



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA

# **ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DEL CUESTIONARIO DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES (SDQ) ADMINISTRADO EN PROFESORES DE NIÑOS Y NIÑAS ESCOLARES DE LA PROVINCIA DE SANTIAGO DE CHILE**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

**Autor** : Mauricio Rivera Gutiérrez

**Profesor Patrocinante** : Andrés Antivilo Bruna

**Profesora Guía** : Claudia Capella Sepúlveda

Santiago, 2013



## **AGRADECIMIENTOS**

A los directores(as), inspectores(as), profesores(as), psicólogos(as), auxiliares y otros(as) profesionales de los establecimientos educacionales que, de distintas maneras y desinteresadamente, colaboraron con esta investigación.

A las madres, padres y apoderados(as) que depositaron su confianza en esta investigación y dieron su autorización para incorporar a sus hijos(as) en el estudio.

A Andrés Antivilo, no solo por su orientación en este trabajo, sino también por su formación, confianza y apoyo, y por brindarme constantemente oportunidades para desarrollarme en términos profesionales y académicos.

A Claudia Capella, por su importante apoyo para poder otorgarle sentido teórico a los resultados psicométricos de esta investigación.

A Paula Salas, por su especial colaboración durante el trabajo de campo, la digitación de los datos y la redacción de resultados y conclusiones.

A mis padres, por entregarme las herramientas para dedicarme a lo que me apasiona, y por sobre todo, por su enorme confianza y apoyo incondicional.

A Víctor, hermano, por su fortaleza, que tanto me ayudó para completar esta etapa de mi vida, y por su cariño, respeto y amor.

A Ignacio, por compartir tu mundo conmigo, por entregarme tu amor, respeto y confianza en todo momento, por ser paciente y esperar, y por todo lo que está por venir.

## ÍNDICE

1. RESUMEN .....	3
2. INTRODUCCIÓN .....	4
3. OBJETIVOS .....	12
4. METODOLOGÍA .....	13
<i>a. Enfoque, alcance y diseño de estudio</i> .....	13
<i>b. Población, muestra y diseño muestral</i> .....	13
<i>c. Instrumentos</i> .....	14
<i>d. Procedimiento</i> .....	15
<i>e. Análisis de datos</i> .....	16
5. RESULTADOS .....	18
<i>a. Evaluación de la traducción argentina del SDQ</i> .....	18
<i>b. Distribución de las respuestas a los ítems</i> .....	18
<i>c. Análisis de la estructura interna</i> .....	19
<i>d. Análisis de la consistencia interna</i> .....	23
<i>e. Análisis descriptivos y comparativos</i> .....	24
<i>f. Puntajes de corte provisionarios</i> .....	27
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	29
<i>a. Propiedades psicométricas del SDQ en Chile</i> .....	29
<i>b. Niveles de dificultades y conducta prosocial en niños(as) chilenos(as) y cruce         con variables sociodemográficas</i> .....	33
<i>c. Propuesta de puntajes de corte</i> .....	34
<i>d. Limitaciones y perspectivas a futuro</i> .....	35
<i>e. Conclusión</i> .....	36
7. REFERENCIAS .....	37
8. ANEXOS .....	45
<i>a. Anexo I: Modelo de carta de presentación</i> .....	46
<i>b. Anexo II: Modelo carta de consentimiento informado</i> .....	47
<i>c. Anexo III: Formulario de consentimiento padre, madre y/o apoderado</i> .....	48
<i>d. Anexo IV: Formulario de asentimiento para niños(as)</i> .....	49
<i>e. Anexo V: Cuestionario de información general</i> .....	50
<i>f. Anexo VI: Versión de informantes del SDQ (traducción Río de la Plata)</i> .....	51
<i>g. Anexo VII: Puntuación del Cuestionario de Capacidades y Dificultades</i> .....	52
<i>h. Anexo VIII: Carta de autorización Jefatura de la carrera de Psicología</i> .....	53

## RESUMEN

Contar con instrumentos validados para detectar tempranamente psicopatología en población infanto-juvenil es necesario para lograr que niños(as) reciban tratamiento y disminuir su morbilidad. Esta investigación estudió la estructura interna del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) y la consistencia interna de sus escalas. Se administró el SDQ en profesores de una muestra intencionada no clínica de 451 niños(as) de 1° a 6° básico. Un Análisis Factorial Confirmatorio mostró mal ajuste para tres modelos evaluados en investigaciones previas. Un Análisis Factorial Exploratorio sugirió una solución de 3 factores relacionados que explicó el 59,6% de la varianza y mostró un ajuste aceptable (RMSEA = 0,06; CFI = 0,95; TLI = 0,96), mientras que la consistencia interna de las escalas resultó ser satisfactoria ( $\alpha > 0,70$ ). Los resultados indican que los profesores chilenos agrupan los problemas psicológicos infantiles en dos dimensiones, problemas externalizantes e internalizantes, y una tercera dimensión de conducta prosocial. Se reportaron bajos niveles de dificultades, problemas externalizantes e internalizantes y altos niveles de conducta prosocial. Finalmente, se proponen puntajes de cortes provisionarios para la interpretación de los resultados obtenidos a través del SDQ.

*Palabras clave:* Cuestionario de Capacidades y Dificultades, SDQ, Propiedades Psicométricas, Validez, Estructura Factorial, Confiabilidad, Psicopatología infanto-juvenil.

## INTRODUCCIÓN

Cifras internacionales señalan que cerca de la mitad de los trastornos mentales se inician antes de los 14 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011). A nivel mundial, se han reportado prevalencias de trastornos mentales infanto-juveniles del 21% en Estados Unidos y del 21,7% en España (De la Barra, 2009), mientras que en Latinoamérica la prevalencia alcanza el 10,8% en Brasil (Anselmi, Fleitlich-Bilyk, Menezes, Araújo y Rohde, 2010) y el 39,4% en México (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano, Aguilar-Gaxiola, 2009). El último estudio epidemiológico realizado en Chile por Vicente, Saldivia et al. (2012) señaló una prevalencia del 25,5% considerando el criterio de discapacidad del DSM-IV. La población de pre-escolares y escolares de 4 a 11 años presentó una prevalencia mayor, llegando al 27,8%. En la Provincia de Santiago la cifra alcanza el 25,4%, siendo aún mayor en la población de 4 a 11 años, donde corresponde a un 31,9% (Vicente, De la Barra et al., 2012).

El estudio de Vicente, Saldivia et al. (2012) también reveló un gran contraste entre las altas prevalencias encontradas en Chile y el bajo porcentaje de niños(as) que acuden a especialistas en salud mental. Estos autores señalan que, en el país, sólo el 41,6% de los(as) niños(as) que presentan trastornos mentales reciben atención formal o informal. La búsqueda más frecuente ocurre en los servicios educacionales (21,9%), servicios formales de salud mental (19,1%) y medicinas alternativas (5,3%). De esta manera, cerca del 58% de los(as) niños(as) que manifiestan algún trastorno mental hoy no reciben ningún tipo de atención o tratamiento, mientras que si sólo se consideran los servicios de salud mental, la cifra aumenta al 80,9%.

Desde un punto de vista teórico, se debe distinguir la psicopatología infanto-juvenil de la psicopatología del adulto, en la medida que niños(as) y adolescentes son individuos en desarrollo (Almonte, 2012). Por ello, la psicopatología infanto-juvenil ha debido incorporar una perspectiva evolutiva para entender los procesos del desarrollo que están implicados en la aparición de problemas psicológicos (Garber, 1984; Cicchetti, 1984; Rutter, 2005; Rutter y Stevenson, 2008). Desde esta perspectiva, se entiende la psicopatología como un proceso en el que existe un desvío del curso esperado del desarrollo (Cicchetti, 1984; Sepúlveda y Capella, 2012), en el que están implicados factores biológicos, psicológicos y sociales (Cicchetti y Toth, 2009). Uno de los mayores aportes de la psicopatología evolutiva es que ha podido establecer que existen

mecanismos del desarrollo que vinculan problemas psicológicos presentados en la infancia con los que se presentan posteriormente en la adultez (Maughan y Rutter, 2008).

En tanto, la OMS (2005) ha señalado que una buena salud mental es prerequisite para el desarrollo psicológico óptimo en niños(as) y que, por lo tanto, los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia deben tener prioridad en salud pública. En este ámbito, la prevención es una de las estrategias más importantes a través de las cuales las políticas de salud pública deben abordar los problemas de salud mental (Ministerio de Salud [MINSAL], 2001; García, 2012). Los datos epidemiológicos chilenos, las grandes brechas asistenciales y los aportes de la psicopatología evolutiva sustentan la importancia de la prevención secundaria –o también denominada detección temprana– de psicopatología en población infanto-juvenil (Cicchetti y Toth, 2009), así como la necesidad de contar con instrumentos adaptados y estandarizados a la realidad de cada país que permitan realizar dicha detección (Rutter y Stevenson, 2008; De la Barra, 2009). En efecto, detectar y tratar oportunamente a niños(as) con problemas psicológicos es fundamental para un buen pronóstico y la disminución de su morbilidad (Mata, Torres, Carro y Ortega, 2009), ya que mientras más temprano ocurra su identificación, mayor es la probabilidad de intervenir y de disminuir sus efectos a largo plazo (George et al., 2004).

Actualmente existen métodos estandarizados de medición que permiten realizar diagnósticos tempranos de los problemas psicológicos infantiles. Entre ellos, destacan principalmente las entrevistas estructuradas, que trabajan desde un modelo categorial de psicopatología, y las escalas de evaluación, que lo hacen desde un modelo dimensional (Achenbach et al., 2008; Coghill y Sonuga-Barke, 2012). Al respecto, el modelo categorial considera los trastornos mentales como entidades discretas cualitativamente diferentes y supone una discontinuidad entre normalidad y psicopatología, mientras que el modelo dimensional considera el trastorno mental como el extremo de variaciones cuantitativas dentro de un continuo entre normalidad y psicopatología (Rutter, 2011; Velhust y Van der Ende, 2008).

Las escalas de evaluación surgen como instrumentos dimensionales de tamizaje de psicopatología que permiten obtener descripciones completas acerca del comportamiento de niños(as) y adolescentes y organizar información acerca de sus dificultades y fortalezas (Verhulst y Van der Ende, 2008). Estas pueden ser utilizadas en diversos ámbitos, como la investigación y estudios epidemiológicos (De la Barra, 2009), la implementación de programas preventivos (George et al, 1995; George et al., 2004) y en

el contexto clínico, donde entregan información importante para determinar la necesidad de tratamiento, planificar la intervención, monitorear los avances y evaluar su impacto (Verhulst y Van der Ende, 2008).

La mayoría de las escalas de evaluación permiten obtener información desde distintas fuentes, a través de versiones de informantes para padres y profesores, y versiones de autorreporte para adolescentes, aspecto importante de considerar en la evaluación psicológica infantil (Garber, 1984). Dentro de los informantes, los profesores surgen como observadores relevantes ya que son los adultos que tienen mayor contacto con los niños(as) después de los padres. Los primeros pueden observar otros tipos de conducta que para los últimos no son tan evidentes (Montenegro, 2000), particularmente los comportamientos que se despliegan en el contexto escolar, como problemas académicos, dificultades de atención y concentración, habilidades sociales y relaciones con pares (George, et al., 2004; Velhust y Van der Ende, 2008).

Dentro de las escalas de evaluación más utilizadas, destacan el Cuestionario para Padres y Profesores de Rutter (Rutter, 1970, citado en Goodman, 1994), el Conners' Teacher Rating Scale (CTRS, Conners, Sitarenios, Parker y Epstein, 1998), el conjunto de escalas del Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA, Achenbach et al., 2008) y el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strenghts and Difficulties Questionnaire, SDQ, Goodman, 1997). De estos, en Chile sólo se ha estudiado el cuestionario de Conners, que mide problemas de hiperactividad e inatención. Se cuenta también con dos cuestionarios de psicopatología general, el Cuestionario Pediátrico de Síntomas (Pediatric Symptom Checklist; George et al., 1995) y el Cuestionario de Observación de la Adaptación en la Sala de Clases (Teacher Observation of Classroom Adaptation, TOCA-R, George et al., 1995; George et al., 2004), ambos disponibles sólo a través del programa preventivo Habilidades para la Vida ofrecido por la Junta Nacional de Auxilio y Becas [JUNAEB]. De esta manera, no existe en el país una herramienta totalmente disponible y de fácil y rápido acceso para profesionales de la salud mental e investigadores que tengan interés en evaluar psicopatología general en esta población.

El SDQ es un instrumento breve de tamizaje que evalúa problemas psicológicos en niños(as) y adolescentes, entregando información acerca de sus comportamientos, emociones e interacciones interpersonales (Goodman, 1997). Ha sido traducido a más de 60 idiomas y actualmente cuenta con dos versiones traducidas al español/castellano (SDQ-cas): una en España y otra en Argentina. Goodman (1997) afirma que el SDQ se



destaca por sobre otros instrumentos principalmente por (a) ajustarse para ser impreso en una sola cara, (b) tener menos cantidad de ítems, sin afectar sus propiedades psicométricas, (c) ocupar menos tiempo en su administración, (d) no incorporar sólo ítems que reflejen problemas, sino también aspectos positivos, (e) contar con la posibilidad de comparar los resultados obtenidos en la misma versión aplicada a padres y profesores y (f) contar con una versión de auto-reporte para niños de 11 a 16 años.

