales, siendo distinta la versión de padres y profesores.

Luego al cuestionario Rutter se le incorporaron ítems incluyendo fortalezas (Goodman, 1994). Varios autores (Goodman, 1994; Smedje, Broman, Hetta & Von Knorring, 1999) postularon que incluir fortalezas podía aumentar la aceptabilidad de los informantes, lo que aliviaba al informante de la carga de tener que registrar únicamente las dificultades del niño y podía reducir el "efecto halo", que ocurre cuando una conducta influye en la percepción, y por lo tanto en la calificación, de otras conductas. Se ha observado la influencia de este efecto especialmente en el TDAH y Trastorno oposicionista desafiante (Abikoff et al., 2003; Jackson & King, 2004; citados en Stone et al., 2010).

El SDQ es un cuestionario breve de tamizaje de psicopatología, que proporciona una cobertura de las conductas, emociones y relaciones de los niños y de los adolescentes (4-16 años) y fue diseñado para las necesidades de investigadores, clínicos y educadores. El SDQ está constituido por 5 dimensiones relevantes: Problemas conductuales, Síntomas emocionales, Hiperactividad, Problemas con pares y Conducta prosocial, cada una de estas escalas pregunta por 5 ítems, sumando un total de 25, los que representan fortalezas y dificultades. La escala Prosocial, está constituida sólo por los ítems centrados en las fortalezas (Goodman, 1999). Es importante mencionar que los ítems del SDQ se basan en los principales síntomas de los diagnósticos DSM IV y fueron agrupados en escalas usando análisis factorial exploratorio (Nielsen, Teasdale, Andersen, Skovgaard, Elberling & Obel, 2012).

En 1999 Goodman incluye un suplemento de impacto donde se pregunta al informante si cree que el niño o adolescente tiene un problema, y si es así, se pregunta acerca del malestar general, deterioro y carga social, y la cronicidad.

Luego Goodman, Renfrew & Mullick (2000) realizan un estudio donde crean un algoritmo computarizado SDQ que hace predicciones (improbable, posible o probable) de forma independiente según tres tipos de trastornos (conductual-oposicionista, hiperactividad-inatención y trastorno ansioso depresivo) basándose en los tres informantes (padre, profesor y adolescente). Luego las predicciones de estos tres grupos de trastornos se combinan para generar una predicción general acerca de la presencia o ausencia de un trastorno psiquiátrico.

En cuanto al tipo de aplicación, es un cuestionario de respuesta directa, independiente del tipo de informante, de este modo la misma versión se utiliza para padres y profesores y una similar para autoreporte en adolescentes de 11 a 16 años, ya que lo que cambia en esta última es que las preguntas están en primera persona y en algunas se modifica la forma de preguntar ya que están dirigidas a adolescentes y no a adultos. El tiempo que tarda una persona en responder el cuestionario es de aproximadamente 5 minutos.

Cada ítem es puntuado con 0, 1 ó 2 puntos según tres categorías de respuesta: *no es cierto, es cierto o absolutamente cierto*. El puntaje de cada una de las escalas (Síntomas emocionales, Problemas conductuales, Hiperactividad, Problemas con pares y Conducta prosocial) genera una suma que puede ir de 1 a 10, luego se suman los puntajes de las 4 primeras escalas para generar un puntaje total de dificultades que puede ir de 0 a 40. Goodman (1997) plantea que no es conveniente incorporar el puntaje de conducta prosocial en la dirección contraria al puntaje total de dificultades, porque la ausencia de conductas prosociales se conceptualiza diferente a la presencia de dificultades psicológicas.

El SDQ y todo el material relacionado con él, se encuentra bajo licencia de Robert Goodman ®. Los cuestionarios, son de su propiedad y no pueden ser modificados. Las versiones en papel pueden ser fotocopiadas por individuos u organizaciones sin fines de lucro y/o descargadas gratuitamente del sitio [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com).

## **2. Evidencias en torno a confiabilidad y validez**

Desde 1997 se han evaluado las propiedades psicométricas del SDQ, obteniéndose evidencias de validez y confiabilidad, en países como Gran Bretaña, Italia, Finlandia, Australia, Alemania, España, entre otros. Dichas investigaciones difieren en

la(s) versiones que se consideran (padre, profesor y /o autoreporte), en las edades de los niños o adolescentes y en el tamaño y tipo de muestra que se utiliza.

A continuación, de manera independiente, se definirán los conceptos de confiabilidad y validez y se resumirán los principales estudios en los cuales se han evaluado dichas propiedades, en el Strengths and difficulties questionnaire (SDQ). Lo que permitirá además, realizar una comparación de los resultados de la presente investigación con estudios anteriores e identificar posibles diferencias y similitudes.

### **Confiabilidad**

La confiabilidad se concibe como la consistencia o estabilidad de las medidas cuando el proceso de medición se repite. De esta concepción se sigue que de la variabilidad de las puntuaciones obtenidas en repeticiones de la medición puede obtenerse un indicador de la fiabilidad o consistencia (Prieto y Delgado, 2010).

Para estimar empíricamente el nivel de confiabilidad se emplean distintas formas de recolección de datos que reflejan distintas repeticiones del proceso de medición. Algunos de los más conocidos según Prieto y Delgado (2010) son:

- Consistencia entre las partes de una prueba: División del test en dos subconjuntos equivalentes de ítems o estimación a partir de las covarianzas entre los ítems de la prueba.
- Consistencia de las puntuaciones de distintos calificadores: Evaluación de una muestra de conducta por calificadores independientes
- Formas paralelas: Aplicación a una muestra en la misma ocasión o en distintas ocasiones de dos versiones del test equivalentes en contenido, dificultad, etc.
- Test-retest: Aplicación de un test a una muestra de sujetos en dos ocasiones entre las que el atributo se mantiene estable.

Martínez, Hernández y Hernández (2006, p. 66) señalan que aunque se suelen considerar aceptables valores iguales o superiores a 0.70, éstos “deben ser mucho mayores cuando las puntuaciones se utilicen para tomar decisiones sobre sujetos concretos, siendo en este caso el mínimo recomendable de 0,90”.

En relación a la confiabilidad evaluada con consistencia interna (método que requiere una sola administración del instrumento de medición), en la mayoría de los estudios revisados sobre el SDQ (Becker et al., 2004; Goodman, 2001; Goodman, Meltzer & Bailey, 1998; Koskelainen, Sourander & Kaljonen, 2000; Malmberg, Rydell & Smedje, 2003; Muris, Meesters & Van den Berg, 2003; Hawes & Dadds, 2004; Shojaei, Wazana, Pitrou & Kovess, 2009; Smedje et al., 1999; Van Roy, Veenstra, & Clench-Aas, 2008; Giannakopoulos, Tzavara, Dimitrakaki, Kolaitis, Rotsika & Tountas, 2009; Niclasen et al., 2012) se observa que es adecuada (entre 0.7 y 0.82) para el puntaje Total.

En cuanto a las escalas, se observa que la confiabilidad oscila entre adecuada e insatisfactoria: Hiperactividad (entre 0.58 y 0.82), Síntomas emocionales (entre 0.56 y 0.75), Conducta prosocial (entre 0.54 y 0.83). En Problemas de conducta y Problemas con pares se han observado valores aún menores (entre 0.3 y 0.76).

En relación a la confiabilidad evaluada con Consistencia de las puntuaciones de distintos calificadores (acuerdo entre padre-profesor) Goodman en uno de sus primeros estudios (1997) menciona que no es conveniente medir la confiabilidad usando el acuerdo entre informantes, ya que ambos se basan en distintas fuentes de información, es decir, observan al niño en contextos distintos.

Cuando la confiabilidad se midió utilizando el procedimiento test-retest resultó entre insatisfactoria y adecuada (0,4-0,96) para el Total de dificultades y para las 5 escalas (Muris et al., 2003; Smedje et al., 1999; Du et al., 2008). Goodman (2001) en uno de sus estudios menciona que la baja confiabilidad de la escala total (0.62), se debió a que pasó un intervalo muy largo de tiempo para repetir la aplicación (4-6 meses).

### **Validez**

En la actualidad se considera que la validez se refiere al grado en que la evidencia empírica y la teoría apoyan la interpretación de las puntuaciones de los test relacionada con un uso específico (AERA, APA y NCME, 1999, citados en Prieto y Delgado, 2010). La validación es un proceso de acumulación de pruebas para apoyar la interpretación y el uso de las puntuaciones. Es por ello que las fuentes de validación son múltiples y su importancia varía en función de los objetivos, algunas de ellas serán mencionadas a continuación:

- Asociación de las puntuaciones con otras variables: Las relaciones de las puntuaciones del test con otras variables externas a la prueba constituyen una

importante fuente de validación. El criterio es una medida de la variable de interés, por lo que la elección de un criterio fiable y válido es el punto crítico que determina la bondad del proceso de validación. En función del momento en el que se evalúa el criterio, se distinguen 3 tipos de recogida de datos: retrospectiva, predictiva y concurrente (asociación entre pruebas que miden el mismo constructo, mientras validación discriminante se refiere a la asociación entre las que miden constructos diferentes, es decir, a la habilidad del SDQ para distinguir entre grupos, con y sin trastorno, por ejemplo)

- Análisis de los procesos de respuesta: Se obtendrá evidencia de validez cuando los procesos utilizados se ajustan a los que se postulan en las teorías relativas al constructo medido.
- Análisis de la estructura interna del test: Persigue verificar si los ítems se ajustan a la dimensionalidad prevista por el constructor de la prueba. Este análisis suele llevarse a cabo con ayuda de los modelos de análisis factorial.

Los dos últimos análisis definidos, se relacionan con la validez de constructo. Esta es una de las propiedades más importantes del SDQ, ya que hace referencia al grado en que los ítems del cuestionario son medidas válidas de los 5 constructos del SDQ (Van Roy et al., 2008).

En relación a la elección del tipo de análisis para evaluar evidencias de validez basada en la estructura interna, las opiniones de los autores son divergentes. Aunque la mayoría de los estudios utilizan Análisis Factorial Exploratorio (AFE) con análisis de componentes principales y rotación Varimax, Giannakopoulos et al. (2009) y Stone et al. (2010) mencionan que el análisis confirmatorio es el método más adecuado cuando se investiga la estructura de factor del SDQ, debido a que se basa en constructos teóricos concernientes a la psicopatología, a que los puntajes no se distribuyen normalmente y a que la categoría de respuesta es limitada. Mientras Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010) critican ambos modelos, mencionando que el utilizar Análisis de componentes principales y Varimax en AFE es injustificado y que para llevar a cabo el Análisis factorial confirmatorio es necesario tener muy claro: el número de factores, las relaciones entre las variables y los factores y entre los factores, viéndose sometido el análisis a fuertes restricciones.

Se observa que los autores difieren en la cantidad de factores que proponen en el análisis de la estructura interna del SDQ. Dickey & Blumberg (2004) proponen una

solución de tres factores: internalizantes, externalizantes y conducta prosocial. Mientras Muris, Meesters, Eijkelenboom & Vincken (2001; citados en Du et al., 2008) proponen una solución de 4 factores: Síntomas emocionales, Hiperactividad-inatención, Conducta prosocial (incluyendo los ítems redactados en positivo de las otras escalas), y una mezcla de la escala Problemas con pares y los ítems redactados en positivo de Problemas conductuales. Du et al. (2008) observaron que las cargas factoriales se corresponden con esta solución. Van Roy et al. (2008) utilizando análisis confirmatorio evaluaron la presencia de un factor positivo además de los 5 factores, indicando que este sexto factor uniría la escala Conducta prosocial con los ítems redactados en positivo (este sexto constructo correlacionaría con los otros 5 constructos del SDQ).