El instrumento está compuesto por 25 ítems tipo likert que describen conductas positivas (10 ítems) y negativas (15 ítems) de niños(as) y adolescentes. Estos fueron construidos a partir de las principales clasificaciones de psicopatología hoy en día utilizadas, como DSM-IV y CIE-10 (Goodman, 2001). Los ítems fueron agrupados en cinco escalas denominadas Síntomas Emocionales, Problemas con Compañeros, Problemas de Conducta, Hiperactividad y Conducta Prosocial. La suma de los 15 ítems negativos y 5 ítems positivos que puntúan de manera inversa, conforman el Total Dificultades, mientras que los 5 ítems positivos restantes conforman la escala Conducta Prosocial que se interpreta de manera independiente y contraria a Total Dificultades.

Existe una versión única de informantes que se aplica tanto a padres como profesores en niños(as) y adolescentes de 4 a 16 años (Goodman, 1997; Goodman, 2001), una versión de auto-reporte que se aplica desde los 11 a 16 años (Goodman, Meltzer y Bailey, 1998) y una versión levemente modificada para ser administrada en padres, cuidadores y/o profesores de pre-escolares entre 3 y 4 años. Además, opcionalmente, se pueden añadir dos preguntas de seguimiento cuando el SDQ se administra en contexto de intervención y un suplemento de impacto que evalúa cronicidad, nivel de angustia y discapacidad causada por los posibles problemas psicológicos presentados (Goodman, 1999).

Desde su construcción, un gran número de investigaciones han estudiado el comportamiento psicométrico del SDQ, acumulando vasta evidencia en torno a la confiabilidad y validez de su utilización como instrumento de tamizaje de psicopatología en población infanto-juvenil. La confiabilidad del instrumento ha sido estudiada principalmente analizando la consistencia interna del Total Dificultades y las escalas del SDQ, y la estabilidad de sus mediciones a través del tiempo (test-retest). Por su parte, los estudios de validez han aportado evidencias principalmente en torno a su relación con otros instrumentos que miden psicopatología (evidencias referidas a criterio), su capacidad de discriminar entre niños(as) que presentan trastornos mentales versus

aquellos que no lo hacen y el nivel de ajuste que tiene el modelo de 5 factores inicialmente hipotetizado por su autor (evidencias referidas a la estructura interna).

El Total Dificultades ha demostrado tener adecuados índices de consistencia interna en la versión de informantes. Una revisión de 26 investigaciones de Stone, Otten, Engels, Verlmust y Janssens (2010) estimó un Alfa de Cronbach promedio de 0,80 y 0,82 para padres y profesores respectivamente. No obstante, la consistencia interna de las escalas no arrojó resultados tan satisfactorios, principalmente en las respuestas de los padres, donde todas las escalas menos Hiperactividad mostraron índices insuficientes ( $\alpha < 0,70$ ). En cambio, cuando se evaluó la respuestas de profesores, todas las escalas mostraron índices satisfactorios ( $\alpha > 0,70$ ), excepto Problemas con Compañeros.

Investigaciones más recientes siguen confirmando en otras poblaciones los resultados obtenidos por esta revisión. Por ejemplo, Di Riso et al. (2010) encontraron en la versión de autorreporte en adolescentes un alfa de 0,70 para el Total Dificultades y valores insatisfactorios para las escalas, donde la peor evaluada fue Problemas con Compañeros. Rodríguez-Hernández et al. (2012) reportan para el Total de Dificultades un alfa de 0,76 en padres y 0,77 en profesores. Sólo Problemas con Compañeros y Problemas de Conducta reportaron valores  $< 0.70$  en padres, mientras que en profesores nuevamente la escala Problemas con Compañeros resultó ser la única insatisfactoria. En general, los estudios señalan que la consistencia interna es mayor en las respuesta de profesores en comparación a las de padres.

Respecto a la estabilidad en las mediciones, Stone et al. (2010) revisaron seis estudios y calcularon correlaciones promedios satisfactorias de 0,76 y 0,84 para Total Dificultades en padres y profesores respectivamente. Todas las escalas, menos Hiperactividad, obtuvieron índices promedio insatisfactorios ( $r < 0,70$ ) en padres, mientras que en profesores todas tuvieron índices de estabilidad satisfactorios ( $r > 0,70$ ).

El Total Dificultades en todas las versiones del SDQ ha demostrado correlacionar con otros instrumentos que miden psicopatología general, como los cuestionarios de informantes de Rutter (Goodman, 1997) y los cuestionarios de Achenbach (Koskelainen, Sourander y Kaljonen, 2000; Muris, Meesters y Van der Berg, 2003; Van Widenfelt, Goedhart, Treffers y Goodman, 2003). Por su parte, las escalas muestran asociación con mediciones de psicopatología específica, como el Inventario de Depresión Infantil (CDI), la

Escala de Ansiedad Manifiesta para Niños (RCMAS) y el Cuestionario de Déficit Atencional con Hiperactividad (ADHDQ) (Muris et al., 2003).

El SDQ también ha demostrado correlacionar con diagnósticos independientes realizados a través del DSM-IV y el CIE-10. Goodman, Renfrew y Mullick (2000) elaboraron un algoritmo computarizado para predecir desórdenes conductuales, emocionales y de hiperactividad a través de los puntajes SDQ. Estos algoritmos fueron capaces de predecir correctamente entre un 81% y un 91% de los trastornos mentales independientemente clasificados a través de CIE-10. Goodman, Ford, Simmons, Gatward y Meltzer (2000) probaron estos mismos algoritmos al detectar trastornos clasificados a través del instrumento de Evaluación del Desarrollo y el Bienestar (DAWBA), el DSM-IV y el CIE-10. El SDQ detectó correctamente entre el 71% y el 90% de los casos con desórdenes generales como problemas conductuales, emocionales, de hiperactividad y ansiedad generalizada; sin embargo, su capacidad predictiva fue menor con desórdenes específicos, como trastornos de pánico, desórdenes alimenticios o fobias específicas.

La capacidad que tiene el instrumento de discriminar entre poblaciones clínicas y no-clínicas ha sido estudiada a través de la curva Característica Operativa del Receptor (Curva COR). Goodman (1997) fue el primero en notar su eficiencia para discriminar entre estos tipos de poblaciones, reportando un área bajo la curva (AUC) de 0,87 y 0,85 para padres y profesores respectivamente. Otros estudios han confirmado estos hallazgos en Suecia, (Malberg, Rydell y Smedje, 2003), Alemania (Klasen et al. 2000) y China (Lai et al. 2000). Stone et al. (2010), reportan para el puntaje Total Dificultades un promedio de AUC igual a 0,87 para padres y 0,83 para profesores.

Uno de los temas más abordados en los estudios con el SDQ es su estructura interna, contexto en el que un gran número de investigaciones ha arrojado resultados controversiales. El estudio de Goodman (2001) sugirió cinco factores idénticos a los hipotetizados cuando construyó los ítems del SDQ (Goodman, 1997). Otros estudios han revelado la misma estructura en padres, profesores y autorreportes (Smedje, Broman, Hetta y von Knorring, 1999; Muris et al., 2003; Muris, Meesters, Eijkelenboom y Vincken, 2004; Hawes y Dadds, 2004; Rothenberger, Becker, Erhart, Wille y Ravens-Sieberer, 2008), aunque todos ellos han utilizado Análisis de Componentes Principales (ACP), un procedimiento inadecuado cuando el interés está en estudiar constructos que subyacen a indicadores (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). Además, los estudios también

utilizaron rotaciones ortogonales, cuando la evidencia más reciente señala que existe relación entre las escalas (Dickey y Blumberg, 2004; Di Riso et al., 2010).

Dickey y Blumberg (2004) estudiaron el SDQ en Estados Unidos a través de un Análisis Factorial Exploratorio con Mínimos Cuadrados No Ponderados como método de extracción y rotación oblicua Promax. Este análisis fue el primero en revelar una estructura alternativa de tres factores denominados Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes y Problemas Prosociales. La primera dimensión agrupó la mayoría de los ítems de Problemas con Compañeros y Síntomas Emocionales, la segunda dimensión agrupó la mayoría de los ítems de Hiperactividad y Problemas Conductuales y la tercera agrupó todos los ítems de Conducta Prosocial y tres ítems inversos de Problemas de Conducta y Problemas con Compañeros.

Investigaciones recientes han estudiado la estructura interna del SDQ utilizando Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). La estructura de cinco factores ha sido confirmada en Reino Unido (Goodman, Lamping y Ploubidis, 2010), Irlanda (McCorry y Layte, 2012; Shevlin et al., 2012), España (Rodríguez-Hernández, et al., 2012), Grecia (Giannakopoulos et al., 2009), Rusia (Ruchtin, Kuposov y Schwab-Stone, 2007; Ruchkin, Kuposov, Vermeiren, Schwab-Stone, 2012), Estados Unidos (Palmieri y Smith, 2010; He, Burstein, Schmitz y Merikangas, 2013) y Noruega (Van Roy, Veenstra y Clench-Aas, 2008; Richter, Sagatun, Heyerdahl, Oppedal y Roysamb, 2011).

Por su parte, Riso et al. (2010) confirmaron en Italia el modelo de tres factores propuesto por Dickey y Blumberg (2004), mientras que Niclasen, Skovgaard, Andersen, Somhovd y Ober (2013) encontraron ajustes similares en Dinamarca con una solución de cinco factores y otra en la que se agregaron dos factores de segundo orden (Problemas Internalizantes y Externalizantes). La versión española del SDQ fue evaluada por Gómez-Beneyto et al. (2013), quienes encontraron ajustes similares para el modelo de cinco factores y uno ligeramente diferente de tres factores de primer orden.

La discusión acerca de la variedad de resultados sobre la estructura factorial ha tomado diversas aristas. Algunos estudios han planteado que la mejor solución depende del contexto en el que se utiliza el SDQ. Un estudio que consideró cinco países europeos simultáneamente sugiere que ambos modelos son plausibles para el total de la muestra pero que el mejor modelo depende del país (Essau et al., 2012). Por otra parte, Goodman et al. (2010) señalan que la diferencia está en el tipo de población en el que se aplica el

instrumento. En población general el modelo de tres factores (Internalizantes, Externalizantes y Conducta Prosocial) resultó más adecuado, mientras que en población clínica sería mejor utilizar el modelo original de cinco factores.

Desde un punto de vista metodológico, la presencia de ítems que reflejan capacidades también ha sido foco de atención. Algunos estudios plantean que estos ítems confunden la estructura factorial del SDQ ya que tienden a agruparse sólo por el hecho considerar aspectos positivos de niños(as), independientemente de las escalas para las cuales fueron construidos en su origen (Goodman, 2001; Dickey y Blumberg, 2004; Palmieri y Smith, 2007; Van Roy et al., 2008; Di Riso et al., 2010). Los estudios de Palmieri y Smith (2007), Van Roy et al. (2008) y McCrory y Layte (2012) encontraron mejores ajustes cuando al modelo de cinco factores se le agregaba un sexto factor que sólo incorpora ítems positivos.

El único estudio chileno del SDQ evaluó las propiedades psicométricas de la versión traducida en Argentina (SDQ-cas), considerando las respuestas de padres de niños(as) entre 4 y 11 años pertenecientes a establecimientos educacionales de la Región Metropolitana de Chile (Brown, 2012). Los resultados sugirieron un nivel satisfactorio de consistencia interna para el puntaje Total Dificultades, pero insatisfactorio para las cinco escalas. La estructura interna se evaluó a través un Análisis Factorial Exploratorio, utilizando como estimador Máxima Verosimilitud y rotación Oblimín, procedimiento que no generó una solución que explicara más del 50% de la varianza y ofreciera buenos índices de ajuste del modelo.

En síntesis, la revisión en torno a las propiedades psicométricas del SDQ permite plantear que existe evidencia para utilizarlo como instrumento de tamizaje de psicopatología en niños(as) y adolescentes en otros países. Principalmente destaca su relación con otros instrumentos utilizados con los mismos propósitos y su utilidad para discriminar aquellos casos que presentan algún tipo de psicopatología de aquellos que no lo hacen. Sin embargo, el estudio en torno a su estructura interna no ha arrojado una solución definitiva, lo que se refleja en la baja consistencia interna de algunas de sus escalas, la inestabilidad de su estructura factorial en diferentes contextos y el fracaso de algunas investigaciones en reproducir el modelo original de Goodman (1997).