Por su parte Palmieri et al. (2007) evaluaron 3 modelos: 1) el de los 5 factores propuesto por Goodman (2001) 2) otro donde las relaciones entre los 5 factores pueden ser explicadas por sus correlaciones entre sí, en vez de por un factor general (total de dificultades) y 3) el último donde los cinco factores se correlacionan pero se agrega un sexto factor no correlacionado, en el cual se incluyen todos los ítems en positivo, más los cinco ítems de la escala prosocial (éste resultó ser el más adecuado). Lo que coincide con lo observado en otros estudios (Dickey & Blumberg, 2004., Goodman, 2001., Niclasen, et al., 2012, Du et al., 2008).

La asociación de las puntuaciones SDQ con otras variables, se ha evaluado utilizando criterios externos en varios estudios (Goodman, 1997; Goodman & Scott, 1999; Klasen et al., 2000; Koskelainen et al., 2000; Muris et al., 2003) mostrando correlaciones sustanciales (0.7- 0.9 aprox.) entre el SDQ y otras medidas de psicopatología como los cuestionarios Rutter y el CBCL, en sus diversas versiones. Es importante mencionar que en varios estudios (Goodman, 1997; Goodman, 1999; Klasen et al., 2000) las mediciones de validez en la escala Prosocial no se incluyó en la comparación con otras medidas de psicopatología, en ocasiones porque difieren en el contenido del ítem o porque no tienen una escala equivalente.

En cuanto a la asociación entre el puntaje SDQ con el diagnóstico de trastorno según DSM IV o DAWBA (Escala De Evaluación desarrollo y bienestar). Las diferencias en prevalencia entre grupos de alto y bajo riesgo mostraron que las escalas se asociaron con el diagnóstico DSM IV, excepto la escala Prosocial (Goodman, 2001; Hawes & Dadds, 2004). Goodman, Renfrew & Mullick (2000) asociaron el algoritmo computarizado que predecía si un trastorno era improbable, posible o probable con DAWBA, encontrando que los niños que tenían un trastorno eran correctamente clasificados en un

77% de los casos. Resultaba mejor para generar predicciones específicas de trastornos de conducta, hiperactividad y emocionales que para hacer una predicción general de cualquier tipo de trastorno.

Por último, en relación a la efectividad del SDQ para discriminar entre quienes tienen o no algún tipo de trastorno, se utiliza la medida AUC (área bajo la curva). Malmberg et al. (2003) obtuvieron buenos resultados en el total de dificultades y en las escalas. Goodman, Ford, Simons, Gatward & Meltzer (2000) concluyeron que el algoritmo era apto para detectar a los niños con trastorno psiquiátrico en la comunidad. Luego Samad, Hollis, Prince & Goodman (2005), concluyeron que el algoritmo predecía los trastornos en la muestra clínica, más significativamente que en el grupo comunidad. Goodman et al. (2000) afirman que cuando se evalúa esta propiedad, generalmente se ha observado una mayor presencia de falsos positivos que negativos, es decir una alta especificidad (detección de los no casos) pero baja sensibilidad (detección de los casos), lo que es aceptable en las pruebas de tamizaje, en las que la primera prioridad es reducir en general la tasa de falsos negativos, para evitar no detectar trastorno donde lo hay, incluso si esto implica aumentar la tasa de falsos positivos (de observar trastorno donde no lo hay).

Algunos estudios (Goodman, 2001; Goodman et al., 2000; Becker et al., 2004; Klasen, Woerner, Wolke, Myer, Overmeyer, Kashnitz et al., 2000) llegan a la conclusión que ninguno de los dos reportes (padre-profesor), muestran una predicción significativamente superior al otro, ya que esto dependerá, entre otros factores, del tipo de trastorno. Es así como se observa que el reporte del profesor es mejor que el de los padres para predecir trastornos externalizantes y el reporte de los padres resulta mejor para predecir trastornos internalizantes.

En síntesis, de acuerdo a los estudios revisados, es posible afirmar que el SDQ es un instrumento que muestra consistentemente evidencias de validez y confiabilidad en el puntaje total, mientras los resultados de las escalas se han mostrado disímiles. Resulta relevante evaluar las propiedades psicométricas del SDQ, debido a esto y a las características de este instrumento: su fácil y breve aplicación, bajo costo, la consideración de fortalezas, el amplio rango etéreo que abarca, la inclusión tanto de problemas conductuales como emocionales y la utilización de la misma versión para padres y profesores. Por otra parte, son escasos los instrumentos de tamizaje de psicopatología que cumplen con estas características en Chile,

## **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **I- OBJETIVOS**

#### **1. Objetivo General**

Determinar las propiedades psicométricas del Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) versión para padres, en niños entre los 4 y 11 años, de ambos sexos, que asisten a establecimientos educacionales de la Región Metropolitana.

#### **2. Objetivos Específicos**

1. Estimar evidencias de confiabilidad que presenta el Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) versión para padres y las 5 escalas que lo componen, en la muestra de estandarización, a través del método Alpha de Cronbach.

2. Determinar evidencias de validez del Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) versión para padres y las 5 escalas que lo componen, en la muestra de estandarización, a través del análisis de la estructura interna del test.

3. Establecer si existen diferencias en el puntaje total del Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) y en cada una de las 5 escalas que lo componen, en función del sexo, en la muestra de estandarización, a través del método t de Student.

4. Establecer si existen diferencias en el puntaje total del Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) y en cada una de las 5 escalas que lo componen, en función de la etapa del desarrollo, en la muestra de estandarización, a través del método t de Student.

5. Establecer si existen diferencias en el puntaje total del Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) y en cada una de las 5 escalas que lo componen, en función del tipo



de establecimiento educacional, en la muestra de estandarización, a través del método ANOVA.

6.- Establecer si existen diferencias en el puntaje total del Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) y en cada una de las 5 escalas que lo componen, en función de la asistencia a profesional de salud, a través del método T de Student.

## **II.- HIPÓTESIS**

1.- Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de los sujetos, en el total de dificultades y/o en cada una de las escalas SDQ, de acuerdo al sexo del alumno.

2.- Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de los sujetos, en el total de dificultades y/o en cada una de las escalas SDQ, de acuerdo a la Etapa del desarrollo del alumno.

3.- Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de los sujetos, en el total de dificultades y/o en cada una de las escalas SDQ, de acuerdo al Tipo de establecimiento educacional que asiste el alumno.

4.- Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de los sujetos, en el total de dificultades y/o en cada una de las escalas SDQ, de acuerdo a la Asistencia a profesional de salud mental del alumno.

## **MÉTODO**

### **I.- DISEÑO Y PROFUNDIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación corresponde a un diseño de tipo no experimental transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), ya que no se manipuló el nivel de psicopatología que presenta el sujeto. Asimismo, en cuanto a su profundidad es una investigación de tipo descriptiva y relacional, ya que se medirá el nivel de psicopatología de la muestra, considerando su posible relación con otras variables, como el sexo y la edad.

Asimismo, se la puede considerar una investigación psicométrica, pues la técnica de recolección de datos es un instrumento psicológico de medición, centrándose el estudio en torno a éste (Concha, Délano, Pérez y Silva, 2002).

### **II.- DEFINICIÓN DE VARIABLES**

#### **1. Definiciones conceptuales de variables en estudio**

#### **NIVEL DE PSICOPATOLOGÍA**

**Definición conceptual:** Desviaciones del curso normal del desarrollo (Wenar, 1994, citado en Sepúlveda y Capella, 2012; Sroufe & Rutter, 1984; Cicchetti & Toth, 2009; Almonte, 2003a), donde reconociendo el interjuego entre normalidad y psicopatología se observan los problemas conductuales y emocionales en la niñez y adolescencia<sup>2</sup> (Cicchetti & Toth, 2009).

**Definición operacional:** Es el puntaje total de dificultades obtenido por el niño/a en la suma de 4 de las escalas del SDQ<sup>3</sup>: Síntomas emocionales, Problemas de conducta,

---

<sup>2</sup> Se realiza una definición de psicopatología más acotada, debido a que son este tipo de trastornos los que evalúa el SDQ.

<sup>3</sup> Goodman (1997) plantea que no es conveniente incorporar el puntaje de Conducta prosocial en la dirección contraria al puntaje total de dificultades, porque la ausencia de conductas prosociales se conceptualiza diferente a la presencia de

Hiperactividad y Problemas con pares. Este puntaje puede variar de 0 a 40. De este modo si un sujeto obtiene entre 0 y 13 puntos será caracterizado como normal (ausencia de psicopatología), entre 14 y 16 puntos como límite (sujeto donde no es posible con el instrumento determinar la presencia o ausencia de psicopatología, sugiriéndose una evaluación posterior que permita determinarlo de mejor manera) y entre 17-40 puntos el sujeto será caracterizado como anormal (presencia de psicopatología) (Goodman, 2010).

### **ESCALA 1: SÍNTOMAS EMOCIONALES**

**Definición conceptual:** Esta escala se define considerando algunas de las categorías principales de síntomas del diagnóstico DSM IV (APA, 1994) de Trastorno de ansiedad por separación, es decir: la preocupación excesiva y persistente, los dolores abdominales, náuseas o vómitos, la resistencia o negativa persistente a asistir a la escuela y la dificultad para dormir (Elander & Rutter, 1995).

**Definición operacional:** Esta escala está constituida por los siguientes ítems: Se queja con frecuencia de dolores de cabeza, de estómago o de náuseas (ítem 4). Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a (ítem 8). Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso (Ítem 13). Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones pierde la confianza en sí mismo/a (ítem 16). Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente (Ítem 24). A cada uno de estos se le asigna un puntaje que va de 0 (No es cierto) a 2 (Absolutamente cierto). La suma puede variar de 0 a 10: entre 0-3 se considerará normal, 4 en el límite y entre 5-10 anormal (Goodman, 2010).

### **ESCALA 2: PROBLEMAS DE CONDUCTA**

**Definición conceptual:** Esta escala se define considerando algunas de las categorías principales de síntomas de los diagnósticos DSM IV (APA, 1994) de Trastorno disocial y Trastorno negativista desafiante, es decir: el robo, la destrucción, la desobediencia, la mentira y la agresión (Elander & Rutter, 1995).

---

psicopatología. Se ha observado además una baja correlación entre Conducta prosocial y los otros cuatro constructos del SDQ.

**Definición operacional:** Esta escala está constituida por los siguientes ítems: Frecuentemente tiene rabietas o mal genio (Ítem 5). Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos (Ítem 7). Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/as (Ítem 12). A menudo miente o engaña (Ítem 18). Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios (Ítem 22). A cada uno de estos se le asigna un puntaje que va de 0 (No es cierto) a 2 (Absolutamente cierto), a excepción del segundo indicador que se puntúa de manera inversa (0: absolutamente cierto y 2: no es cierto). La suma puede variar de 0 a 10: entre 0-2 se considerará normal, 3 en el límite y entre 4-10 anormal (Goodman, 2010).

### **ESCALA 3: HIPERACTIVIDAD-INATENCIÓN**

**Definición conceptual:** Esta escala se define considerando las tres categorías principales de síntomas del diagnóstico DSM IV de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es decir: la desatención, la hiperactividad y la impulsividad (APA, 1994; Goodman, 2001).

**Definición operacional:** Esta escala está constituida por los siguientes ítems: Es inquieto/a, hiperactivo/a no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo (Ítem 2). Está continuamente moviéndose y es revoltoso (Ítem 10). Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse (Ítem 15). Piensa las cosas antes de hacerlas. (Ítem 21) Termina lo que empieza, tiene buena concentración (Ítem 25). A cada uno de estos se le asigna un puntaje que va de 0 (No es cierto) a 2 (Absolutamente cierto), a excepción del cuarto y quinto indicador que se puntúa de manera inversa (0: absolutamente cierto y 2: no es cierto). La suma puede variar de 0 a 10: entre 0-5 se considerará normal, 6 en el límite y entre 7-10 anormal (Goodman, 2010).

### **ESCALA 4: PROBLEMAS CON PARES**

**Definición conceptual:** Esta escala se define considerando algunos síntomas de trastornos que implican alteración cualitativa de la interacción social.

**Definición operacional:** Esta escala está constituida por los siguientes ítems: Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a (Ítem 6). Tiene por lo menos un buen amigo/a (Ítem

11). Por lo general cae bien (Ítem 14). Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de el/ella (Ítem 19). Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as (Ítem 23). A cada uno de estos se le asigna un puntaje que va de 0 (No es cierto) a 2 (Absolutamente cierto), a excepción del segundo y tercer indicador que se puntúa de manera inversa (0: absolutamente cierto y 2: no es cierto). La suma puede variar de 0 a 10: entre 0-2 se considerará normal, 3 en el límite y entre 4-10 anormal (Goodman, 2010).

## **ESCALA 5: CONDUCTA PROSOCIAL**

**Definición conceptual:** Esta escala se define principalmente, considerando algunos de los ítems del Prosocial behavior questionnaire (PBQ) (Weir & Duven, 1981, citados en Goodman, 1994).

**Definición operacional:** Esta escala está constituida por los siguientes ítems: Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas (Item 1). Comparte frecuentemente con otros niños/as galletitas, juguetes, lápices, etc (Item 3). Ofrece ayuda cuando alguien se encuentra herido, disgustado o enfermo (Item 9). Trata bien a los niños/as más pequeños/as (Ítem 17). A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños) (Ítem 20). A cada uno de estos se le asigna un puntaje que va de 0 (No es cierto) a 2 (Absolutamente cierto). La suma puede variar de 0 a 10: entre 6-10 se considerará normal, 5 en el límite y entre 0-4 anormal (Goodman, 2010).

## **2. Variables de estratificación de la muestra**

**Etapas del desarrollo:** Los niños serán clasificados en etapa Pre escolar y Escolar, según su edad cronológica expresada numéricamente en años y meses al momento de la evaluación. A la primera pertenecerán los niños entre 4 y 6 años y a la segunda los niños entre 7 y 11 años<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Para la definición de esta variable se intentó aunar criterios de Erikson, Piaget y Papalia (citados en, Papalia, Wendkos & Duskin, 2004) sin embargo es necesario mencionar que dicha clasificación la utilizaremos sólo con fines metodológicos debido a que las edades de corte en las etapas del desarrollo son aproximadas y no exactas.

**Sexo:** Será el sexo atribuido al menor evaluado según sus características físicas externas y según lo reportado por los padres en el consentimiento. Se incluirán a hombres y mujeres.

**Establecimiento educacional:** Los niños serán clasificados según el Tipo de establecimiento educacional al cual asisten: Municipal, Particular subvencionado y Particular.

**Asistencia a profesional de salud mental:** Los niños serán clasificados según su asistencia o no a profesional de la salud mental, ya sea psicólogo, psiquiatra y/o neurólogo. Lo que será reportado por los padres.

### III.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de la presente investigación está compuesta por niños de ambos sexos, entre 4 y 11 años de edad, que al momento de la evaluación se encontraban cursando los niveles Pre-Kinder y Kinder de enseñanza pre básica y desde 1º a 5to de enseñanza básica, en colegios municipalizados, particulares subvencionados y particulares ubicados en la Región Metropolitana.

Cabe señalar que los participantes se obtuvieron en el marco de la Investigación “Obtención de las Normas Clichés del Test de Apercepción Infantil (CAT – A) para una muestra de niños chilenos de entre 4 y 10 años de la Región Metropolitana”. Llevada a cabo desde el año 2009 por el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, cuya investigadora responsable es la psicóloga y coordinadora de la unidad de psicodiagnóstico Caps Rosa Herrera y en calidad de coinvestigadores participan los psicólogos Cristian Yáñez y Alberto López.

La muestra es probabilística, por conveniencia y representativa. Para la selección de esta, participaron 9 colegios mixtos, de los cuales se tenía un conocimiento previo del tipo en que eran clasificados. Estos corresponden a: Educadores de Chile, Alivén y Villa Independencia (municipalizados). Nueva Era Siglo XII, Chilean Eagles College, Inmaculada Concepción, Alcántara Cordillera (particulares subvencionados). Pedro de Valdivia Peñalolén y Pedro de Valdivia Agustinas (particulares).

A estos colegios, se enviaron cartas de presentación (Ver anexo I), se establecieron contactos telefónicos, vía mail y entrevistas personales con directores y jefas de UTP, para conversar los propósitos y alcances de la investigación.

Una vez acordadas las fechas de aplicación con los colegios, se procedió a hacer llegar a los apoderados de los niños una carta de consentimiento informado (Ver anexo II), junto con una encuesta de Información general (Ver anexo III) y con el cuestionario SDQ (Ver anexo IV). De este modo, sólo aquellos niños autorizados por sus padres fueron los que se contemplaron en el presente estudio. Así, la muestra total obtenida fue la siguiente:

Tabla 1  
**Número de participantes total de acuerdo a tipo de establecimiento, edad y sexo**

Edad	Sexo	Tipo de establecimiento			
		Municipalizado	Particular subvencionado	Particular	Total
4-6 años	Mujer	80	157	51	288
	Hombre	94	123	43	260
7-11 años	Mujer	56	124	25	205
	Hombre	58	70	20	148
	Total	288	474	139	901

Es importante mencionar que para llevar a cabo los análisis estadísticos se excluyeron de la muestra aquellos cuestionarios que no fueron respondidos en su totalidad, quedando una muestra final de 791 sujetos.

#### **IV.- INSTRUMENTO**

Para evaluar las propiedades psicométricas del cuestionario en Chile se obtuvo la autorización de Goodman. Se utilizó la versión argentina del SDQ, sin el suplemento de impacto. Se eligió esta versión debido a que está traducida al español y las palabras que se utilizan en las redacciones de los ítems, son las que más se aproximan al lenguaje utilizado en el contexto chileno (Ver anexo IV).

## V.- ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Para llevar a cabo los análisis estadísticos se utilizó el Statistical Package for social sciences (SPSS) versión 19. Las técnicas utilizadas para desarrollar el análisis de los datos se reportan en función de la fase de la investigación en la cual se utilizaron. De este modo, en relación a las propiedades psicométricas del test, para estimar sus evidencias de fiabilidad, se calculó el coeficiente Alpha de Cronbach. Luego, para determinar evidencias de validez basadas en la estructura interna, se llevo a cabo un Análisis factorial exploratorio.

Asimismo, se obtuvieron estadísticos descriptivos (promedio y desviación estándar) para caracterizar los resultados observados tanto en Puntaje total como en cada una de las escalas.

Finalmente, para contrastar las hipótesis de comparación de grupos, se calculó la prueba t de student para muestras independientes (cuando se comparan sólo dos grupos, por ejemplo, cuando se compara el puntaje en función del sexo) y Análisis de varianza o ANOVA de una vía (cuando se comparan tres o más grupos, como el caso de “tipo de establecimiento”).



## **RESULTADOS**

Los resultados serán presentados en dos apartados. En primer lugar se presentarán los resultados vinculados a las pruebas de hipótesis, las que se relacionan con el ámbito clínico de la investigación. Debido a que el instrumento no puede ser modificado para su uso en otros contextos, ya que está registrado por Goodman y su equipo (1997), se considerará el modelo original del SDQ, es decir, el modelo que propone 5 factores y puntajes de corte para las tres categorías diagnósticas (normal, límite, anormal). Asimismo, se evaluarán las posibles diferencias en el Puntaje total y en cada una de las 5 escalas SDQ, de acuerdo al sexo del niño, su etapa del desarrollo, al tipo de establecimiento educacional en el que está matriculado y su asistencia o no a un profesional de la salud mental.

En segundo lugar, se informarán las Propiedades psicométricas del SDQ, presentándose las evidencias de confiabilidad tanto del test completo, como de las 5 Escalas del SDQ y las evidencias de validez basadas en la estructura interna del test.

### I.- Análisis de la muestra según categoría diagnóstica SDQ

En relación a la distribución de la muestra, se observa que es asimétrica, en el puntaje total y en la mayoría de las escalas se observó que el 75% de los casos se ubicaban en el rango normal o límite y el 25% restante en el rango anormal (Figura 1). La única escala que mostró una distribución cercana a normal fue la de Hiperactividad-Inatención, donde se observa una mayor cantidad de casos anormales (Figura 2).

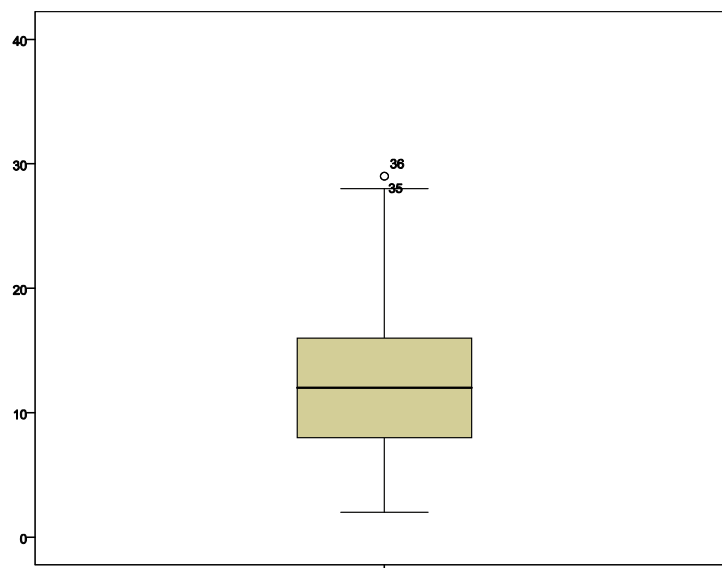


Figura 1. **Gráfico de caja y bigotes del puntaje total SDQ obtenido por la muestra**

En la Figura 1 es posible observar que la mediana se ubica aproximadamente en 12 puntos, es decir, el 50% de los casos se ubica en el rango normal. Mientras la siguiente línea sobre la mediana, se ubica en 15 puntos aproximadamente, lo que indica que el 75% de los casos se ubica en el rango límite o normal. Observándose 2 casos atípicos, es decir que tienen un puntaje muy alto, comparado con el resto de la muestra.