Dadas las ventaja que ofrece el SDQ en comparación a otros instrumentos, la necesidad de contar con este tipo de cuestionarios en el país y de seguir estudiando sus

propiedades psicométricas en este contexto, esta investigación se propuso establecer el comportamiento psicométrico del SDQ en profesores(as) de escolares chilenos asistentes a establecimientos educacionales urbanos de la Provincia de Santiago. Específicamente, el objetivo fue evaluar la estructura interna y estimar la consistencia interna de sus escalas. Adicionalmente, se buscó describir los niveles de dificultades y conducta prosocial, compararlos según las variables sexo, edad, dependencia administrativa y asistencia a servicios de salud mental y, por último, proponer normas provisionales a través de puntajes de corte, de acuerdo a los datos obtenidos.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Establecer las propiedades psicométricas (evidencias de confiabilidad y validez) de la versión de informantes del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) administrado en profesores(as) de niños(as) de 1° a 6° año básico pertenecientes a establecimientos educaciones urbanos de la Provincia de Santiago de Chile.

### **Objetivos Específicos**

- Determinar evidencias de validez referidas a la estructura interna de la versión de informantes del SDQ
- Determinar la confiabilidad del SDQ, a través de un análisis de la consistencia interna de sus escalas.
- Describir el nivel de dificultades y conducta prosocial en niños(as) de 1° a 6° año básico pertenecientes a establecimientos educaciones urbanos de la Provincia de Santiago de Chile.
- Determinar las posibles diferencias en el nivel de dificultades y conducta prosocial según las variables sexo, grupo etario, dependencia administrativa y asistencia a servicios de salud mental.
- Establecer normas provisorias para la interpretación de los resultados obtenidos en el SDQ.

## METODOLOGÍA

### Enfoque, alcance y diseño de investigación

Se llevó a cabo un estudio psicométrico de enfoque cuantitativo y alcance descriptivo y relacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), ya que los propósitos fueron describir el comportamiento psicométrico del SDQ en un determinado contexto, describir el nivel de dificultades y conducta prosocial en una muestra de niños(as) chilenos(as) y determinar si existen diferencias en función de las variables sexo, edad, dependencia administrativa del colegio y asistencia a servicios de salud mental. Se utilizó un método selectivo y un diseño de encuesta transversal (Fontes et al., 2001), ya que no existió manipulación de variables y los resultados son reflejo de un momento en el tiempo.

### Población, muestra y diseño muestral

La población son niños(as) que cursan de 1° a 6° año básico y que asisten a establecimientos educacionales urbanos de la Provincia de Santiago. La muestra estuvo conformada por 457 niños(as) de 1° a 6° año básico pertenecientes a 8 establecimientos educacionales urbanos de 5 comunas de la Provincia de Santiago (El Bosque, La Pintana, Maipú, Peñalolén y Recoleta). Estos(as) fueron seleccionados(as) a través de un muestreo intencionado o por conveniencia (Hernández et al., 2010) por cuanto existía previo contacto con los establecimientos educacionales que colaboraron. Seis casos fueron eliminados por presentar omisiones o errores en sus respuesta, conformando un total definitivo de 451 participantes.

La edad de los(as) participantes fluctuó entre 6 y 13 años ( $\bar{x} = 8,46$ ) y fueron divididos en dos grupos etarios, de 6 a 9 años (69,9%;  $n = 314$ ) y de 10 a 13 (30,4%;  $n = 137$ ), de acuerdo al criterio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2011) que señala el comienzo de la adolescencia temprana desde los 10 años. Del total de participantes, el 49,2% ( $n = 222$ ) fueron niños y el 50,8% ( $n = 229$ ) fueron niñas. En relación a la dependencia administrativa, el 26,6% ( $n = 120$ ) de los(as) niños(as) pertenecían establecimientos municipales, el 56,5% ( $n = 255$ ) a particulares subvencionados y el 16,9% ( $n = 76$ ) a particulares pagados. El 97,8% ( $n = 441$ ) de los padres señalaron si sus hijos(as) asistían o no a servicios de salud mental; de ellos, el 23,1% ( $n = 102$ ) se encontraba asistiendo servicios de psicología, psiquiatría o neurología por motivos relacionados con salud mental.



## **Instrumentos**

### ***Cuestionario de información general***

Con el objetivo caracterizar a los(as) participantes a través de datos sociodemográficos generales, se elaboró un breve cuestionario que incluyó nombre completo, sexo, edad (años cumplidos), nacionalidad, establecimiento educacional, dependencia administrativa, curso y profesor jefe. Además, se preguntó si el(la) niño(a) asistía a algún profesional de salud mental, a qué tipo de profesional y el principal motivo de consulta. Como se muestra en el Anexo V, se aclaró que los nombres solicitados serían utilizados sólo con el objetivo de ligar la información del cuestionario a las respuestas del SDQ contestado por los(as) profesores(as) jefes y que en la base de datos se eliminaría cualquier información que permitiese identificar a un(a) niño(a).

### ***Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ)***

En esta investigación se utilizó la versión de informantes del SDQ traducida en Argentina (SDQ-cas; ver anexo VI). El SDQ es un instrumento breve de tamizaje de psicopatología, auto-administrado y de tipo escala likert, que se puede aplicar en niños(as) y adolescentes de 4 a 16 años. Está compuesto por 25 afirmaciones que describen conductas positivas y negativas de niños(as) y adolescentes. Las afirmaciones deben ser catalogadas en tres tipos de respuesta, correspondientes a 'No es cierto', 'Un tanto cierto' y 'Absolutamente cierto'. Las respuestas puntúan 0, 1 y 2 respectivamente en los ítems negativos y de manera inversa en cinco de los diez ítems positivos (ver anexo VII puntuación del SDQ). Los ítems se agrupan en cinco escalas denominadas Síntomas emocionales, Problemas de conducta, Hiperactividad, Problemas con compañeros y Conducta prosocial, cada una de las cuales contiene cinco ítems. El puntaje de cada escala se calcula a partir de la suma de sus reactivos, pudiendo oscilar entre 0 y 10 puntos. Un puntaje Total de Dificultades se calcula a partir de la suma de las cuatro primeras escalas y puede oscilar entre 0 y 40 puntos. Cabe consignar que un mayor puntaje en el Total de Dificultades indica un mayor nivel de dificultades, al igual que en los respectivos dominios de las cuatro escalas. La quinta escala, Conducta Prosocial, también oscila entre 0 y 10 puntos y se analiza de manera inversa, de manera tal que un mayor puntaje indica un mayor nivel de conducta prosocial.

La interpretación de los resultados obtenidos por cada niño(a) en el Total Dificultades y las escalas SDQ se realiza a partir de puntajes de corte que delimitan las bandas 'Normal', 'Limítrofe' y 'Anormal'. En la escala original (Goodman, 1997), el límite de la banda 'Anormal' corresponde al puntaje que delimita el 10% superior de casos (percentil 90), mientras que el de la banda 'Limítrofe' corresponde al puntaje que delimita el 20% superior de casos (percentil 80).

## **Procedimiento**

Se estableció contacto con los autores del instrumento (organización Youthinmind), solicitando su autorización para realizar el estudio de las propiedades psicométricas del SDQ en Chile. Se obtuvo una respuesta favorable con la restricción de no realizar modificaciones a los ítems, ya que existe interés en no tener distintas traducciones por idioma, priorizando la comparabilidad de los resultados entre distintos países.

De las dos traducciones al español disponibles del SDQ para informantes, se seleccionó la versión argentina (ver Anexo VI) por adecuarse mejor al vocabulario utilizado en el contexto chileno y porque esta misma se utilizó en el estudio previo del SDQ en Chile (Brown, 2012). De acuerdo a los criterios de sus autores, no se realizaron modificaciones a esta versión. No obstante, con el objetivo de tener antecedentes sobre la idoneidad de esta traducción y para interpretar los resultados del estudio, se realizó una aplicación piloto con 4 profesores a quienes se les pidió analizar los reactivos en función de su redacción y vocabulario.

Para formalizar el contacto con los establecimientos educacionales, se envió una carta de presentación (ver Anexo I) vía correo electrónico a los(as) directores(as) explicando los objetivos del estudio y solicitando su colaboración. Posteriormente, se realizaron reuniones en los diferentes establecimientos con el objetivo de presentar la investigación a sus directivos, profesores(as) jefes y otros(as) profesionales en caso de ser requerido. De un total de 13 establecimientos contactados, 8 aceptaron colaborar. La principal causa de negación fue la poca disponibilidad horaria de los(as) profesores para responder el instrumento.

En cada establecimiento que aprobó el estudio, se enviaron consentimientos informados a los padres, madres y/o apoderados, así como asentimientos a los(as)

niños(as) de los cursos 1° a 6° básico, vía libreta de comunicaciones, agendas y reuniones de apoderados (ver anexos II, III y IV). Mediante dicho documento se solicitó autorización a apoderados y niños(as) para que el(la) profesor(a) jefe respondiera el SDQ de los(as) últimos(as). Se resaltó el carácter voluntario de la participación y se aseguró anonimato y confidencialidad en torno a la información entregada. Junto con el consentimiento informado, se adjuntó el cuestionario de información general (ver Anexo V) que debía responder el(la) apoderado(a).

Un total de 84 profesores respondieron el SDQ de los niños(as) autorizados(as). Cada profesor contestó entre 1 y 12 cuestionarios ( $\bar{x} = 5,29$ ), dependiendo de la cantidad de niños(as) autorizados en sus respectivos cursos.

Este estudio se ciñó a las recomendaciones del Comité de la Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Chile para la elaboración de cartas de presentación y consentimientos informados. Además, contó con la autorización de la jefatura de Carrera de Psicología de la misma institución (ver Anexo VIII), quien revisó y timbró los documentos señalados.

## **Análisis de datos**

Los análisis estadísticos fueron realizados con los programas Mplus 6.12, para analizar la estructura interna del SDQ, e IBM SPSS 20, para analizar la consistencia interna y llevar a cabo los análisis descriptivos y comparativos.

La estructura interna del SDQ se evaluó a través de un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), pero dado que los modelos no ajustaron, se realizó también un Análisis Factorial Exploratorio (AFE). Previamente se evaluó la adecuación de los datos para llevar a cabo dichos análisis, contrastando la Prueba de Esfericidad de Bartlett y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), donde chi-cuadrado con probabilidades  $< 0,05$  y valores de KMO  $> 0,80$  dan cuenta de una matriz de correlaciones adecuada para realizar un análisis factorial (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).

Para llevar a cabo el AFC, se utilizó el estimador robusto de Mínimos Cuadrados Ponderados (WLSMV), que ofrece estimaciones adecuadas al trabajar con indicadores categóricos y sesgos importantes en torno a normalidad de las distribuciones (Brown, 2006). El ajuste global del modelo se evaluó a través del estadístico chi-cuadrado ( $\chi^2$ ); sin embargo, como este resulta ser un estadístico sensible a muestras de gran tamaño, se

evaluó también el ajuste incremental a través del Índice de Tucker-Lewis (TLI) y el Índice de Ajuste Comparativo (CFI), y el ajuste de parsimonia a través Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA). En el caso de chi-cuadrado, un buen ajuste está dado por probabilidades  $> 0,05$ . Para RMSEA se ha establecido que un 'ajuste aceptable' está dado por valores entre 0,08 y 0,05, y un 'buen ajuste' por valores  $< 0,05$ . En el caso de TLI y CFI, se considera un buen ajuste cuando sus valores son  $> 0,95$  (Schreiber, Nora, Stage, Barlow y King, 2006).

El AFE se realizó utilizando el estimador WLSMV y se seleccionó la rotación oblicua GEOMIN, ya que es posible hipotetizar factores relacionados según investigaciones anteriores. Se especificó previamente la cantidad de factores a extraer y la solución definitiva fue seleccionada tras evaluar dos criterios: (1) su capacidad para reproducir la matriz de correlaciones, evaluada a través de los índices de ajuste chi-cuadrado, RMSEA, CFI y TLI, y (2) su plausibilidad teórica.

Los pesos factoriales se interpretaron considerando los criterios sugeridos en Hair, Anderson, Tatham y Black (2010), donde pesos factoriales  $> 0,30$  son estadísticamente significativos para muestras de tamaño superior a 350 casos.

La consistencia interna del Total Dificultades, las cinco escalas originales del SDQ y las que emergieron tras el AFE, se evaluó a través del estadístico Alfa de Cronbach, donde valores  $> 0,70$  dan cuenta de una consistencia interna satisfactoria (Prieto y Delgado, 2010).