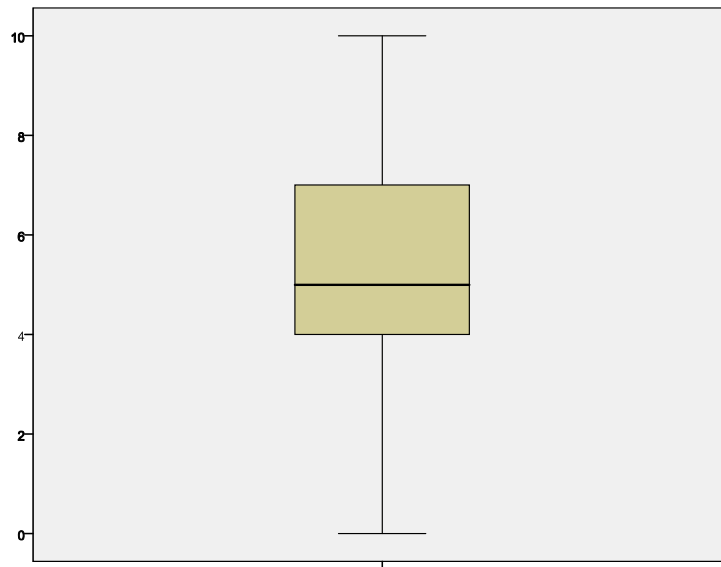


Figura 2. **Gráfico de caja y bigotes del puntaje en la escala Hiperactividad-Inatención obtenido por la muestra**

En la Figura 2 es posible observar que la mediana se ubica, aproximadamente en 5 puntos. Es decir, el 50% de los casos se ubica en el rango normal. Mientras la siguiente línea sobre la mediana, se ubica en 7 puntos aproximadamente, lo que indica que el 75% de los casos se ubica en el rango límite, normal o anormal.

### **Análisis comparativo**

#### **a) Estudio de las posibles diferencias en el Puntaje total y en cada una de las 5 escalas que componen el SDQ en función del sexo del alumno**

Un 45% (n=408) de los evaluados corresponden a hombres y un 55% (n=493) a mujeres. En la Tabla 2 se presentan los resultados de la prueba t de Student, para estimar la diferencia de grupos, en el puntaje total SDQ y en las 5 escalas.

Tabla 2:  
**Prueba t de Student, para estimar la diferencia de grupos de acuerdo a sexo**

Escala SDQ	t	Gl	Sig. (bilateral)
Puntaje total	2,74	812	,006*
Síntomas emocionales	1,02	877	,307
Hiperactividad-Inatención	5,27	864	p<,001*
Problemas con pares	1,42	862	,155
Problemas de conducta	1,19	883	,235
Conducta Prosocial	-1,45	873	,148

\*Diferencia significativa al 0.01

En la escala Puntaje total se observan diferencias estadísticamente significativas, aunque no teóricamente relevantes debido a que tanto hombres como mujeres quedan categorizados en el rango normal. En la escala Hiperactividad-Inatención se observaron diferencias estadísticamente significativas y teóricamente relevantes respecto al sexo, debido a que los hombres quedan categorizados en rango límite y las mujeres en normal (ver Tabla 3). Mientras en las escalas Síntomas emocionales, Problemas de conducta, Problemas con Pares y Conducta prosocial no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 3:  
**Comparación de medias y categoría diagnóstica de acuerdo a sexo**

Escala SDQ	Sexo	Media	Categoría diagnóstica SDQ
Puntaje total	Hombre	12,9	Normal
	Mujer	11,8	Normal
Síntomas emocionales	Hombre	2,9	Normal
	Mujer	2,7	Normal
Hiperactividad-Inatención	Hombre	5,7	Límite
	Mujer	5	Normal
Problemas de conducta	Hombre	2,3	Normal
	Mujer	2,2	Normal
Problemas con pares	Hombre	2,2	Normal
	Mujer	2	Normal
Conducta Prosocial	Hombre	7,7	Normal
	Mujer	7,9	Normal

**b) Estudio de las posibles diferencias en el Puntaje total y en las 5 escalas que componen el SDQ en función de la Etapa del Desarrollo del alumno**

En primer lugar, se debe señalar que un 61% (n=483) de los evaluados corresponden a preescolares y un 39% (n=353) a escolares. En la tabla 4 se presentan los resultados que alcanzan ambos grupos, una vez realizada la prueba t de Student, para estimar la diferencia de grupos en el puntaje total SDQ y en las 5 escalas.

Tabla 4:  
**Prueba t de Student para estimar la diferencia de grupos de acuerdo a Etapa del desarrollo**

Escala SDQ	t	Gl	Sig. (bilateral)
Puntaje total	-1,993	812	,047*
Síntomas emocionales	-3,654	877	p<,001*
Hiperactividad-Inatención	,543	864	,587
Problemas con pares	-2,125	862	,034*
Problemas de conducta	,884	883	,377
Conducta Prosocial	3,489	873	p<,001*

\*Diferencia significativa al 0.01

En el puntaje total y en las escalas Síntomas emocionales, Problemas con pares y Conducta Prosocial se observaron diferencias estadísticamente significativas, aunque no teóricamente relevantes, debido a que tanto Pre escolares como Escolares quedan categorizados en el rango normal (ver Tabla 5). Mientras en las dos escalas restantes: Problemas de Conducta e Hiperactividad-Inatención no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 5:  
**Comparación de medias y categoría diagnóstica de acuerdo a etapa del desarrollo**

Escala SDQ	Sig.	Etapa del desarrollo	Media	Categoría diagnóstica SDQ
Puntaje total		Pre escolar	12	Normal
		Escolar	12,8	Normal
Síntomas emocionales		Pre escolar	2,5	Normal
		Escolar	3,1	Normal
Hiperactividad-Inatención		Pre escolar	2	Normal
		Escolar	2,1	Normal
Problemas con pares		Pre escolar	2	Normal
		Escolar	2,2	Normal
Problemas de conducta		Pre escolar	2,3	Normal
		Escolar	2,2	Normal
Conducta Prosocial		Pre escolar	7,9	Normal
		Escolar	7,6	Normal

**c) Estudio de las posibles diferencias en el Puntaje total y en las 5 escalas que componen el SDQ en función del tipo de establecimiento educacional del alumno**

Del total de estudiantes evaluados, un 32% (n=288) asiste a establecimiento municipal, 53% (n=474) a particular subvencionado y un 15% (n=139) a particular. En la Tabla 6 se presentan los resultados de la prueba ANOVA, para estimar la diferencia de grupos, en el Puntaje total SDQ y en las 5 escalas.

Tabla 6:  
**Prueba ANOVA para estimar la diferencia de grupos de acuerdo a establecimiento educacional**

Escala SDQ	F	Sig.
Puntaje total	93,680	p<,001*
Síntomas emocionales	60,717	p<,001*
Hiperactividad-Inatención	20,904	p<,001*
Problemas con pares	55,965	p<,001*
Problemas de conducta	70,521	p<,001*
Conducta Prosocial	,667	P<,001*

\*Diferencia significativa al 0.01

Se concluye que en el Puntaje total y en todas las escalas, excepto la Prosocial, se observaron diferencias estadísticamente significativas y teóricamente relevantes respecto a la variable tipo de establecimiento, específicamente entre el establecimiento Particular y Particular subvencionado con el Municipal debido a que en el puntaje total y

en las cuatro escalas los dos primeros son categorizados en el rango normal y el municipal en el rango límite (ver Tabla 7).

Tabla 7:  
**Comparación de medias y categoría diagnóstica de acuerdo a tipo de establecimiento**

Escala SDQ	Sig.	Tipo de establecimiento Educativo	Media	Categoría diagnóstica SDQ
Puntaje total	p<,001*	Particular	9,5	Normal
		Particular Subvencionado	11	Normal
		Municipal	15,9	Límite
Síntomas emocionales	p<,001*	Particular	1,9	Normal
		Particular Subvencionado	2,3	Normal
		Municipal	4	Límite
Hiperactividad-Inatención	p<,001*	Particular	4,7	Normal
		Particular Subvencionado	5	Normal
		Municipal	5,9	Límite
Problemas de conducta	p<,001*	Particular	1,5	Normal
		Particular Subvencionado	1,9	Normal
		Municipal	3,2	Límite
Problemas con pares	p<,001*	Particular	1,4	Normal
		Particular Subvencionado	1,8	Normal
		Municipal	2,9	Límite
Conducta Prosocial	p<,001*	Particular	7,7	Normal
		Particular Subvencionado	7,8	Normal
		Municipal	7,8	Normal

**d) Estudio de las posibles Diferencias en el Puntaje total y en las 5 escalas que componen el SDQ en función de la asistencia a profesional de salud mental**

Un 82% (n=734) de los alumnos no ha asistido a profesional de salud mental (psicólogo, psiquiatra o neurólogo) durante el último año o ha asistido a otro tipo de profesional, un 15% ha asistido y un 3% no respondió o no especificó el tipo de profesional. En la Tabla 8 se presentan los resultados de la prueba T Student, para estimar la diferencia de grupos en el Puntaje total SDQ y en las 5 escalas

Tabla 8:  
**Prueba t de Student para estimar la diferencia de grupos de acuerdo a asistencia a profesional de salud mental**

Escala SDQ	T	Gl	Sig. (bilateral)
Puntaje total	-7,013	785	p<,001*
Síntomas emocionales	-4,269	172,331	p<,001*
Hiperactividad-Inatención	-8,272	835	p<,000*
Problemas con pares	-3,440	167,375	,001*
Problemas de conducta	-3,243	176,394	,001*
Conducta Prosocial	-1,575	843	,116

\*Diferencia significativa al 0.01

En el Puntaje total y en todas las escalas, excepto en la Prosocial se observaron diferencias estadísticamente significativas y teóricamente relevantes. De este modo, en el Puntaje total y en las escalas Síntomas emocionales, Problemas de conducta y Problemas con pares, los alumnos que no han asistido a profesional de la salud mental son categorizados dentro del rango normal y los que han asistido en rango límite. Mientras en la escala Hiperactividad-Inatención los que no asisten son categorizados en rango normal y los que asisten en rango anormal (ver Tabla 9).



Tabla 9:  
**Comparación de medias y categoría diagnóstica de acuerdo a asistencia a profesional**

Escala SDQ	Sig.	Asistencia a profesional de la salud	Media	Categoría diagnóstica SDQ
Puntaje total	p<,001*	No asiste o asiste a otro	11,6	Normal
		Asiste a psicólogo/psiquiatra o neurólogo	15,4	Límite
Síntomas emocionales	p<,001*	No asiste o asiste a otro	2,6	Normal
		Asiste a psicólogo/psiquiatra o neurólogo	3,6	Límite
Hiperactividad-Inatención	p<,000*	No asiste o asiste a otro	5	Normal
		Asiste a psicólogo/psiquiatra o neurólogo	6,6	Anormal
Problemas de conducta	,001*	No asiste o asiste a otro	2	Normal
		Asiste a psicólogo/psiquiatra o neurólogo	2,7	Límite
Problemas con pares	,001*	No asiste o asiste a otro	1,9	Normal
		Asiste a psicólogo/psiquiatra o neurólogo	2,6	Límite
Conducta Prosocial	,116	No asiste o asiste a otro	7,9	Normal
		Asiste a psicólogo/psiquiatra o neurólogo	7,6	Normal

## II.-Propiedades psicométricas del SDQ

### 1. Confiabilidad

En la Tabla 9 se presenta la estimación de la confiabilidad por consistencia interna (obtenida mediante alfa de Cronbach) para el Puntaje Total SDQ y para cada una de las 5 escalas que lo componen.

**Tabla 9:**  
Confiabilidad por consistencia interna

Escala	Ítems	Coefficiente alfa de Cronbach
Puntaje Total	2,4,5,6,7,8,10,11,12,13,14,15,16,18,19	0,794
Síntomas emocionales	4,8,13,16,24	0,649
Hiperactividad-Inatención	2,10,15,21,25	0,567
Problemas de conducta	5,7,12,18,22	0,616
Problemas con pares	6,11,14,19,23	0,534
Conducta Prosocial	1,3,9,17,20	0,299

Se concluye que la escala total (n = 20 ítems) alcanza un coeficiente de confiabilidad adecuado. No obstante, ninguna de las 5 escalas presenta evidencias de confiabilidad dentro de los niveles esperados. Es importante destacar que el nivel de confiabilidad observado en la escala Prosocial es extremadamente bajo.

### 2. Evidencias de validez basadas en la estructura interna

Para llevar a cabo el proceso de determinación de la validez del SDQ, se utilizó el Análisis factorial exploratorio (AFE) con el método de máxima verosimilitud para la extracción de factores. Se decidió utilizar un AFE ya que, a pesar de que existe una estructura original propuesta por Goodman, la posterior evidencia empírica (Dickey & Blumberg, 2004; Muris et al., 2001; Du et al., 2008; Van Roy et al., 2008; Palmieri et al., 2007; Goodman, 2001; Niclasen, et al., 2012) ha demostrado que el modelo de 5 factores propuesto por Goodman puede no ser el más adecuado, proponiéndose en dichos estudios, otro tipo de soluciones. Finalmente, cabe destacar que se utilizó rotación Oblimin, debido a que tanto teóricamente como empíricamente los factores obtenidos han mostrado cierto grado de asociación.

En cuanto a los resultados obtenidos, en primer lugar en la Tabla 10 se informan los índices de Bartlett y KMO con el objetivo de evaluar la adecuación de los datos para desarrollar un AFE.

Tabla 10:  
**KMO y prueba de Bartlett**

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,839
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	4587,832
	Gl	300
	Sig.	0,000

Ya que el KMO es superior a 0.80 y el test de esfericidad de Bartlett resulta significativo, se concluye que es posible llevar a cabo un análisis factorial.

Como se mencionó anteriormente, a pesar de que la estructura original del SDQ propuesta por Goodman sea de 5 factores, posteriormente se han propuesto otro tipo de soluciones, ya sea con mayor o menor número de factores. Es por esta razón que en el AFE realizado en esta investigación se exploraron distintas soluciones, que van desde los 2 hasta los 7 factores, en la Tabla 11 se expone cada una de estas soluciones, el porcentaje de varianza total que explican y los ítems que fueron eliminados en cada solución debido a su baja carga factorial (Tabla 11).

Tabla 11:  
**Resultados de las 6 soluciones exploradas**

Solución	% de Varianza Explicada	Ítems con carga menor a 0.30
2 factores	23,49%	“Piensa las cosas antes de hacerlas”, “Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios”
3 factores	29.03%	“Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios”, “A menudo miente o engaña”, “Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas”, “Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a”
4 factores	32,18%	“Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios”, “Frecuentemente tiene rabietas o mal genio”, “Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a”, “A menudo miente o engaña”
5 factores	34.69%	“Trata bien a los niños/as más pequeños/as”, “Piensa las cosas antes de

		hacerlas”, “A menudo miente o engaña”, “Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a”, “Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios”
6 factores	36,92%	“Trata bien a los niños/as más pequeños/as”, “Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos”, “Frecuentemente tiene rabietas o mal genio”, “Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a”
7 factores	38,74%	“Piensa las cosas antes de hacerlas”, “Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as”, “Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a”

---

En el Anexo V se presenta la forma en que se agruparon los 25 ítems del SDQ, en los factores de cada una de las 6 soluciones exploradas. Al observar la configuración obtenida, se concluye que ninguna de las soluciones da cuenta satisfactoriamente de la estructura original del SDQ propuesta por Goodman.

## **DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

### **I.- Contraste de hipótesis**

Al realizar una revisión general de los datos obtenidos a partir de los cuestionarios aplicados, se observó que fue mayor la cantidad de niños clasificados como normales y límites que como anormales. Esto se comprende a partir de que la población es normal y no clínica, es decir, en general la muestra de alumnos evaluados no tienen la condición de estar diagnosticados con algún tipo de trastorno psicológico. Sólo la escala Hiperactividad-Inatención mostró una tendencia distinta, observándose una mayor cantidad de casos anormales, esto es esperable ya que esta escala fue construida en base a los principales síntomas del TDAH según el DSM IV y este constituye uno de los trastornos de mayor prevalencia en nuestro país (Vicente et al., 2012, De La Barra et al., 2002).

A continuación se revisarán las hipótesis planteadas, en relación a las diferencias en el puntaje total SDQ y en cada una de las 5 escalas que lo componen, en función de las distintas variables.

De acuerdo al Sexo del niño, en el Puntaje Total, aunque la diferencia fue mínima, los hombres puntuaron más que las mujeres. En la escala Hiperactividad-Inatención también los hombres puntuaron más que las mujeres. Ambos resultados concuerdan con lo observado en estudios precedentes (Nielsen et al., 2012, Muris et al., 2003, Smedje et al., 1999, Shojaei et al., 2009, Woerner et al., 2004) y con lo planteado en la literatura respecto a la mayor prevalencia de la hiperactividad e inatención en los varones (Costello et al., 2003; Rutter et al., 2003). En relación a la escala Síntomas emocionales, los trastornos que contienen estos síntomas han sido observados mayormente en mujeres (Rutter et al., 2003), sin embargo son de inicio en la adolescencia, lo que podría constituir una de las posibles razones por las que no se observaron diferencias en el puntaje de esta escala en relación a la variable Sexo. Por lo tanto la primera hipótesis se acepta parcialmente.

De acuerdo a la variable Etapa del desarrollo, en el Puntaje total y en las escalas Síntomas emocionales y Problemas con pares, los escolares obtienen puntajes más altos que los Pre escolares; mientras que en Conducta Prosocial, ocurre lo contrario. Ello concuerda en parte con lo observado en otros estudios (Woerner et al., 2004, Du et al., 2008, Becker et al., 2004), aunque en estos se observan diferencias mayores, quizás

porque se utiliza un rango más amplio de edad, lo que permite hacer además una comparación entre infancia y adolescencia. Por lo tanto la segunda hipótesis se acepta parcialmente.

De acuerdo a la variable Tipo de establecimiento, se observó que los niños(as) que asisten a establecimientos municipales tienen mayores puntajes que los que asisten a establecimientos particulares y particulares subvencionados en el puntaje total y en todas las escalas, excepto en la Prosocial. Aún cuando no es estrictamente comparable, si utilizáramos el tipo de establecimiento como un indicador aproximado del nivel socioeconómico, sería posible afirmar de acuerdo con la literatura (Almonte, 2003a) que el nivel socioeconómico bajo, junto a una serie de condiciones ambientales desfavorables asociadas, constituye un factor de riesgo en psicopatología. Por lo tanto a menor nivel socioeconómico, son mayores las dificultades psicológicas y psicopatología que se presentan. Esto se observa en dos de los estudios revisados (Woerner et al., 2004, Giannakopoulos et al., 2009), sin embargo en el primero se utilizó como indicador de NSE un índice basado en: el nivel educacional de los padres, la profesión y el ingreso de los hogares, mientras en el otro se utilizó una escala de recursos familiares. Por lo tanto, la tercera hipótesis se acepta.

De acuerdo a la variable Asistencia a profesional de la salud mental, en el puntaje total y en todas las escalas, excepto en la Prosocial, se observó que los niños que asisten puntúan más que los que no asisten. En ninguno de los estudios revisados se analizó esta variable, y aunque no es posible afirmar con certeza que la totalidad de los niños que asisten a profesional de la salud mental hayan sido diagnosticados con algún tipo de trastorno, si podríamos deducir que tendrían una mayor probabilidad de padecer un trastorno o de ser diagnosticados en un futuro. Lo que concuerda con lo observado en diversos estudios (Goodman, Ford, Simons, Gatward & Meltzer, 2000; Goodman, 2001; Hawes & Dadds, 2004 y Goodman, Renfrew & Mullick, 2000) donde se concluye que el SDQ sería un instrumento apto para detectar a los niños diagnosticados con trastorno psiquiátrico, o con mayores dificultades psicológicas. Por lo tanto, la cuarta hipótesis se acepta.

## II.- Cumplimiento de objetivos

El objetivo general de la presente investigación correspondiente a determinar las propiedades psicométricas del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) versión para padres se cumplió. Al respecto, es posible concluir que la escala Puntaje total presentó evidencias de confiabilidad, mientras ninguna de las 5 escalas que componen el SDQ mostró una confiabilidad dentro de lo esperado. En cuanto a la validez determinada con Análisis Factorial Exploratorio, ninguna solución resultó ser similar a la estructura original del SDQ propuesta por Goodman.

La baja confiabilidad de las 5 escalas del SDQ, concuerda con lo observado en otras investigaciones (Becker et al., 2004; Koskelainen et al., 2000; Malmberg et al., 2003; Muris et al., 2003; Hawes & Dadds, 2004; Shojaei et al., 2009; Smedje et al., 1999; Van Roy et al., 2008; Giannakopoulos et al., 2009; Niclasen et al., 2012). En relación a esto, Kerlinger & Lee (2002) mencionan que la longitud de una prueba puede afectar la confiabilidad, por lo que el escaso número de ítems (entre 3-5) al interior de cada escala, constituye un posible factor a considerar en la baja confiabilidad. Otras de las razones que podrían explicar la baja confiabilidad observada es la comorbilidad concurrente entre los trastornos emocionales y conductuales. Al respecto, Van Roy et al. (2008), Rutter & Stevenson (2008a) y Almonte y Montt (2003a) plantean que es esperable que se observen correlaciones mayores entre escalas en los niños pequeños, ya que las dificultades emocionales y de conducta son más difíciles de diferenciar en los primeros años de vida, pudiendo existir superposiciones entre los diferentes cuadros psicopatológicos. Por ejemplo, Almonte y Sáenz (2003) mencionan que cuando el Trastorno de conducta disocial, se inicia en la niñez, son características las conductas agresivas hacia otros y las dificultades en la relación con pares. Por lo tanto, en este caso, en un mismo trastorno coexistirían síntomas de dos escalas SDQ (problemas de conducta y problemas con pares).

En relación a las evidencias de validez, estudiadas mediante AFE, se exploraron 6 soluciones, que iban desde los 2 a los 7 factores, concluyéndose que ninguna de ellas da cuenta ni de la estructura original del SDQ (Goodman, 1999), ni de las soluciones propuestas por otros autores (Dickey & Blumberg, 2004 y Muris et al. 2001). En la mayoría de las soluciones se eliminaron los ítems: "Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios", "A menudo miente o engaña", "Es más bien solitario/a y tiende a jugar

solo/a”, siendo la escala Problemas de Conducta la más afectada en todas las soluciones, excepto en la de 7 factores donde la escala más afectada fue Problemas con pares.