Los análisis descriptivos del Total Dificultades y la escalas se realizaron utilizando estadísticos de centro (media y mediana), dispersión (desviación estándar) y forma (coeficiente de asimetría estandarizado, CAE). Asimismo, se analizaron las posibles diferencias según sexo, grupo etario y asistencia a servicios de salud mental a través de la prueba t de Student para muestras independientes, y las posibles diferencias según dependencia administrativa a través de un Análisis de Varianza (ANOVA) de una vía. Para ambas pruebas se utilizó un error alfa de 0,05, de manera que todo estadístico t o F con probabilidad  $< 0,05$  se consideró significativo. Adicionalmente, en todos los contrastes se calculó la medida del tamaño del efecto eta-cuadrado ( $\eta^2$ ), donde valores en torno a 0,01; 0,06 y 0,14 dan cuenta de tamaños del efecto bajos, medios y altos, respectivamente (Pardo y San Martín, 2010)

## RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en esta investigación, agrupados en el siguiente orden: en primer lugar, se muestran los resultados de la aplicación piloto realizada para evaluar la traducción argentina del SDQ en el contexto chileno; en segundo lugar, se presenta la distribución general de las respuestas de los(as) profesores(as) a los 25 ítems del instrumento; en tercer lugar, se presentan los resultados obtenidos en torno la estructura interna del SDQ (AFC y AFE); en cuarto lugar, se presenta la consistencia interna de las escalas originales del SDQ y las sugeridas por el AFE; en quinto lugar, se presenta un análisis descriptivo del nivel de dificultades y conducta prosocial y un análisis comparativo de las posibles diferencias según sexo, grupo etario, dependencia administrativa y asistencia a servicios de salud mental; por último, se presenta una propuesta de normas provisionarias con puntajes corte para la interpretación de los resultados obtenidos a través del SDQ.

### **Evaluación de la traducción argentina del SDQ**

Los cuatro profesores que participaron en la prueba piloto sólo señalaron observaciones para los ítems 12 (*'Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/as'*) y 19 (*'Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella'*). Ambos produjeron confusión por incorporar la frase *'meterse con'*, que en Chile se utiliza con doble acepción, una que corresponde a la utilizada en el cuestionario (burlarse o pelearse con alguien) y otra relacionada con involucrarse amorosamente. Sin embargo, en ambos casos la frase viene precedida o seguida de otro ejemplo (*'Pelea con frecuencia'* y *'se burlan de él'*), lo que proporciona un contexto para asegurar el correcto entendimiento del ítem. De esta manera, se estimó que la versión de informantes del SDQ traducida en Argentina era adecuada para ser utilizada en Chile.

### **Distribución de las respuestas a los ítems**

En la Tabla 1 se muestra la distribución de las respuestas de los(as) profesores(as) a cada una de las tres categorías *'No es Cierto'*, *'Un tanto Cierto'* y *'Absolutamente cierto'*, en los 25 ítems del SDQ. En general, se observa poca dispersión en las respuestas y una tendencia a puntuar como *'No es cierto'* los ítems que reflejan dificultades y *'Absolutamente cierto'* aquellos que reflejan capacidades. Estas categorías

concentraron más del 50% de los casos en la mayoría de los ítems, particularmente en 'Roba', donde 'No es cierto' concentra el 94% de las puntuaciones.

**TABLA 1**  
**Porcentaje de respuestas a cada categoría de los 25 ítems**

Ítems SDQ	No es Cierto n (%)	Un tanto Cierto n (%)	Absolutamente Cierto n (%)
1 Sentimientos	17 (3,8%)	160 (35,5%)	274 (60,8%)
2 Inquieto	202 (44,8%)	131 (29,0%)	118 (26,2%)
3 Se queja de dolores	294 (65,2%)	107 (23,7%)	50 (11,1%)
4 Comparte	31 (6,9%)	190 (42,1%)	230 (51,0%)
5 Tiene rabietas	316 (70,1%)	92 (20,4%)	43 (9,5%)
6 Solitario	292 (64,7%)	112 (24,8%)	47 (10,4%)
7 Obediente	54 (12,0%)	150 (33,3%)	247 (54,8%)
8 Preocupado	232 (51,4%)	164 (36,4%)	55 (12,2%)
9 Ofrece ayuda a heridos	38 (8,4%)	187 (41,5%)	226 (50,1%)
10 Revoltoso	216 (47,9%)	132 (29,3%)	103 (22,8%)
11 Tiene un buen amigo	19 (4,2%)	129 (28,6%)	303 (67,2%)
12 Pelea	272 (60,3%)	109 (24,2%)	70 (15,5%)
13 Infeliz	312 (69,2%)	104 (23,1%)	35 (7,8%)
14 Cae bien	27 (6,0%)	152 (33,7%)	272 (60,3%)
15 Se distrae	133 (29,5%)	154 (34,1%)	164 (36,4%)
16 Nervioso	181 (40,1%)	174 (38,6%)	96 (21,3%)
17 Trata bien	22 (4,9%)	110 (24,4%)	319 (70,7%)
18 Miente	336 (74,5%)	85 (18,8%)	30 (6,7%)
19 Se burlan de él	315 (69,8%)	108 (23,9%)	28 (6,2%)
20 Se ofrece para ayudar	71 (15,7%)	167 (37,0%)	213 (47,2%)
21 Piensa antes	82 (18,2%)	230 (51,0%)	139 (30,8%)
22 Roba	424 (94,0%)	19 (4,2%)	8 (1,8%)
23 Mejor con adultos	258 (57,2%)	165 (36,6%)	28 (6,2%)
24 Miedos	273 (60,5%)	132 (29,3%)	46 (10,2%)
25 Buena concentración	115 (25,5%)	154 (34,1%)	182 (40,4%)

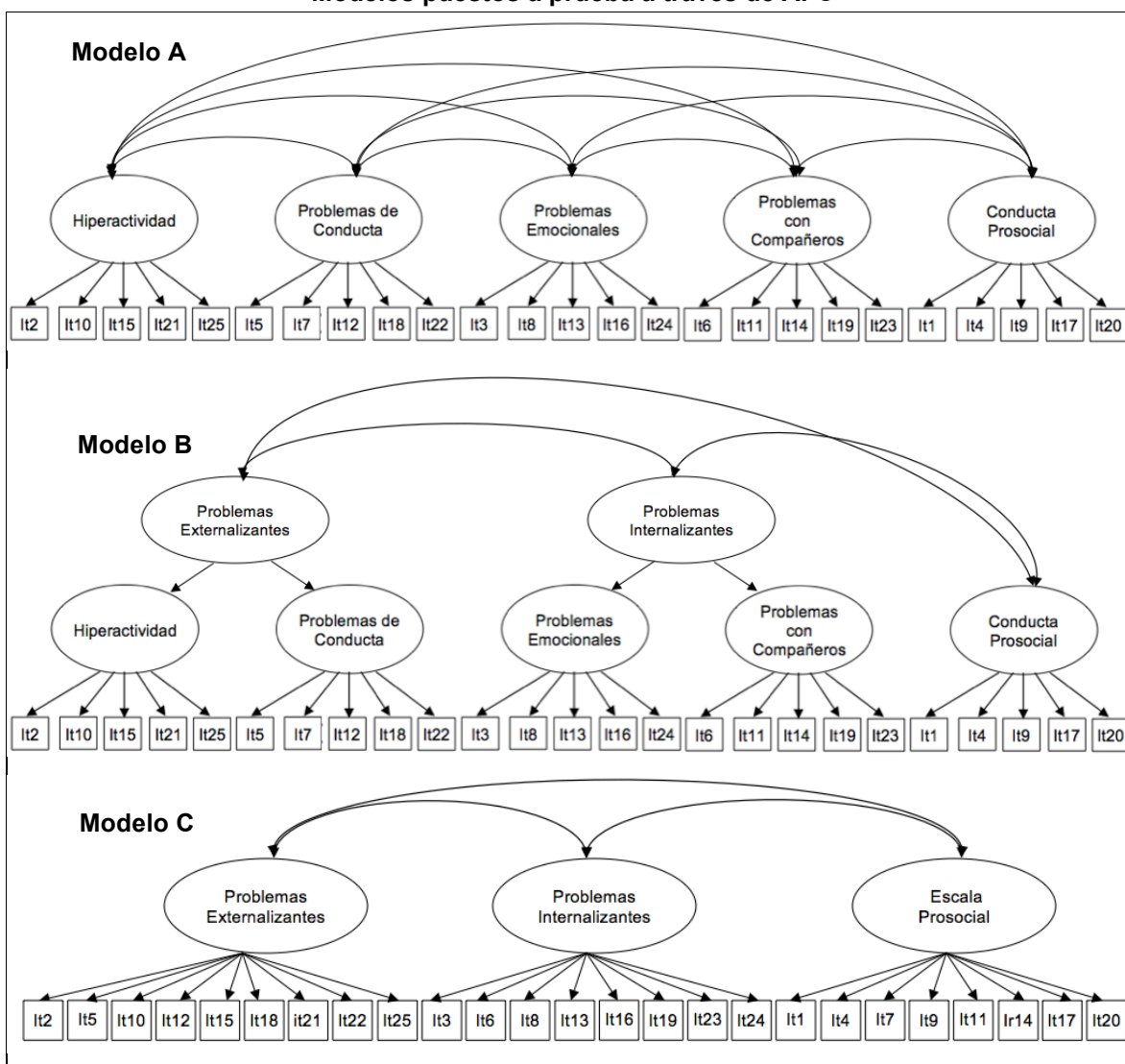
*Nota:* Se presenta una abreviación de los ítem. Para revisar la redacción original, ver Anexo VI.

### **Análisis de la estructura interna**

La prueba KMO alcanzó un valor igual a 0,90, lo que indica un grado apropiado de correlación conjunta entre los 25 ítems. Por su parte, la prueba de Esfericidad de Bartlett arrojó un valor significativo ( $\chi^2 = 7604,9$ ;  $p < 0,05$ ), rechazándose la hipótesis nula de que la matriz de correlaciones corresponde a una matriz de identidad (matriz donde las correlaciones entre los ítems equivalen a cero). Por tanto, ambos estadísticos sugieren una correcta adecuación de los datos para realizar un análisis factorial.

Se llevaron a cabo tres AFC evaluando los modelos del SDQ estudiados en investigaciones previas. Tal como se muestra en la Figura 1, el Modelo A corresponde a la estructura original de cinco factores relacionados propuesta por Goodman (1997, 2010). El Modelo B corresponde a una estructura de cinco factores de primer orden y dos factores de segundo orden (Problemas Externalizantes e Internalizantes) propuesto por Goodman et al. (2010) y Niclasen et al. (2013) para poblaciones no-clínicas. El Modelo C corresponde a una estructura de tres factores de primer orden (Problemas Externalizantes, Problemas Internalizantes y Conducta Prosocial) propuesto inicialmente por Dickey y Blumberg (2004) y confirmado por Di Riso et al. (2010) y Essau et al. (2012).

**FIGURA 1**  
Modelos puestos a prueba a través de AFC



En la Tabla 2 se muestran los índices de ajuste (chi-cuadrado, RMSEA, CFI y TLI) de cada modelo. Los modelos A y B obtuvieron índices de ajuste similares pero insuficientes, mientras que el Modelo C obtuvo índices de ajuste levemente peores a los anteriores. De esta manera, ninguno de los modelos ofreció evidencia suficiente para ser confirmado a través del AFC.

**TABLA 2**  
**Índices de ajuste de los modelos evaluados a través de AFC**

Modelos	$\chi^2$	gl	p	RMSEA (IC 90%)	CFI	TLI
Modelo A	1149,32	265	< 0,001	0,086 (0,081 – 0,091)	0,92	0,91
Modelo B	1147,67	268	< 0,001	0,085 (0,080 – 0,090)	0,92	0,91
Modelo C	1390,14	272	< 0,001	0,095 (0,095 – 0,100)	0,90	0,89

Dados los resultados descritos, se realizó un AFE para explorar soluciones posibles de ser aplicadas en el contexto chileno. Se especificó a priori la cantidad de factores a extraer, de modo que se evaluaron soluciones de tres, cuatro y cinco factores. En la Tabla 3 se muestran los índices de ajuste (chi-cuadrado, RMSEA, CFI y TLI) de las tres soluciones evaluadas. Todas lograron explicar más del 50% de la varianza total, mientras que los índices de ajuste se mantuvieron dentro de los rangos aceptables (RMSEA < 0,08; CFI y TLI > 0,95).

**TABLA 3**  
**Índices de ajuste de las soluciones evaluadas a través de AFE**

Soluciones	$\chi^2$	gl	p	RMSEA (IC 90%)	CFI	TLI
3 Factores	620.84	228	< 0,001	0.062 (0.056 - 0.068)	0,96	0.95
4 Factores	360.29	206	< 0,001	0.041 (0.034 - 0.048)	0,98	0.97
5 Factores	293.15	185	< 0,001	0.036 (0.028 - 0.044)	0,99	0.98

Los modelos de tres y cuatro factores se desestimaron porque contenían dimensiones con menos de tres ítems con pesos factoriales principales. Al mismo tiempo, el modelo de tres factores resultó ser el más interpretable desde un punto de vista teórico y coincidente con los antecedentes empíricos disponibles. Dicha solución explicó el 59,6% de la varianza y mostró niveles de ajustes aceptables (RMSEA = 0,06; CFI = 0,96; TLI = 0,95). La Tabla 4 muestra la matriz de configuración donde se presentan los pesos factoriales agrupados por dimensión y ordenados de manera descendente. Como allí se observa, todos los ítems presentaron pesos factoriales > 0,30 en al menos uno de los tres



factores y la mayoría cargó exclusivamente en uno. Catorce ítems mostraron pesos factoriales  $> 0,30$  y  $\leq 0,70$ , mientras que once ítems mostraron  $> 0,70$ . Los pesos factoriales de mayor magnitud se encontraron en el Factor 1, seguido por el Factor 3 y por último el Factor 2.