La falta de validez (Smedje et al., 1999., Palmieri & Smith, 2007) podría deberse a que los informantes, tienden a creer que conocen acerca de la vida interna de los niños, aunque no siempre es así. Si fuese este el caso, se perdería en parte el valor de utilizar a los padres como informantes confiables, poseedores de datos fidedignos acerca del comportamiento de sus hijos. George et al. (2004) mencionan que los evaluadores observan la conducta desde su propio modo de asignar significados a aquello que están observando, lo que está influido por una serie de factores. En este sentido es importante considerar que la mayoría de los cuestionarios fueron respondidos por las madres y es posible que éstas sean más condescendientes y menos objetivas al responder. Puede ser también que en el reporte de los padres influyan las escasas oportunidades que tienen para observar ciertas conductas en sus hijos y los escasos parámetros de comparación, a diferencia de los profesores, quienes tienen la oportunidad de observar las relaciones con sus pares y de comparar al alumno con otro niño de la misma sala (Rutter & Stevenson, 2008b).

Otra razón que podría explicar la falta de validez es que determinadas preguntas podrían estar mal formuladas o no ser aplicables a nuestro contexto, ya que como mencionan Montenegro et al. (1983), Elander & Rutter (1995) y Bedregal (2008) se debe considerar que los instrumentos no son transculturales y la mayor parte de ellos, han sido diseñados, pensando en las habilidades que cada sociedad y cultura promueven. En este caso el SDQ fue construido en Inglaterra y la mayoría de los estudios han sido realizados en Europa. Por lo que sería recomendable evaluar que ocurre con la validez al modificar o reformular ciertos ítems.

Considerando la particularmente baja confiabilidad observada en la escala conducta Prosocial, tanto en este estudio, como en estudios previos (Becker et al., 2004; Koskelainen et al., 2000; Malmberg et al., 2003; Muris et al., 2003; Hawes & Dadds, 2004; Shojaei et al., 2009; Smedje et al., 1999; Van Roy et al., 2008; Giannakopoulos et al., 2009; Niclasen et al., 2012), su no inclusión en estudios que evalúan la validez comparando con otras medidas de psicopatología (Goodman, 1997; Goodman, 1999; Klasen et al., 2000). Debido a su tendencia a agruparse en otras escalas y las escasas diferencias observadas en esta escala cuando se comparan grupos, una posible solución sería eliminar los ítems que la componen. Sin embargo algunos autores han mencionado



algunas razones por las cuales sería precipitado tomar esta decisión: Una de ellas, observada por Goodman (1997) es la equivalencia entre el cuestionario Rutter (Elander & Rutter, 1995) y el SDQ, lo que indicaba que la Escala Prosocial no tenía un efecto negativo en el resto de las escalas, sin embargo en estudios posteriores se ha observado lo contrario. Por otra parte Dickey & Blumberg (2004) mencionan que eliminarlos podría hacer menos aceptable el instrumento para los informantes, por lo que eventualmente se perdería una de las principales ventajas del SDQ por sobre otras medidas. Esto habría que evaluarlo en futuros estudios, ya que es posible que lo que aumente la aceptabilidad sea la brevedad del instrumento, más que la inclusión de conductas prosociales.

Tomando en consideración los resultados de las propiedades psicométricas evaluadas y el planteamiento de Elander & Rutter (1995) de que probablemente las escalas no sean el instrumento más apropiado cuando se deben hacer distinciones diagnósticas, es posible concluir que en el ámbito clínico, será más apropiado que los profesionales utilicen el SDQ como instrumento de tamizaje de psicopatología, prestando mayor atención al Puntaje Total que a cada una de las escalas.

Es así como siguiendo el modelo de clasificación dimensional (Almonte y Montt (2003a), con el resultado del puntaje total SDQ será posible ubicar al niño, en una dimensión o rango (normal, límite o anormal), determinando así el nivel general de psicopatología, es decir, cuanto se desvía el desarrollo del niño de su curso normal (Wenar, 1994, citado en Sepúlveda y Capella, 2012; Sroufe & Rutter, 1984; Cicchetti & Toth, 2009; Almonte, 2003a). Luego, debido a que este tipo de instrumentos no son suficientes por sí solos para elaborar un diagnóstico (Almonte y Montt, 2003a; De La Barra et al., 2002; Kasius et al., 1997), se deberá evaluar en mayor profundidad, complementando este cuestionario, con los otros métodos de evaluación. Así será posible determinar si la desviación corresponde a una variación normal del desarrollo, a un cuadro reactivo o a algún tipo de Trastorno (OMS, 1992; Mises, 1990; Gap, 1979; citados en Sepúlveda y Capella, 2012), ya sea internalizante o externalizante.

### **III.- Aportes, limitaciones y proyecciones del estudio**

Los principales aportes de esta investigación, fueron la evaluación de las propiedades psicométricas del SDQ en nuestro país, y la estimación de niveles de confiabilidad adecuados para la escala total, lo que permite el uso del SDQ como herramienta de tamizaje de psicopatología en general en el contexto clínico, lo que contribuye al desarrollo de la psicopatología infantil, como disciplina a nivel nacional. En

relación a las evidencias de validez basadas en la estructura interna, el estudio muestra evidencia empírica que la estructura del SDQ versión para padres, tal como está, no funciona en nuestro país, por lo que no se recomienda la utilización de las 5 escalas. Esto plantea la necesidad de nuevos estudios en torno al SDQ y sugiere que quizás, para que el instrumento realmente mida los constructos pretendidos, sea necesario modificar o reformular ciertos ítems, que por elementos culturales pueden resultar difíciles de comprender por los informantes. Sería interesante evaluar también si los padres son informantes confiables para dar cuenta de la conducta de sus hijos.

La aplicación del SDQ constituye un aporte como complemento a la evaluación diagnóstica y a la detección temprana. Proporciona una visión general, tanto de las dificultades como de las fortalezas del niño, y a la vez, constituye una base para guiar la posterior aplicación de otros instrumentos específicos que midan más detalladamente ciertas emociones y conductas del niño. Permite tener una aproximación a las dificultades psicológicas y pesquisar a los niños con posibles problemas de salud mental, en ámbitos de atención de control de salud y de educación, por ejemplo. Abre la posibilidad de que los niños categorizados en rangos límites y anormales del SDQ sean evaluados en mayor profundidad a través de otros métodos, para determinar si presentan psicopatología. Para luego, considerando que la psicopatología del niño y del adolescente tiene un carácter de reactividad y reversibilidad mayor que la del adulto (García, 2003a,) sea posible llevar a cabo estrategias de prevención, con el fin de evitar que el niño presente un trastorno a futuro. Esto, ya que como mencionan Costello et al. (2003) y Cicchetti et al. (1987), a pesar de que las dificultades de un individuo en la actualidad no sean suficientes para ser considerado trastorno, éste puede ser más vulnerable a desarrollarlo en el futuro. Por lo que resulta relevante pesquisar a tiempo las dificultades que se pueden estar presentando en su desarrollo psicológico.

A la vez, el SDQ puede resultar útil durante el tratamiento de un niño con dificultades psicológicas, para monitorear si está siendo efectivo y si los resultados están siendo observables por sus padres en el hogar.

Algunas de las limitaciones del presente estudio, a partir de las cuales surgen proyecciones para futuros estudios fueron: no tener la posibilidad de acceder a una muestra clínica, con lo cual hubiera sido posible realizar un estudio más amplio, que probablemente hubiera arrojado resultados diferentes, permitiendo establecer comparaciones con la muestra no clínica y determinar la validez discriminante del

instrumento. Por otra parte, es recomendable que se incluyan a los profesores en futuras investigaciones, ya que padre y profesor tienen la oportunidad de observar al niño en contextos distintos y como mencionan Verhulst & Ende (2008), De La Barra et al. (2002), Verhulst et al. (1997) cada uno, efectúa un aporte único en el proceso, por lo que es importante que el clínico tome en cuenta las similitudes y discrepancias que se pueden dar en los reportes.

En relación a las variables, sería interesante poder comparar en posteriores investigaciones entre niños de diversas etapas evolutivas, además de pre-escolares y escolares, incluir adolescentes, para analizar si se logran apreciar mayores diferencias entre estas etapas. Para el nivel socioeconómico, no fue posible obtener información sobre el ingreso familiar, por lo que se consideró el tipo de establecimiento educacional como un posible indicador, sin embargo éste no es suficiente para determinarlo e hizo falta un índice que permitiera evaluarlo con mayor precisión.

Finalmente, esta memoria constituye el primer paso en la evaluación de las propiedades psicométricas del SDQ en Chile. Permitirá a los profesionales de la salud mental infantil contar con un instrumento de fácil aplicación y bajo costo que les entrega una aproximación al nivel general de psicopatología del niño entre 4 y 11 años, permitiéndoles complementar las otras formas de evaluación. A la vez este estudio deja abierta la posibilidad de que en futuras investigaciones se evalúen otros tipos de validez, y las propiedades psicométricas del SDQ en sus otras dos versiones: profesor y autoreporte del adolescente, lo que permitirá aprovechar el recurso que constituye la modalidad multinformante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almonte, C. (2003a). Características de la psicopatología infantil y de la adolescencia. En C. Almonte, M.E. Montt, y A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia (1ª ed.)*(pp.87-105). Santiago: Mediterráneo.

Almonte, C (2003b). Entrevista psiquiátrica en la niñez y adolescencia. En C. Almonte, M.E. Montt, y A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia (1ª ed.)*(pp. 171-176). Santiago: Mediterráneo.

Almonte, C. y Etchepare, T. (2003).Trastornos por déficit atencional e hiperactividad. En C. Almonte, M.E. Montt, y A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia (1ª ed.)*(pp.243-265).Santiago: Mediterráneo.

Almonte, C. y García, R. (2003) Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes. En C. Almonte, M.E. Montt, y A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia (1ª ed.)*(pp. 144-170) Santiago: Mediterráneo

Almonte, C. y Montt, M.E. (2003a). Clasificación de los trastornos psiquiátricos infanto-juveniles. En C. Almonte, M.E. Montt, y A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia (1ª ed.)* (pp.131-143). Santiago: Mediterráneo.

Almonte, C. y Montt, M.E. (2003b).Trastornos ansiosos en niños y adolescentes. En C. Almonte (Ed.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia (1ª ed.)*(pp.348-368). Santiago: Mediterráneo.

Almonte, C. y Sáenz, A.M. (2003).Trastornos de expresión conductual. En C. Almonte, M.E. Montt, y A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia (1ª ed.)*(pp.382-401).Santiago: Mediterráneo.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª. Ed.)* . Barcelona: Masson.

Angold, A., Costello, J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40, 57-87.

Barlow, D. & Durand, M. (1999). *Psicología anormal, un enfoque integral*. Méjico: Thomson.

Becker, A., Woerner, W., Hasselhorn, M., Banaschewski, T. & Rothenberger, A. (2004). Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 11–16.

Becker, A., Steinhausen, H.C., Baldurson, G., Dalsgaard, S., Lorenzo, M.J., Ralston, S.J. et al. (2006). Psychopathological screening of children with ADHD: Strengths and Difficulties Questionnaire in a pan-European study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 56–62.

Bedregal, P. (2008). Instrumentos de medición del desarrollo en Chile. *Revista chilena de pediatría*, 79, 32-36.