**TABLA 4**  
**Análisis factorial exploratorio SDQ: matriz de configuración (rotación GEOMIN)**

Indicadores	Factor 1 Problemas Externalizantes	Factor 2 Conducta Prosocial	Factor 3 Problemas Internalizantes
10 Revoltoso	<b>0,98</b>		
2 Inquieto	<b>0,98</b>		
15 Se distrae	<b>0,77</b>		
7 Obediente*	<b>0,73</b>	-0,31	
12 Pelea	<b>0,69</b>		
25 Buena concentración*	<b>0,60</b>		
21 Piensa antes*	<b>0,59</b>		
18 Miente	<b>0,48</b>		
5 Tiene rabietas	<b>0,47</b>		0,31
22 Roba	<b>0,39</b>		
9 Ofrece ayuda a heridos**		<b>0,78</b>	
20 Se ofrece para ayudar**		<b>0,75</b>	
4 Comparte**		<b>0,74</b>	
1 Sentimientos**	-0,39	<b>0,65</b>	
17 Trata bien a niños**	-0,43	<b>0,53</b>	
24 Tiene miedos			<b>0,90</b>
13 Infeliz			<b>0,83</b>
16 Nervioso			<b>0,76</b>
8 Preocupado			<b>0,71</b>
3 Se queja de dolores			<b>0,66</b>
6 Solitario			<b>0,50</b>
19 Se burlan de él			<b>0,48</b>
23 Mejor con adultos			<b>0,44</b>
11 Tiene un buen amigo*		-0,47	<b>0,40</b>
14 Cae bien*		-0,53	<b>0,31</b>

*Nota:* Pesos factoriales inferiores a  $\pm 0,30$  omitidos. La solución definitiva se muestra con sus ítems en negrita. Los ítems positivos inversos se señalan con asterisco (\*). Los ítems positivos no inversos se señalan con doble asterisco (\*\*).

La solución encontrada coincidió con la estructura hipotetizada de tres dimensiones previamente denominadas en otras investigaciones como Problemas Externalizantes, Problemas Internalizantes y Conducta Prosocial. El Factor 1 agrupó los ítems que originalmente conformaban la escala de Hiperactividad y los ítems de Problemas de Conducta, los que en conjunto conforman la escala Problemas Externalizantes. El Factor 2 agrupó principalmente los ítems que conforman la escala Conducta Prosocial, que recibe el mismo nombre en la solución encontrada. Por su parte, el Factor 3 agrupó los ítems de Problemas Emocionales y los ítems de Problemas con Compañeros, los que conforman la escala Problemas Internalizantes.

Sólo seis ítems, de los cuales cinco son positivos, presentaron pesos factoriales compartidos mayores a 0,30 (*'Obediente'*, *'Tiene rabietas'*, *'Sentimientos'*, *'Cae bien'*, *'Tiene un buen amigo'* y *'Trata bien a niños'*). No obstante, la mayoría de ellos cargó notoriamente hacia el factor donde teóricamente corresponden. La distribución de los ítems 11 (*'Tiene un buen amigo'*) y 14 (*'Cae bien'*) fue menos clara, ya que cargaron en mayor medida hacia Conducta Prosocial y en menor medida hacia Problemas Internalizantes.

Por último, se analizó la relación entre los tres factores resultantes. La Tabla 5 muestra la matriz de correlaciones entre ellos, donde se observan correlaciones moderadas y estadísticamente significativas.

**TABLA 5**  
**Matriz de correlaciones entre factores**

	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>	<b>Factor 3</b>
<b>Factor 1</b>	-		
<b>Factor 2</b>	-0,52**	-	
<b>Factor 3</b>	0,42**	-0,37**	-

\*\* p < 0,05

### **Análisis de la consistencia interna**

La Tabla 6 muestra la consistencia interna evaluada a través de estadístico Alfa de Cronbach del Total Dificultades, las cinco escalas originales del SDQ y las tres escalas extraídas mediante el AFE. Los resultados indican un índice de consistencia interna satisfactorio de la escala Total Dificultades ( $\alpha = 0,88$ ). Las escalas originales del SDQ mostraron índices satisfactorios de consistencia interna ( $\alpha > 0,70$ ), excepto Problemas con Compañeros ( $\alpha = 0,62$ ). Finalmente, las tres nuevas escalas presentaron índices

satisfactorios de consistencia interna, donde la mejor evaluada fue Problemas Externalizantes ( $\alpha = 0,88$ ), luego Problemas Internalizantes ( $\alpha = 0,82$ ) y Conducta Prosocial ( $\alpha = 0,79$ ).

Las nuevas escalas (Problemas Externalizantes e Internalizantes) mostraron índices de consistencia interna mayores a las escalas que originalmente las componían, es decir, Problemas Externalizantes mostró mayor consistencia interna que Hiperactividad y Problemas de Conducta, mientras que Problemas Internalizantes mostró mayor consistencia interna que Problemas Emocionales y Problemas con Compañeros.

**TABLA 6**  
**Consistencia Interna de las Escalas SDQ**

Escalas SDQ	Nº ítems	$\alpha$ de Cronbach
Total Dificultades	20	0,88
<i>5 Escalas Originales SDQ</i>		
Hiperactividad	5	0,86
Problemas de Conducta	5	0,76
Síntomas Emocionales	5	0,81
Problemas con Compañeros	5	0,63
Conducta Prosocial	5	0,79
<i>3 Escalas Extraídas (AFE)</i>		
Externalizantes	10	0,88
Internalizantes	10	0,82
Conducta Prosocial	5	0,79

### **Análisis descriptivos y comparativos**

Los puntajes del Total Dificultades y los nuevos tres factores (Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes y Conducta Prosocial) fueron calculados a partir de la suma de sus ítems. La Tabla 7 muestra los estadísticos descriptivos de centro, dispersión y forma para cada una de ellas. Los resultados indican bajos niveles de dificultades, así como de problemas externalizantes e internalizantes. Por el contrario, se reportan altos niveles de conducta prosocial.

**TABLA 7**  
**Estadísticos descriptivos del Total Dificultades y las 3 escalas (AFE) del SDQ**

	Min – Max	Media	Mediana	DT	C.A.E.
Problemas Externalizantes	0 – 20	6,27	6,00	4,94	4,71
Problemas Internalizantes	0 – 19	4,89	4,00	3,99	8,57
Conducta Prosocial	0 – 10	7,40	8,00	2,32	-5,76
Total dificultades	0 – 37	11,17	10,00	7,54	4,47

Desde la Tabla 8 a la Tabla 12 se muestran los análisis de las posibles diferencias según sexo, grupo etario, dependencia administrativa y asistencia a servicios de salud mental. En cada tabla se indican las medias y desviaciones típicas (DT) de los distintos grupos, junto a la diferencia de medias, el respectivo intervalo con un nivel de confianza del 95% (IC 95%), el estadístico de prueba (t de student o F, según corresponda), la significancia de la prueba (\*\*) y el tamaño del efecto evaluado a través del estadístico eta-cuadrado ( $\eta^2$ ).

El análisis de las posibles diferencias por sexo se muestra en la Tabla 8. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre niños y niñas en las escalas Problemas Externalizantes, Conducta Prosocial y Total Dificultades. Los profesores reportaron un mayor nivel de dificultades, un mayor nivel de problemas externalizantes y un menor nivel de conducta prosocial en niños. Al mismo tiempo, el estadístico del tamaño del efecto indica que dichas diferencias fueron mínimas ( $\eta^2 \cong 0,01$ ).

**TABLA 8**  
**Análisis de las diferencias de medias según la variable sexo**

Escalas SDQ	Niños N=222 Media (DT)	Niñas N=229 Media (DT)	Diferencia de Medias (IC 95%)	Efecto Sexo t	Tam. Efecto $\eta^2$
Problemas Externalizantes	7,12 (5,35)	5,45 (4,37)	1,66 (0,76; 2,57)	3,62 <sup>a</sup> **	0,03
Problemas Internalizantes	4,83 (3,81)	4,97 (4,17)	-0,14 (-0,87; 0,60)	-0,36	0,00
Conducta Prosocial	7,07 (2,52)	7,72 (2,06)	-0,66 (-1,08;-0,23)	-3,03 <sup>a</sup> **	0,02
Total Dificultades	11,95 (7,96)	10,42 (7,04)	1,53 (0,14; 2,92)	2,16 **	0,01

\*\* $p < 0,05$

<sup>a</sup> estadístico t corregido para incumplimiento de igualdad de varianzas

En la Tabla 9 se presenta el análisis de las posibles diferencias según grupo etario (6 a 9 años y 10 a 13 años). En este caso, sólo se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en la escala Problemas Internalizantes, donde los profesores reportaron mayor nivel en el grupo conformado por los(as) niños(as) de 10 a 13 años, en comparación a los(as) niños(as) de 6 a 9. No obstante, del mismo modo que en la variable sexo, se observa un bajo tamaño del efecto, lo que indica que la diferencia entre ambos grupos también fue mínima ( $\eta^2 = 0,02$ ).

**TABLA 9**  
**Análisis de las diferencias de medias según la variable grupo etario**

<b>Escalas SDQ</b>	<b>6 a 9 años N=314 Media (DT)</b>	<b>10 a 13 años N=137 Media (DT)</b>	<b>Diferencia de Medias (IC 95%)</b>	<b>Efecto Edad t</b>	<b>Tam. Efecto <math>\eta^2</math></b>
Problemas Externalizantes	6,37 (4,96)	6,05 (4,91)	0,32 (-0,67; 1,31)	0,64	0,00
Problemas Internalizantes	4,55 (3,49)	5,70 (4,87)	-1,15 (-2,06;-0,24)	-2,50 <sup>a</sup> **	0,02
Conducta Prosocial	7,41 (2,33)	7,38 (2,29)	0,03 (-0,44; 0,49)	0,13	0,00
Total Dificultades	10,92 (7,30)	11,75 (8,05)	-0,83 (-2,35; 0,69)	-1,08	0,00

\*\*p < 0,05

<sup>a</sup> Estadístico t corregido para incumplimiento de igualdad de varianzas

En la Tabla 10 se presenta el análisis de las posibles diferencias según la dependencia administrativa (establecimientos municipales, particulares subvencionados y particulares pagados) del colegio al que asisten los(as) niños(as). Se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en Problemas Externalizantes, Problemas Internalizantes y Total Dificultades. El análisis post-hoc, expuesto en la Tabla 11, indica que las diferencias ocurren cuando se comparan a los(as) niños(as) que asisten a establecimientos particulares pagados con los(as) que asisten a colegios municipales y particulares subvencionados. Los profesores reportaron menor nivel de dificultades, problemas externalizantes y problemas internalizantes en niños(as) de particulares pagados en comparación a los(as) niños(as) de municipales. Al mismo tiempo, los profesores reportaron menor nivel de dificultades y problemas externalizantes en niños(as) de particulares pagados, en comparación a niños(as) de particulares subvencionados. No obstante, el análisis de los tamaños del efecto indican que las diferencias entre estos grupos fueron mínimas. No se observaron diferencias significativas entre niños(as) de municipales y niños(as) de particulares subvencionados.

**TABLA 10**  
**Análisis de las diferencias de medias según la variable dependencia administrativa (D.A.)**

<b>Escalas SDQ</b>	<b>MC N=120 Media (DT)</b>	<b>PS N=255 Media (DT)</b>	<b>PP N=76 Media (DS)</b>	<b>Efecto D.A. F</b>	<b>Tam. Efecto <math>\eta^2</math></b>
Problemas Externalizantes	7,12 (5,13)	6,44 (4,88)	4,35 (4,38)	7,89 **	0,03
Problemas Internalizantes	5,63 (4,09)	4,81 (3,96)	4,05 (3,78)	3,79 **	0,02
Problemas Prosociales	7,24 (2,26)	7,32 (2,42)	7,92 (2,01)	2,94 <sup>a</sup>	0,01
Total Dificultades	12,75 (7,49)	11,25 (7,62)	8,41 (6,60)	7,99 **	0,03

MC = Municipales, PS = Particulares Subvencionados, PP = Particulares Pagados

\*\*p < 0,05

<sup>a</sup> Estadístico Welch distribuido como F para incumplimiento de igualdad de varianzas.

**TABLA 11**  
**Análisis post-hoc de las diferencias de medias por dependencia administrativa**

Escalas SDQ	Comparaciones por Dependencia Administrativa	Diferencia de Medias (IC 95%)
Problemas Externalizantes	Municipales - P. Subvencionados	0,67 (-0,64; 2,00)
	Municipales - P. Pagados	2,76 ** (1,01; 4,52)
	P. Pagados - P. Subvencionados	-2,09 ** (-3,65; -0,52)
Problemas Internalizantes	Municipales - P. Subvencionados	0,82 (-0,26; 1,89)
	Municipales - P. Pagados	1,57 ** (0,14; 3,00)
	P. Pagados - P. Subvencionados	-0,75 (-2,03; 0,52)
Total Dificultades	Municipales - P. Subvencionados	1,49 (-0,52; 3,51)
	Municipales - P. Pagados	4,34 ** (1,67; 7,02)
	P. Pagados - P. Subvencionados	-2,84 ** (-5,23; -0,46)

*Nota:* Se calculó el estadístico Scheffé para tamaños muestrales diferentes  
\*\*  $p < 0,05$ .

Por último, en la Tabla 12 se presenta el análisis de las posibles diferencias entre consultantes y no consultantes a servicios de salud mental. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en las tres escalas y el puntaje Total Dificultades. Los profesores reportaron en niños(as) consultantes un mayor nivel de dificultades, problemas externalizantes y problemas internalizantes y un menor nivel de conductas prosociales. Se observó un tamaño del efecto alto en problemas externalizantes ( $\eta^2 = 0,09$ ) y problemas internalizantes ( $\eta^2 = 0,07$ ), y aún más en el Total dificultades ( $\eta^2 = 0,11$ ), lo que indica diferencias relevantes en dichas escalas. En cambio, Conducta Prosocial, arrojó diferencias mínimas ( $\eta^2 = 0,02$ ).

**TABLA 12**  
**Análisis de las diferencias de medias por asistencia a servicios de salud mental (ASM)**

Escalas SDQ	Consultante N=102 Media (DT)	No Consultante N=339 Media (DT)	Diferencia de Medias (IC 95%)	Efecto ASM <i>t</i>	Tam. Efecto $\eta^2$
Problemas Externalizantes	8,99 (5,13)	5,47 (4,59)	3,52 (2,47; 4,56)	6,60 **	0,09
Problemas Internalizantes	6,83 (4,09)	4,33 (3,79)	2,50 (1,64; 3,36)	5,72 **	0,07
Conducta Prosocial	6,86 (2,44)	7,55 (2,28)	-0,69 (-1,20; -0,18)	-2,63 **	0,02
Total Dificultades	15,82 (7,81)	9,80 (6,89)	6,02 (4,44; 7,59)	7,49 **	0,11

\*\* $p < 0,05$

### Puntajes de corte provisionarios

En la Tabla 13 se presentan puntajes de corte para las bandas 'Normal', 'Limítrofe' y 'Anormal'. Las puntuaciones fueron calculadas tomando en cuenta la prevalencia reportada por Vicente, de la Barra et al. (2012) en la Provincia de Santiago. La banda

‘Anormal’ fue calculada tomando en cuenta el percentil 75 (25 para prosocial ya que se interpreta de manera inversa) que corresponde al 25% de prevalencia incluyendo el criterio de discapacidad del DSM-IV. La banda ‘Limítrofe’ fue calculada a partir del percentil 58 (42 para prosocial) que corresponde al 42% de prevalencia sin incluir el criterio de discapacidad. No se establecieron normas diferenciales según sexo, grupo etario y dependencia administrativa, ya que los tamaños del efecto encontrados en los contrastes de hipótesis fueron solamente bajos.

**TABLA 13**  
**Puntajes de corte basados en datos epidemiológicos nacionales**

	<b>Normal</b>	<b>Limítrofe<sup>a</sup></b>	<b>Anormal<sup>b</sup></b>
Problemas Externalizantes	0 – 6	7 – 9	10 – 20
Problemas Internalizantes	0 – 4	5 – 6	7 – 20
Conducta Prosocial	7 – 10	6	0 – 5
Total dificultades	0 – 11	12 – 16	17 – 40

<sup>a</sup> puntaje de corte a partir del percentil 58 (42 para Conducta Prosocial)

<sup>b</sup> puntaje de corte a partir del percentil 75 (25 para Conducta Prosocial)

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El objetivo de esta investigación fue estudiar en Chile las propiedades psicométricas de la versión de informantes del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ). Profesores(as) contestaron el SDQ de 451 niños(as) escolares de establecimientos urbanos de la Provincia de Santiago. Específicamente en esta investigación (i) se estudió la estructura interna del SDQ a través de un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y un Análisis Factorial Exploratorio (AFE); (ii) se analizó la consistencia interna de la escala Total Dificultades y las escalas resultantes del AFE, a través del estadístico Alfa de Cronbach; (iii) se realizó un análisis descriptivo de los niveles de dificultades, problemas externalizantes, problemas internalizantes y conducta prosocial y se compararon los resultados según sexo, grupo etario, dependencia administrativa y asistencia a servicios de salud mental; y (iv) se desarrolló una propuesta provisional de puntajes de corte de acuerdo a las prevalencias de psicopatología infanto-juvenil reportadas previamente en el país. A continuación, se discuten las implicancias teóricas y prácticas de los resultados obtenidos y se plantean posibles líneas futuras de investigación.

### **Propiedades psicométricas del SDQ en Chile**

Los dos primeros objetivos específicos de esta investigación correspondieron a determinar evidencias de validez referida a la estructura interna del SDQ y determinar la consistencia interna de sus escalas. En relación al primero, el AFC realizado señaló que los datos recolectados en este estudio no otorgan evidencia suficiente para confirmar los modelos que más respaldo empírico han obtenido anteriormente. Entre ellos se incluye el modelo original del SDQ de cinco factores relacionados (Hiperactividad, Problemas de Conducta, Problemas Emocionales, Problemas con Compañeros y Conducta Prosocial), un modelo que mantiene estos cinco factores pero incorpora dos factores de segundo orden (Problemas Externalizantes, que incluye los ítems de Hiperactividad y Problemas de Conducta, y Problemas Internalizantes, que incluye los ítems de Problemas con Compañeros y Problemas Emocionales) y un modelo de tres factores de primer orden (Problemas Externalizantes, Problemas Internalizantes y Conducta Prosocial).

No obstante, la realización de un AFE sugirió una estructura factorial de tres dimensiones que explicó más del 50% de la varianza y mostró buenos índices de ajuste. Dichos resultados revelan que las cinco dimensiones originalmente planteadas por



Goodman (1997) no representan conductas lo suficientemente distinguibles para los(as) profesores(as) chilenos. En cambio, estos tienden a agrupar los problemas psicológicos sólo en dos amplias dimensiones denominadas Problemas Externalizantes y Problemas Internalizantes, y una tercera dimensión correspondiente a Conducta Prosocial.

La clasificación de psicopatología infanto-juvenil en dos dimensiones de amplio espectro denominadas problemas, síndromes o sintomatología externalizante e internalizante ha sido reportada previamente a través del SDQ y otros instrumentos como los cuestionarios de Achenbach et al. (2008). Estos últimos autores, señalan que dentro de los problemas externalizantes se incluyen principalmente conductas agresivas y disruptivas con el medio, mientras que en los problemas internalizantes se incluyen manifestaciones depresivas y ansiosas, conductas de aislamiento social y malestares somáticos. Wenar (1994, citado en Sepúlveda y Capella, 2012) añade que en el caso de la línea externalizante, la psicopatología se manifiestan en dificultades conductuales y problemas con las normas sociales, mientras que la línea internalizante lo hace a través de sufrimiento intrapsíquico, tales como miedos y culpas. Esta descripción se corresponde con el contenido de los ítems que se agruparon en cada escala en esta investigación.

Además, esta solución es consistente con lo planteado por Goodman et al. (2010) quienes sugieren que la solución de cinco factores puede no representar adecuadamente distintos tipos de problemas psicológicos infantiles para los informantes cuando se trabaja en población de bajo riesgo o población general. En cambio, se sugiere la utilización de factores más amplios de psicopatología, ya que el objetivo en este contexto es más bien realizar un tamizaje general para detectar aquellos casos que presentan problemas psicológicos, contrariamente al contexto clínico, donde sí es necesario discriminar el tipo específico de sintomatología presente.

En relación al segundo objetivo específico, los resultados sugirieron una consistencia interna adecuada tanto de la escala Total Dificultades como de Problemas Externalizantes, Problemas Internalizantes y Conducta Prosocial. Estos resultados son similares a los encontrados por Goodman et al. (2010) y mejores que los encontrados por Essau et al. (2012) y Di Riso et al. (2010). Al comparar la consistencia interna de las cinco escalas originales con las tres nuevas, se puede concluir que agrupar Hiperactividad con Problemas de Conducta en la Escala Problemas Externalizantes, y agrupar Problemas con Compañeros y Síntomas Emocionales en Problemas Internalizantes, aumenta la consistencia interna de las escalas y, por tanto, la confiabilidad del instrumento en Chile.

Las asociaciones entre los tres nuevos factores fueron moderadas y estadísticamente significativas, lo que resulta concordante con otras investigaciones previas (Goodman, 1997; Goodman, 2001; Niclasen et al., 2013). Esto es esperable considerando que, desde un punto de vista teórico, la psicopatología infanto-juvenil se caracteriza por una mayor ocurrencia de superposiciones entre trastornos y por que los límites entre distintos cuadros clínicos son mucho más difusos en comparación a la adultez (Almonte, 2012). Además, desde un punto de vista empírico, se ha establecido que en un alto porcentaje de niños(as) los problemas externalizantes e internalizantes co-ocurren (Oland y Shaw, 2005).

El AFE realizado también reveló un problema reportado ampliamente en estudios previos, en donde se señala que los ítems redactados de forma positiva tienden a agruparse en conjunto con los ítems de Conducta Prosocial (Goodman, 1994; Goodman, 1997; Dickey y Blumberg, 2004; Pamieri y Smith, 2007; Van Roy et al., 2008; Niclasen et al., 2012; Niclasen et al., 2013). Este hecho no sólo representa una dificultad en investigaciones con el SDQ, sino que se reporta como un fenómeno generalizado en los instrumentos que incorporan ítems inversos (Brown, 2006). En este estudio, un examen de las respuestas a cada categoría de los ítems revela que los(as) profesores(as) chilenos(as) tendieron mayoritariamente a puntuar 'No es cierto' todos los ítems que reflejan dificultades y 'Absolutamente cierto' todos aquellos que reflejan capacidades. Esto plantea inicialmente un sesgo si se considera que cinco de estos últimos ítems no pertenecen a la escala Conducta Prosocial, sino que se distribuyen en las otras escalas. Al respecto, Goodman (1997) señala que es problemática la preparación que tienen los informantes para evaluar ítems positivos, principalmente porque tienden a sobredimensionar las capacidades de los(as) niños(as).

Concretamente, la matriz de configuración revela que ocho de diez ítems positivos cargaron en mayor o menor medida al factor prosocial (ver Tabla 4). Los ítems 11 (*'tiene un buen amigo'*) y 14 (*'Cae bien'*) son los que más alteran la solución factorial, ya que cargaron mayoritariamente hacia Conducta Prosocial y en menor medida a Problemas Internalizantes. Estos mismos ítems son los que llevaron a Dickey y Blumberg (2004) a modificar la estructura original de cinco factores y reemplazarla por una estructura alternativa de tres, en la que estos ítems conformaron un factor junto a los de Conducta Prosocial (ver Figura 1, Modelo C).

Sin embargo, un examen del contenido de estos dos ítems permite clarificar si en conjunto con los de Conducta Prosocial constituyen un constructo teóricamente coherente. Al respecto, *'tener al menos un buen amigo'* y *'caer bien a los demás'* no parecen tener nada en común con el comportamiento prosocial, excepto el hecho de representar capacidades o conductas positivas. En cambio, la interpretación inversa de los ítems (*'no tener al menos un buen amigo'* y *'no caer bien a los demás'*), sí es coherente con la línea de problemas internalizantes, pues estarían representando conductas de aislamiento social. Esto apoya la hipótesis de que, en esta investigación, la agrupación de estos ítems con conducta prosocial sería más bien un artefacto metodológico (Dickey y Blumberg, 2004), pues la covarianza entre esos ítems no se explicaría por un rasgo común subyacente, sino por un método común de medir (McCrory y Layte, 2012).

Tomando en cuenta lo planteado anteriormente, no sorprende el hecho de que los resultados del AFC no ofrezcan un nivel de ajuste aceptable; no obstante, una aproximación desde AFE sí sugiere una solución plausible desde un punto de vista tanto teórico como empírico. El problema pareciera encontrarse en la restricción del procedimiento AFC, ya que éste especifica modelos en los cuales cada ítem tiene un peso factorial determinado en un único factor y un peso nulo en el resto de ellos, lo que en otras palabras, implica asumir que cada ítem es una medida pura del factor (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). Los resultados de este estudio señalan que la distribución de algunos ítems del SDQ en los factores no es unívoca y parece estar influenciada por el tipo de redacción, por lo que difícilmente pueden considerarse medidas puras de cada factor. Brown (2006) señala que esta es una de las principales causas de ajustes insatisfactorios cuando se analiza la estructura interna de este tipo de cuestionarios a través de AFC.