Blanckenburg, W. (1983). La psicopatología como ciencia básica de la psiquiatría. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 21, 177-188

Centre for Addiction and Mental Health. (2009). *Child Behavior Checklist (CBCL)* Extraído el 8 de Julio del 2012 desde: [http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/Screening\\_Assessment/screening/screen\\_CD\\_youth/Pages/CBCL.aspx](http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/Screening_Assessment/screening/screen_CD_youth/Pages/CBCL.aspx)

Cicchetti, D. (2006). Developmental psychopathology. En D.Cicchetti (Ed.), *Development and psychopathology* (pp. 1-19). Estados Unidos: Wiley.

Cicchetti, D. & Toth, S. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline. *Journal of child psychology and psychiatry*, 50, 16-25.

Cicchetti, D., Beeghly, M., Carlson, V., Coster, W., Gersten, M., Rieder, C. et al. (1987). Development and psychopathology lessons from the study a maltreated children. En D. Keathing (Ed.), *Constructivist perspectives on developmental psychopathology and atypical development* (pp: 69-95). London: Lea

Concha, M., Délano, P., Pérez, C. y Silva, F. (2002). *Estandarización de la Escala de Memoria de Wechsler, tercera edición (WMS-III)*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Departamento de Psicología, Universidad de Chile.

Conners, K., Sitarenios, G., Parker, J. & Epstein, J. (1998a). Revision and restandarizacion of the Conners teacher rating scale (CTRS-R): Factor structure, Reliability and criterion validity. *Journal of abnormal child psychology*, 26, 279-291.

Conners, K., Sitarenios, G., Parker, J. & Epstein, J. (1998b). The revised Conners Parent rating scale (CPRS-R) Factor structure, reliability and criterion validity. *Journal of abnormal child psychology*, 26, 257-268

Costello, J., Mustillo, S., Erkanli, A., Kecler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archgen psychiatry*, 60, 837-844.

Cunningham, N. & Ollendick, T. (2010). Comorbidity of Anxiety and Conduct Problems in Children: Implications for Clinical Research and Practice. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 333-347.

De La Barra, F., Toledo, V. y Rodríguez, J. (2002). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40, 9-21.

De la Barra, F. (2009a). Salud mental de niños y adolescentes ¿Por qué es necesario investigar?. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 47, 175-177.

De la Barra, F. (2009b). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 47, 303-314.

- Dickey, W.C. & Blumberg, S.J. (2004). Revisiting the factor structure of the Strengths and Difficulties questionnaire: United States (Abstract). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1159–1167
- Du, Y., Kou, J. & Coghill, D. (2008). The validity, reliability and normative scores of the parent, teacher and self report versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire in China. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 1-15.
- Elander, J. & Rutter, M. (1995). Use and development of the Rutter parents and teachers scales. *International Journal of methods in psychiatric research*, 5, 1-16.
- Elia, J., Ambrosini, P. & Berrettini, W. (2008). ADHD characteristics: I. Concurrent comorbidity patterns in children & adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 1-9.
- Erhart, M., Dopfner, M., Ravens-Sieberer, R. & BELLA study Group. (2008). Psychometric properties of two ADHD: Comparing Conners scale and the FBB-HKS in the general population of German children and adolescents. *European child and adolescent psychiatry*, 17, 106-115.
- Ferrando, J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31, 18-33.
- García, R. (2003a). Salud mental en el niño y adolescente. En C. Almonte, M.E. Montt, y A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia (1ª ed.)*(pp.79-86). Santiago: Mediterráneo.
- García, R. (2003b). Trastornos del estado del ánimo. En C. Almonte, M.E. Montt, y A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia (1ª ed.)* (pp.369-381). Santiago: Mediterráneo.
- García, T. (2003) *El cuestionario como instrumento de investigación/ evaluación*. Extraído el 12 de Noviembre, desde [http://www.univsantana.com/sociologia/El\\_Cuestionario.pdf](http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf)
- George, M., Siraqyan, X., Mores, R., De la Barra, F., Rodríguez, J., López, C. et al. (1995). Adaptación y validación de dos instrumentos de pesquisa de problemas de salud mental en escolares de 1º básico. *Revista de Psicología*, 5, 17-26.
- George, M., Squicciarini, A.M., Zapata, R., Guzmán, M.P., Hartley, M. y Silva, C. (2004). Detección precoz de factores de riesgo de salud mental en escolares. *Revista de Psicología*, 8, 9-20.
- Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V. & Tountas, Y. (2009). The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry*, 8, 1-7.
- González, N. (2011). *Psicopatología evolutiva desde la perspectiva constructivista Piagetiana en adolescentes de 14 y 15 años*. Tesis para optar al grado de magíster en Psicología mención psicología clínica infanto-juvenil, Facultad de Medicina y Ciencias sociales, Universidad de Chile.

Goodman, R. (1994). A Modified Version of the Rutter Parent Questionnaire Including Extra Items on Children's Strengths: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1483-1494.

Goodman, R. (1997). The strenghts and difficulties questionnaire: A research note. *Journal Child psychology and psychiatry*, 38, 581-586.

Goodman, R. (1999). The extended version of the strenghts and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40, 791-799.

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strenghts and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.

Goodman,R. (2010). *Scoring the Informant-Rated Strenghts and Difficulties Questionnaire*. Extraído el 2 de Diciembre desde <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/c0.py>.

Goodman, R., Ford, T., Corbin, T. & Meltzer, H. (2004). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 25-31.

Goodman., R., Ford, T., Simons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). Using the strenghts and difficulties questionnaire to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British journal of psychiatry*, 177, 534-539.

Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey, V. (1998). The strenghts and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.

Goodman, R., Renfrew, D. & Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 129-134.

Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the strenghts and difficulties questionnaire and the child behavior checklist: Is small beautiful?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17-24.

Hawes, D. & Dadds, M. (2004). Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38,644-651.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGraw Hill.

Ivanovic-Zuvic, F. (2000). El legado de Karl Jaspers. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38, 157-165.

Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. España: UOC.

Kasius, M., Ferdinand, R., Van Den Berg, H. & Verhulst, F. (1997). Associations between different diagnostic approaches for child and adolescent psychopathology. *Journal child Psychology and psychiatry*, 38, 625-632.

Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento* (4a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Kimelman, M. (2003). Desarrollo psicológico del niño. En C. Almonte, M.E Montt y A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (2ª ed.)(pp.17-36). Santiago : Mediterráneo.

Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Myer, R., Overmeyer, S., Kashnitz, R. et al. (2000). Comparing the German Versions of the strengths and difficulties questionnaire and the Child Behavior Checklist. *European Child & adolescent psychiatry*, 9, 271-276.

Koskelainen, M., Sourander, A. & Kaljolen, A. (2000). The strengths and difficulties questionnaire among finnish school-aged children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9,277-284.

Koth, C; Bradshaw, C. & Leaf, P. (2009). Teacher observation of classroom Adaptation-checklist: Development and Factor structure. *Measurement and evaluation in counselling and development*, 42, 15-30.

Lilienfeld, S. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: reflections and directions. *Journal of abnormal child psychology*, 31, 285-291.

Malmberg, M., Rydell, A.M. & Smedje, H. (2003). Validity of the Swedish version of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57,357-363.

Mansbach-Kleinfeld, I., Apter, A., Farbstein, I., Levine, S. & Ponizovsky, A. (2010). A population-based psychometric validation study of the Strengths and Difficulties Questionnaire Hebrew version. *Frontiers in psychiatry*, 1,1-12.

Maughan, B. & Rutter, M. (2008). Development and Psychopathology: A life course perspective. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A.Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent psychiatry* (5th ed.)(pp.18-31) United Kingdom: Blackwell Publishing .

Martínez,M., Hernández,M., Hernández,M . (2006). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial.

Ministerio de salud de Chile (2007). *Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de niños y niñas*, Extraído el 17 de Enero desde [http://1891302640126365447-a-1802744773732722657sites.googlegroups.com/site/enfermerojbv/aps/manual\\_dsm\\_2007.pdf](http://1891302640126365447-a-1802744773732722657sites.googlegroups.com/site/enfermerojbv/aps/manual_dsm_2007.pdf)

Molina, A. (2001). Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. *Revista Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente*, 2, 23-40.



Montenegro, H., Bralic, S., Edwards, M., Izquierdo, T. y Maltes, S. (1983). *Salud mental del escolar. Estandarización del inventario de problemas conductuales y destrezas sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años*. Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial (CEDEP). Santiago: CIDE

Muris, P., Meesters, C. & Van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12,1-8.

Niclasen, J., Teasdale, T., Andersen, A.M., Skovgaard, A., Elberling, H. & Obel, C. (2012). Psychometric Properties of the Danish Strength and Difficulties Questionnaire: The SDQ Assessed for More than 70,000 Raters in Four Different Cohorts. *Plos one journal*, 7, 1-8.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *CIE-10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor

Palmieri, P. & Smith, G. (2007). Examining the Structural Validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a U.S. Sample of Custodial Grandmothers. *Psychological Assessment*, 19, 189-198.

Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2004). *Desarrollo humano*. México: Mac Graw Hill.

Pérez, V., Fernández, A.M., Rodríguez, J. y De la Barra, F. (2004). Evaluación del efecto de una intervención conductual en la agresividad escolar. *Terapia psicológica*, 23,91-98.

Piaget, J. (1981). *Biología y conocimiento*. México: Siglo XXI.

Piaget, J. (1983). *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Ariel.

Prieto, G. y Delgado. A. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*,31, 67-74.

Rogers, L. & Kegan, R. (1987). Mental growth and mental health as distinct Concepts in the study of developmental psychopathology: theory, research and clinical implications. En D. Keathing (Ed.), *Constructivist perspectives on developmental psychopathology and atypical development* (pp. 103-130). London: Lea

Rothenberger, A. & Woerner, W. (2004). Editorial: Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) Evaluations and applications. *European child and adolescent psychiatry*, 12, 1-2.

Rutter, M. (2005). Multiple meanings of a developmental perspective on psychopathology. *European journal of development psychology*,2, 221-252.

Rutter, M., Caspi, A. & Moffitt, T. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *Journal of child psychology and psychiatry*, 44, 1092-1115.

Rutter, M. & Stevenson, J. (2008a). Development in Child and Adolescent Psychiatry over the last 50 years. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent psychiatry (5<sup>th</sup> ed.)*(pp. 3-17). United Kingdom: Blackwell Publishing

Rutter, M. & Stevenson, J. (2008b). Using Epidemiology to plan services: A conceptual approach. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent psychiatry (5<sup>th</sup> ed.)*(pp.71-80). United Kingdom: Blackwell Publishing

Rutter, M. & Taylor, E. (2008). Clinical assessment and diagnostic formulation. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent psychiatry (5<sup>th</sup> ed.)*(pp. 42-57). United Kingdom: Blackwell Publishing

Samad, L., Hollis, C., Prince, M. & Goodman, R. (2005). Child and adolescent psychopathology in a developing country: testing the validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (Urdu version). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14, 158-166.

Sepúlveda, G. (1997). Desarrollo psicológico del niño y del adolescente. Enfoque cognitivo, estructural y evolutivo. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y neurología de la infancia y la adolescencia*, 2, 28-49.

Sepúlveda, G (2012). Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes. Enfoque cognitivo constructivista. En C. Almonte y M.E. Montt (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia (2<sup>a</sup> ed.)*(709-722). Santiago: Mediterráneo.

Sepúlveda, G. y Capella, C. (2012). Desarrollo psicológico del escolar y sus trastornos: lo evolutivo y psicopatológico en la edad escolar. En C. Almonte y M.E. Montt (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia (2<sup>a</sup> ed.)*(33-48). Santiago: Mediterráneo

Shojaei, T., Wazana, A., Pitrou, I. & Kovess, V. (2009). The strenghts and difficulties questionnaire: validation study in French school aged children and cross cultural comparisions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 740-747.

Simonian, S. & Tarnowsky, K. (2001). Utility of the pediatric symptom checklist for behavioral screening of disvantaged children. *Child psychiatry and human development*, 31, 269-278.

Sroufe, A. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*,55, 17-29.

Slemming, K., Sorensen, M., Thomsen, P., Obel, C., Henriksen, T. & Linnet, K. (2010). The association between preschool behavioural problems and internalizing difficulties at age 10-12 years. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 787-95.

Smedje, H., Broman, J., Hetta, J. & Von Knorring. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the Strenghts and dificulties questionnaire. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 63-70.

Stone, L., Otten, R., Engels, R., Vermulst, A. & Janssens, J. (2010). Psychometric Properties of the Parent and Teacher Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Year-Olds: A Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13,254-274.

Taylor, E. & Rutter, M. (2008). Classification. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A.Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent psychiatry* (5<sup>th</sup> ed.) (pp. 18-31). United Kingdom: Blackwell Publishing

Van Roy, B., Veenstra, M. & Clench-Aas, J. (2008). Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre, early, and late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1304-1312.

Verhulst, F., Dekker, M.C. & Van der Ende, J. (1997). Parent, teacher and self-reports as predictors of signs of disturbance in adolescents: whose information carries most weight?. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 96, 75-81.

Verhulst, F. & Ende, J. (2008). Using rating scales in clinical context. En M.Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A.Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent psychiatry* (5<sup>th</sup> ed.) (pp. 289-298). United Kingdom: Blackwell Publishing.

Vicente, B., De La Barra, F., Saldivia, S., Kohn, R., Rioseco, P. y Melipillán, R. (2012). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Santiago, Chile: a community epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1099-109.

Woerner, W., Becker, A. & Rothenberger, A. (2004). Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 11/3–11/10.

# Anexos

**ANEXO I**  
**Carta Contacto Colegios**



Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Psicología

Santiago, XX de XX de 2009

Señor (a)  
**XXX**  
Director (a) Colegio **XXX**  
PRESENTE

Estimado Señor (a):

Junto con saludarle respetuosamente, solicito a usted autorización y cooperación para llevar a cabo una investigación realizada desde el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, con alumnos de 4 a 10 años de su establecimiento educacional.

La investigación de la cual me encuentro a cargo se titula: ***Obtención de las Normas Clichés del Test de Apercepción Infantil (CAT – A) para una muestra de niños chilenos de entre 4 y 10 años de la Región Metropolitana.*** Esta investigación tiene por finalidad obtener las respuestas populares de un instrumento psicológico para la exploración de la personalidad, siendo sus resultados muy necesarios para el quehacer del psicólogo infantil en Chile.

Por ello necesitamos evaluar individualmente a niños, por lo cual hemos pensado en vuestro establecimiento educacional para hacerlo. Esta evaluación tiene una duración aproximada de **20 a 30 minutos** por niño y consiste en que el alumno cuente historias espontáneas. De igual forma, se requerirá revisar libros de clases y que el profesor jefe responda un pequeño cuestionario sobre la conducta de cada uno de los niños que participarán del estudio.

Aseguramos la confidencialidad (anonimato) de los datos de identificación de los alumnos, para esta investigación u otras con fines estrictamente académicos.

Dado que la Investigación que ejecutaremos con mi equipo profesional tiene un tiempo estimado de ejecución de un año, una vez finalizado éste le haremos llegar a usted un informe con los aportes del estudio.

En caso de aceptar nuestra solicitud, le enviaremos a los apoderados de los alumnos en cuestión una carta de consentimiento, puesto que sólo se evalúa a aquellos niños que sus padres autoricen su participación en la investigación.

Le pedimos entonces que responda el presente correo electrónico para poder coordinar horarios de evaluación y ver la disponibilidad de algún espacio en el que podrían realizarse las evaluaciones.

Para cualquier consulta, puede ubicarme en el siguiente correo electrónico: [investigacion.cat@gmail.com](mailto:investigacion.cat@gmail.com)  
 Sin otro particular y agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, le saluda cordialmente

**Ps. Rosa Herrera Espinoza**  
COORDINADORA UNIDAD DE PSICODIAGNÓSTICO  
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

**ANEXO II**  
**Carta Consentimiento apoderados**



Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Psicología

Santiago, XX de XX de 2009

Estimado Apoderado:

Junto con saludarle afectuosamente, solicito a usted el consentimiento para que su pupilo(a) participe en una Investigación realizada desde el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, cuyo nombre es ***Obtención de las Normas Clichés del Test de Apercepción Infantil (CAT – A) para una muestra de niños chilenos de entre 4 y 10 años de la Región Metropolitana.*** Esta investigación tiene por finalidad obtener las respuestas populares de un instrumento psicológico para la exploración de la personalidad, siendo sus resultados muy necesarios para el quehacer del psicólogo infantil en Chile.

Esta evaluación tiene una duración aproximada de **20 a 30 minutos** por niño y consiste en que éste cuente historias a partir de unos dibujos. Dado que se pretende capturar la espontaneidad del niño y al no tratarse de una prueba de conocimientos académicos entrenables no se requiere ningún tipo de preparación previa.

Aseguramos la total confidencialidad de los datos de identificación y de evaluación de su pupilo(a) en particular, para esta investigación u otras con fines estrictamente académicos.

Le agradezco de antemano firme la presente autorización y responda el cuestionario adjunto. Éste debe guardarlo y sellarlo en el sobre que le facilitamos para ser enviado con su pupilo lo antes posible. El equipo investigador los recolectará, asegurándole así la confidencialidad de los datos.

Esperando contar con su valiosa cooperación, le saluda cordialmente

**Ps. Rosa Herrera Espinoza**  
COORDINADORA  
UNIDAD DE PSICODIAGNÓSTICO INFANTO-JUVENIL  
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Yo, \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_,

Autorizo la participación de mi pupilo(a) \_\_\_\_\_ en la investigación ***Obtención de las Normas Clichés del Test de Apercepción Infantil (CAT – A) para una muestra de niños chilenos de entre 4 y 10 años de la Región Metropolitana***, cuyos resultados serán estrictamente utilizados para fines de ésta u otras investigaciones universitarias, garantizándose el anonimato de mi representado.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL APODERADO

Fecha: XXX

### ANEXO III

#### Encuesta de Información general

Por favor, esta encuesta debe ser respondida prioritariamente por el padre o la madre del niño. Si esto no es posible, puede responderla una persona adulta que viva con él. A continuación le pediremos algunos datos respecto del niño/a y de su grupo familiar. La siguiente información será tratada de manera confidencial.

1) Nombre completo del niño/a.....

*(Solicitamos el nombre del niño **exclusivamente** para poder ligar la información de este cuestionario a las respuestas del niño en las pruebas psicológicas. Una vez terminado el análisis, se eliminará todo tipo de información que permita la identificación de algún niño en particular).*

2) Sexo del niño/a Hombre..... Mujer..... (Marque la alternativa correspondiente)

3) Fecha de nacimiento del niño/a (DD/MM/AAAA):.....

4) Nacionalidad del niño: Chilena  Otra  ¿Cuál?.....

5) ¿Cuál es su relación con el niño? (Marque la alternativa correspondiente).

Madre  Padre  Abuelo/a  Tío/a  Cuidador/a  Otra ¿Cuál?.....

6) Indique con respecto al padre del niño/a:

Edad..... Nivel Educativo..... Ocupación.....

7) Indique con respecto a la madre del niño/a:

Edad..... Nivel Educativo..... Ocupación.....

8) Número de hermanos (se incluyen medios hermanos que el niño conozca)..... No tiene hermanos

8.1. En caso de que tenga hermanos o medios hermanos que el niño conozca, por favor indique respecto de cada uno de ellos: **sexo, edad y nivel de escolaridad**. (Ej: Femenino/18/Media Completa).

9) Actualmente, ¿cuántas personas en total viven en el hogar del niño? ..... 9.1.) ¿Qué relación tienen estas personas con el niño (Marque todas las que correspondan):

Madre  Padre  Hermano/a  Abuelo/a  Bisabuelo/a  Tío/a

Primo/a

Nana puertas adentro  Cuidador/a / Tutor legal  Otra  ¿Cuál?.....

10) ¿Quién es el jefe de hogar? (La persona que aporta la mayor parte del ingreso total del grupo familiar. Ej: padre.)

11) El niño/a ha asistido durante el último año a una consulta con un profesional de la salud? Sí  No

11.1. En caso de marcar "Sí", indique tipo de profesional y motivo de la consulta.....

12) ¿El niño/a toma actualmente algún medicamento? Sí  No

12.1. En caso de marcar "sí", indique cuál.....

13) ¿El niño/a sufre alguna enfermedad crónica? Sí  No

13.1. En caso de marcar "sí", indique cuál.....

14) ¿Alguien del grupo familiar del niño ha asistido durante el último año a una consulta con un profesional de la salud? Sí  No

14.1. En caso de marcar "sí", indique quién necesitó consultar, el tipo de profesional y motivo de la consulta (Ej: madre/doctor general, psicólogo, psiquiatra/diabetes, depresión, etc.)

15) ¿Alguien del grupo familiar del niño sufre alguna enfermedad crónica? Sí  No

15.1. En caso de marcar "sí", indique quién y qué tipo de enfermedad.....

En las siguientes líneas, agregue cualquier otra información que Ud. considere de relevancia con respecto al niño y/o su entorno (Ej: padres adoptivos; fallecimiento de alguno de los padres; niño sin control de esfínteres.)

Ahora le pedimos que en la hoja siguiente responda el cuestionario



## ANEXO IV

### Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

Por favor, coloque una cruz en el cuadro que usted cree que mejor responde a cada una de las preguntas: “No es cierto”, “Un tanto cierto”, “Absolutamente cierto”. Nos sería de gran ayuda si responde a todas las preguntas lo mejor que pueda, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento del niño/a durante los últimos seis meses o durante el presente año escolar.

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas			
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo.			
Comparte frecuentemente con otros niños/as galletitas, juegos, lápices, etc.			
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o náuseas			
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio			
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a			
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos			
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a			
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo			
Está continuamente moviéndose y es revoltoso			
Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a			
Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas			
Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso			
Por lo general cae bien a los otros niños/as			
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse			
Es nervioso/a o dependiente ante situaciones nuevas, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a.			
Trata bien a los niños/as más pequeños/as			
A menudo miente o engaña			
Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella			
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)			
Piensa las cosas antes de hacerlas			
Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios			
Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as			
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente			
Termina lo que empieza, tiene buena concentración			

Nombre del adulto :..... Firma ..... Fecha: ..... Correo electrónico de  
contacto..... Número telefónico de contacto (red fija)..... celular.....

**Muchas gracias por su ayuda**

© Robert Goodman, 2005