Dado lo anterior, en esta investigación se optó por mantener un modelo teóricamente plausible, sin embargo, distintas soluciones podrían adoptarse en futuras investigaciones con el SDQ en Chile y otros países. A pesar de los resultados obtenidos, muchos autores han desestimado la opción de eliminar los ítems positivos, o bien, redactarlos nuevamente para que todos mantengan la misma dirección, ya que incorporar ítems que reflejen capacidades aumenta la aceptabilidad de estos instrumentos en quienes los responden (Goodman, 2001; Goodman, et al., 2010; Essau et al., 2012). Una solución viable que incorpore esta última necesidad, pero también permita mejorar la

estabilidad del modelo en distintos contextos, podría ser redactar nuevamente los ítems positivos que no pertenezcan a la escala Conducta Prosocial. Un nuevo examen de la distribución de los ítems después de haber realizado estos cambios permitiría aclarar si, solucionando el efecto de su redacción, los ítems tienden o no a cargar en los factores previamente hipotetizados.

### **Niveles de dificultades y conducta prosocial en niños(as) chilenos y cruce con variable sociodemográficas**

El tercer objetivo específico fue determinar el nivel de dificultades y conducta prosocial reportado por profesores a través del SDQ. En relación a esto, los análisis descriptivos en el total de la muestra revelaron un bajo nivel de dificultades, problemas internalizantes y externalizantes, y un alto nivel de conducta prosocial. Este resultado es esperable cuando se estudian poblaciones de bajo riesgo o población general, en donde se espera encontrar un porcentaje mayoritario de niños(as) que no presenten psicopatología y un porcentaje menor de niños que sí lo hagan. Se observó un nivel mayor de problemas externalizantes en comparación a los problemas internalizantes, lo que es congruente con los estudios epidemiológicos en el país, que señalan una mayor prevalencia de trastornos disruptivos en comparación a los trastornos depresivos o ansiosos (Vicente, Saldivia et al., 2012; Vicente, de la Barra et al. 2012).

El cuarto objetivo específico fue determinar posibles diferencias en el nivel de dificultades y conducta prosocial según sexo, grupo etario, dependencia administrativa y asistencia a servicios de salud mental. En relación a la primera variable, el análisis de acuerdo al sexo de los participantes reveló diferencias significativas, en el nivel de dificultades, problemas externalizantes y conducta prosocial. Los niños presentaron mayor nivel de dificultades y problemas externalizantes, mientras que las niñas presentaron mayor nivel de conducta prosocial. Estos resultados coinciden con los encontrados en investigaciones anteriores (Smedje et al., 1999; Rothenberger et al., 2008; Riso et al., 2010; Niclasen et al., 2012). No obstante, el tamaño del efecto fue bajo en todas las comparaciones, revelando diferencias mínimas entre los grupos.

Al analizar posibles diferencias por grupo etario, se encontraron diferencias significativas sólo en Problemas Internalizantes, donde los niños mayores (10 a 13 años) presentaron mayor nivel que los niños menores (6 a 9 años). Otros estudios también han reportado que en el inicio de la adolescencia se tiende a presentar mayor nivel de

problemas internalizantes reportados a través del SDQ (Rothenberger et al., 2008; Niclasen et al., 2012). Desde un punto de vista evolutivo, se plantea que los(as) niños(as) en etapa escolar (6 a 12 años aproximadamente) van progresivamente mejorando su capacidad de regular y controlar impulsos, lo que debería reflejarse en una disminución de los problemas externalizantes (Sepúlveda y Capella, 2012) y al mismo tiempo en un aumento de problemas internalizantes, particularmente los trastornos del ánimo (Rutter, 2005). Sin embargo, en este estudio la diferencia etaria de los dos grupos no constituye una división entre infancia y adolescencia, sino entre infancia y adolescencia temprana (UNICEF, 2011), lo que podría explicar el bajo tamaño del efecto encontrado en todas las comparaciones.

El análisis por dependencia administrativa sugirió diferencias significativas en el nivel de dificultades y problemas externalizantes e internalizantes. Las diferencias aparecen únicamente cuando se compara a los colegios particulares pagados con municipales y particulares subvencionados. Aunque no haya completa equivalencia, la dependencia administrativa puede considerarse una aproximación al nivel socioeconómico de los(as) niños(as). En efecto, los estudios epidemiológicos chilenos plantean que el nivel socioeconómico alto es el único asociado a una menor probabilidad de presentar psicopatología, principalmente debido a efectos ambientales y contextuales que actuarían como factores protectores mediadores entre psicopatología y nivel socioeconómico (Vicente, Saldivia et al., 2012).

Por último, el análisis de las diferencias según asistencia a servicios de salud mental arrojó diferencias significativas y tamaños del efecto altos en el nivel de dificultades, problemas externalizantes y problemas internalizantes. Los resultados indicaron que siempre el grupo de consultantes presentó mayor nivel de dificultades. Aunque se debe tener en cuenta que esta información se obtuvo a través del reporte de los padres y no de un diagnóstico estructurado independiente, estos resultados permiten realizar una primera aproximación a la capacidad que tiene el SDQ de discriminar entre niños(as) chilenos(as) que asisten a servicios de salud mental y niños(as) que no están asistiendo, una propiedad ampliamente estudiada y con vasta evidencia a favor (Goodman, 1997, Goodman, Renfrew et al., 2000; Goodman, Ford et al., 2000; Klasen et al., 2000; Lai et al., 2010, Malberg et al., 2003; Stone et al., 2010).

## **Propuesta de puntajes de corte**

El último objetivo específico fue realizar una propuesta provisoria de normas para interpretar los resultados del SDQ. Para esto, se desarrollaron puntajes de corte tomando en cuenta las prevalencias reportadas en la Provincia de Santiago por Vicente, De la Barra et al. (2012). Goodman (1997) sugiere ocupar el percentil 90 para delimitar la banda 'Anormal' y el percentil 80 para delimitar la banda 'Limítrofe'. Esto se fundamenta principalmente en la prevalencia de trastornos mentales infanto-juveniles en Reino Unido, que alcanza aproximadamente el 10% (Goodman, Ford et al., 2000). Sin embargo, en Chile, y particularmente en la Provincia de Santiago, la prevalencia reportada es mayor, por lo que se consideró ocupar el percentil 75 y el percentil 58 para delimitar las bandas 'Anormal' y 'Limítrofe' respectivamente, considerando las prevalencias del 25% con criterio de discapacidad DSM-IV y el 42% sin criterio de discapacidad. Aun utilizando criterios distintos, los puntajes de corte resultaron ser similares a los reportados en investigaciones previas (Goodman, 1997; Hawes y Dadds, 2004; Rothenberger et al., 2008).

## **Limitaciones y perspectivas a futuro**

Esta investigación presenta algunas limitaciones que es preciso señalar. En primer lugar, el muestreo realizado no fue probabilístico ni se pudo realizar una selección aleatoria de los(as) niños(as) evaluados(as). Además, como todas las investigaciones con menores de edad, la participación de ellos(as) está siempre sujeta a la autorización del padre, la madre o el representante legal. El primer problema implica considerar ciertas restricciones ante la posibilidad de generalizar los resultados de este estudio y el segundo, el peligro de presentar sesgos al momento de incluir los participantes en la muestra. No obstante, la muestra obtenida cumple con ciertos requisitos que la hacen al menos proporcionalmente representativa de las variables sexo y dependencia administrativa, según los datos proporcionados por el Ministerio de Educación [MINEDUC]. De igual manera, conviene realizar en el futuro estudios que consideren una mayor cantidad de participantes y diseños muestrales probabilísticos, lo que a su vez permitiría la elaboración de normas definitivas.

Una segunda limitación dice relación con las características de los participantes del estudio. Esta investigación sólo se llevó a cabo en la Provincia de Santiago, por lo que sus resultados son sólo aplicables en dicho espacio. Además, se consideró una población

escolar de 1° a 6° básico, abarcando un rango de edad de 6 a 13 años. Otros estudios son necesarios para seguir investigando las propiedades psicométricas del SDQ en otros lugares del país, así como su aplicación en pre-escolares y adolescentes, en los que es posible estudiar tanto la versión de informantes, como la versión de autorreporte que se puede administrar desde los 12 años.

Por último, es importante señalar que esta investigación se centra en el estudio de la estructura interna del SDQ y la confiabilidad de sus escalas. Sin embargo, la estructura interna es sólo una de múltiples maneras de aportar evidencias de validez a un instrumento. El SDQ fue descrito desde un comienzo como una herramienta de tamizaje que permite detectar rápidamente niños(as) y adolescentes que presentan psicopatología (Goodman, 1997). En este sentido, otros estudios posteriores que evalúen su capacidad de discriminar entre población clínica y no-clínica, y que puedan dar cuenta de su especificidad y sensibilidad diagnóstica, son particularmente necesarios para continuar acumulando evidencias de validez y así asegurar un correcto uso e interpretación de sus resultados en el contexto chileno. Asimismo, otros estudios que permitan reportar evidencias de validez referidas a criterio (validez concurrente) o validez convergente y discriminante también podrían aportar a una mejor conceptualización de los rasgos que mide el SDQ. Particularmente en el contexto chileno, esto implica relacionar los puntajes del SDQ con otro tipo de instrumentos que midan psicopatología, así como problemas externalizantes, problemas internalizantes y conducta prosocial.

## **Conclusión**

Esta investigación constituye la primera aproximación al estudio del SDQ en profesores chilenos y el segundo estudio de este instrumento en el país. Es posible plantear que la versión argentina del SDQ funciona adecuadamente en el contexto chileno cuando se administra en profesores de niños de 1° a 6° básico de la Provincia de Santiago. Con ello, se pone a disposición de investigadores y psicólogos clínicos un instrumento que presenta evidencias de confiabilidad y validez para evaluar psicopatología infanto-juvenil, presentando la ventaja de ser gratuito, de fácil acceso y breve en su administración. Asimismo, los resultados obtenidos hasta ahora sugieren la necesidad de seguir estudiando las propiedades psicométricas del SDQ en Chile, tanto en términos de su estructura interna, como una aproximación a otros tipos de evidencia de validez.

## REFERENCIAS

- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. et al. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 251–275.
- Almonte, C. (2012). Características generales de la psicopatología infantil y de la adolescencia. En C. Almonte, y M. E. Montt (Eds.). *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (2ª ed.) (pp. 115–125). Santiago: Mediterráneo.
- Anselmi, L., Fleitlich-Bilyk, B., Menezes, A. M., Araújo, C. L. y Rohde, L. A. (2010). Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-years-old. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(1), 135–142.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J. y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386–395.
- Brown, P. (2012). *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, Universidad de Chile, Santiago.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 1–7.
- Cicchetti, D. y Toth, S. L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of discipline. *Journal of Child Psychopathology and Psychiatry*, 50(1-2), 16–25.
- Coghill, D. y Sonuga-Barke, E. J. S. (2012). Annual research review: categories versus dimensions in the classification and conceptualization of child and adolescent mental disorders – implications of recent empirical study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(5), 469–489.



- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D. A. y Epstein, J. N. (1998). Revision and restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): factor structure, reliability, and criterion Validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(4), 279–291.
- De la Barra, F. (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: estudios de prevalencia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 47(4), 303–314.
- Di Riso, D., Salcuni, S., Chessa, D., Raudino, A., Lis, A. y Altoè, G. (2010). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Early evidence of its reliability and validity in a community sample of Italian children. *Personality and Individual Differences*, 49, 570–575.
- Dickey, W. C. y Blumberg, S. J. (2004). Revisiting the factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire: United States, 2001. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(9), 1159–1167.
- Essau, C. A., Olaya, B., Anastassiou-Hadjicharalambous, X., Pauli, G., Gilvarry, C., Bray, D. et al. (2012). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire from five European countries. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 232–245.
- Ferrando, P. J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18–33.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2011). *Estado mundial de la infancia: La adolescencia. Una época de oportunidades*. Extraído 12 julio de 2013 desde [http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report\\_SP\\_02092011.pdf](http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf)
- Fontes, S., García-Gallego, C., Quintanilla, L., Rodríguez, R., Rubio, P. y Sarriá, E. (2001). *Fundamentos de investigación en psicología*. Madrid: UNED.
- Garber, J. (1984). Classification of childhood psychopathology: a developmental perspective. *Child Development*, 55(1), 30–48.
- García, R. (2012). Salud mental en el niño y el adolescente. En C. Almonte y M. E. Montt (Eds.). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (pp. 161–168). Santiago: Mediterraneo.

- George, M., Siraqyan, X., Mores, R., De la Barra, F., Rodríguez, J., López, C. y Toledo, V. (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 se Salud Mental en escolares. *Revista de Psicología*, 13(2), 9–20.
- Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V. y Tountas, Y. (2009). The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry*, 8(20), 1–7.
- Gómez-Beneyto, M., Nolasco, A., Moncho, J., Pereyra-Zamora, P., Tamayo-Fonseca, N., Munarriz et al. (2013). Psychometric behaviour of the Strengths and difficulties Questionnaire (SDQ) in the Spanish national health survey 2006. *BMC Psychiatry*, 13(95), 1–10.
- Goodman, A., Lamping, D. L., Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader internalizing and externalizing subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1179–1191.
- 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(8), 1483–1494.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Reseach Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatry Caseness and Consequent Burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4(5), 791–799.
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(11), 1337 – 1345.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. y Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534 – 539.

- Goodman, R., Meltzer, H. y Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125–130.
- Goodman, R., Renfrew, D. y 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.
- Hawes, D. J. y Dadds, M. R. (2004). Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Australian and New Zealand of Psychiatry*, 38, 644–651.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. y Black, W. C. (2010). *Análisis multivariante*. Madrid, España: Pearson Prentice Hall.
- He, J., Burstein, M., Schmitz, A. y Merikangas, K. R. (2013). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): the factor structure and scale validation in U.S. adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 583–595.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S. Kaschmitz, W., et al. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behaviour Checklist. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 271–276.
- Koskelainen, M., Sourander, A. y Kaljonen, A. (2000). The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 277–284.
- Lai, K. Y. C., Luk, E. S. L., Leung, P. W. L., Wong, A. S. Y., Law, L. y Ho, K. (2010). Validation of the Chinese version of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 1179–1186.
- Malberg, M., Rydell, A. y Smedje, H. (2003). Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-swe). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 357–363.
- Mata, D., Suárez, Á., Torres, C., Carro, A. y Ortega, E. (2009). Uso del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) como instrumento de cribado de trastornos

- psiquiátricos en la consulta de pediatría de Atención Primaria. *Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 49, 259–262.
- Maughan, B. y Rutter, M. (2008). Development and Psychopathology: A life Course Perspective. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. S. Stevenson, E. A. Taylor y A. Thapar (Eds.). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5ª ed.) (pp. 160–181). Massachusetts, USA: Blackwell Publishing.
- McCrary, C. y Layte, R. (2012). Testing competing models of the Strengths and Difficulties Questionnaire's (SDQ's) factor structure for the parent-informant instrument. *Personality and Individual Differences*, 52, 882–887.
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2001). *Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperado el 06 de febrero de 2013 de [http://www.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_proteccion/g\\_salud\\_mental/saludinmigrantespresentacion.html](http://www.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_salud_mental/saludinmigrantespresentacion.html).
- Montenegro, H. (2000). Salud mental infantil. En H. Montenegro y H. Guajardo (Eds.). *Psiquiatría del niño y del adolescente* (2ª ed.) (pp. 33–49). Santiago, Chile: Mediterraneo.
- Muris, P., Meesters, C., Eijkelenboom, A. y Vincken, M. (2004). The self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: its psychometric properties in 8- to 13-year-old non-clinical children. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 437–448.
- Muris, P., Meesters, C. y Van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire. 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., Skovgaard, A. M., Andersen, A.-M. N., Somhovd, M. J. y Ober, C. (2013). A confirmatory approach to examining the factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a large scale cohort study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 355–365.
- Niclasen, J., Teasdale, J. W., Andersen, A.-M. N., Skovgaard, A. M., Elberling, H. y Obel, C. (2012). Psychometric Properties of the Danish Strengths and Difficulties Questionnaire: The SDQ Assesed for more tan 70.000 raters in Four Different Cohorts. *PLoS ONE*, 7(2), e32025.

- Oland, A. A. y Shaw, D. S. (2005). Pure versus co-occurring externalizing and internalizing symptoms in children: the potential role of socio-developmental milestones. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(4), 247–270.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2005). *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Extraído el 13 de febrero de 2013 de [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Childado\\_mh\\_module.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf).
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (octubre, 2011). *Salud mental: un estado de bienestar*. Extraído el 11 de febrero de 2013 desde: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html).
- Palmieri, P. A. y Smith, G. C. (2007). Examining the structural validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a U.S. sample of custodial grandmothers. *Psychological Assessment*, 19(2), 189–198.
- Pardo, A. y San Martín, R. (2010). *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Prieto, G. y Delgado, A. R. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 67–74.
- Richter, J., Sagatun, Á., Heyerdahl, S., Oppedal, B. y Roysamb, E. (2011). The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) – Self-Report. An Analysis of its structure in a multiethnic urban adolescent sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(9), 1002–1011.
- Rodríguez-Hernández, P. J., Betancort, M., Ramírez-Santana, G. M., García, R., Sanz-Álvarez, E. J., y De las Cuevas-Castresana, C. (2012). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 262–279.
- Rothenberger, A., Becker, A., Erhart, M., Wille, N. y Ravens-Sieberer, U. R. (2008). Psychometric properties of the parent Strengths and Difficulties Questionnaire in the general population of German children and adolescents: results of BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 99–105.
- Ruchkin, V., Koposov, R. y Schwab-Stone, M. (2007). The Strength and Difficulties Questionnaire: scale validation with Russian adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 861–869.

- Ruchkin, V., Koposov, R., Vermeiren, R. y Shwab-Stone, M. (2012). The Strengths and Difficulties Questionnaire: Russian validation of the teacher version and comparison of teacher and student reports. *Journal of Adolescent*, 35, 87–96.
- Rutter, M. (2005). Multiple meanings of a developmental perspective on psychopathology. *European journal of developmental psychology*, 2(3), 221–252.
- Rutter, M. (2011). Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 647–660.
- Rutter, M. y Stevenson, J. (2008). Developments in Child and Adolescent Psychiatry Over the Last 50 years. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. S. Stevenson, E. A. Taylor y A. Thapar (Eds.). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5ª ed.) (pp. 3–17). Massachusetts, USA: Blackwell Publishing.
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A. y King, J. (2006). Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *The Journal of Educational Research*, 99(6), 323–337.
- Sepúlveda, M. G. y Capella, C. (2012). Desarrollo psicológico del escolar y sus trastornos: lo evolutivo y lo psicopatológico. En C. Almonte, y M. E. Montt (Eds.). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (2ª ed.) (pp. 33–48). Santiago: Mediterráneo.
- Shevlin, M., Murphy, S., McElearney, A., O’Kane, D., Tracey, A. y Adamson, G. (2012). Confirmatory factor analysis of the adolescent self- and informant rating of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *The Irish Journal of Psychology*, 37–41.
- Smedje, H., Broman, J., Hetta, J. y von Knorring, A. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the “Strengths and Difficulties Questionnaire”. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 63–70.
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C. M. E., Vermulst, A. A. y Janssens, J. M. A. M. (2010). Psychometric Properties of the Parent and Teacher Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 254–274.
- Van Roy, B., Veenstra, M. y 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(2), 1304–1312.

- Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D. A. y Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 281–289.
- Verhust, F. C. y Van der Ende, J. (2008). Using Rating Scales in a Clinical Context. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. S. Stevenson, E. A. Taylor y A. Thapar (Eds.). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5ª ed.) (pp. 289–300). Massachusetts, USA: 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, 1099–1109.
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, Kohn, R., Pihan, R., Valdivia et al. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1026–1035.

## **ANEXOS**



## Anexo I: Modelo de carta de presentación y solicitud de colaboración a establecimientos educacionales.



**Departamento de Psicología**  
**FACSO**  
Universidad de Chile

Santiago, 2013

Estimado/a Director/a:

Junto con saludarle cordialmente, nos dirigimos a ud. con la intención de solicitar la colaboración del establecimiento educacional que dirige en la realización del estudio *"Propiedades Psicométricas de la versión de informantes del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) en una muestra de profesores de niños y niñas escolares de la Región Metropolitana de Chile"*.

Esta investigación está actualmente siendo realizada por el Licenciado en Psicología Mauricio Rivera Gutiérrez, del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, junto al docente Andrés Antivilo Bruna y otros miembros de un equipo de investigadores pertenecientes a la misma institución. El objetivo principal del estudio es generar evidencia empírica sobre la validez y confiabilidad del uso del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ), un instrumento o test que permite detectar tempranamente problemas psicológicos en niños, niñas y adolescentes.

El cuestionario consiste en una serie de 25 afirmaciones relacionadas con la conducta de los estudiantes, que deben ser contestadas por sus profesores y profesoras jefes. Para lograr el objetivo de esta investigación se requerirá trabajar con un total aproximado de 400 niños y niñas de 1° a 6to básico, pertenecientes a establecimientos educacionales urbanos de las distintas comunas de la Región Metropolitana. Es en este punto en el que requerimos su ayuda, en el sentido permitir reunirnos con los profesores jefes de este establecimiento.

El tipo de colaboración que necesitamos consiste, concretamente, en solicitar a los profesores jefes de 1° a 6° básico la realización de las siguientes actividades:

- Envío de consentimientos informados (autorizaciones) a padres, madres y apoderados vía libreta de comunicaciones u otro medio establecido por el colegio.
- Recepción y almacenamiento de consentimientos informados una vez devueltos por los apoderados.
- Asistir a una sesión de aproximadamente 45 minutos en la que los profesores deben contestar los cuestionarios sobre 5 niños elegidos al azar, pertenecientes a su curso de jefatura.

En el caso de mostrar interés en participar, nos gustaría programar una reunión en el establecimiento en la que participen tanto directivos como profesores jefes de los niveles correspondientes, con el objetivo de presentar la investigación personalmente, responder todas las dudas e inquietudes que pueda surgir y coordinar los pasos a seguir en el desarrollo de la investigación.

Queremos mencionar que como equipo de investigación estamos dispuestos a adaptarnos a la disponibilidad, tiempos y exigencias de cada establecimiento, con el objetivo de no interrumpir el desarrollo de sus actividades normales.

Para mayor información acerca de esta investigación, los invitamos contactar al profesor Andrés Antivilo a su correo institucional [fantivil@uchile.cl](mailto:fantivil@uchile.cl) o al teléfono (+562) 29787798

Esperando una acogida favorable, se despiden atentamente,

**Mauricio Rivera Gutiérrez**  
Licenciado en Psicología  
Universidad de Chile  
Móvil (+569) 94996146  
[m.riveragz@gmail.com](mailto:m.riveragz@gmail.com)

**Andrés Antivilo Bruna**  
Académico Dpto. de Psicología  
Universidad de Chile  
Fijo (+562) 29787798  
[fantivil@uchile.cl](mailto:fantivil@uchile.cl)

## Anexo II: Modelo carta de consentimiento informado para padres y asentimiento para niños(as)



**Departamento de Psicología**  
**FACSO**  
Universidad de Chile

Santiago, 2013

Estimada/o madre, padre o apoderado

Junto con saludarle afectuosamente, nos dirigimos a ud. con la intención de solicitar su colaboración en la realización del estudio "*Propiedades psicométricas de la versión de informantes del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) en una muestra de profesores de niños y niñas escolares de la Región Metropolitana de Chile*". Actualmente, contamos con el consentimiento del colegio al que asiste su hijo(as) o representado(as) que nos ha facilitado el contacto con apoderados de 1° a 6° básico.

Esta investigación está siendo realizada por el Licenciado en Psicología Mauricio Rivera Gutiérrez, del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, junto al docente Andrés Antivilo Bruna y otros miembros de un equipo de investigadores pertenecientes a la misma institución. El objetivo principal del estudio es generar evidencia empírica sobre la validez y confiabilidad del uso del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ), un instrumento o test que permite detectar tempranamente problemas psicológicos en niños, niñas y adolescentes. Éste consiste en 25 afirmaciones acerca de la conducta del niño/a que los profesores deben evaluar en función de sus observaciones en el contexto escolar.

Para lograr este objetivo, necesitamos realizar una breve reunión con profesores/as jefes de 1° y 6° básico, en la que contestarán el cuestionario de acuerdo a la conducta de su hijo/a o representado/a en la escuela. En este punto, necesitamos contar con su autorización para que su hijo/a o representado/a sea considerado/a entre los posibles participantes del estudio. En este documento, encontrará dos cartas de consentimiento que tanto ud. como su hijo/a o representado/a deben firmar para formalizar su autorización. Le pedimos que antes de firmar lea esta carta en su totalidad y, en caso de existir dudas, lo invitamos a contactarnos en los correos y números telefónicos disponibles al final de este documento.

Actualmente, estamos enviando este documento a todos los apoderados de 1° a 6° básico. Una vez recopiladas las autorizaciones de quienes decidan colaborar, se seleccionará al azar a 5 estudiantes por curso. Es importante recalcar que los profesores jefes sólo responderán los cuestionarios en relación a los niños/as que sean elegidos en este proceso y no entregarán información acerca de aquellos/as que no sean seleccionados/as. El equipo investigador se encargará de comunicar a cada apoderado si su hijo/a o representado/a fue o no seleccionado.

Enfatizamos que los datos utilizados en esta investigación son confidenciales y la información será manejada bajo completo anonimato. También, recalamos que la colaboración con esta investigación es absolutamente voluntaria y la decisión de no participar no tiene ningún tipo de consecuencia para sus hijos en el colegio. Asimismo, si ud. entrega su consentimiento, pero por algún motivo desiste en el transcurso de la investigación, puede retirar los datos de su hijo/a o representado/a en cualquier momento avisando al investigador responsable.

Concluimos esta carta comentándole que, de entregar su consentimiento, su participación contribuirá al desarrollo en Chile de una herramienta que es de vital importancia para que niños y niñas que presentan problemas psicológicos puedan recibir tratamiento oportuno y así evitar su empeoramiento o el desarrollo de trastornos mentales posteriores.

Esperando una buena acogida, se despiden atentamente,

**Mauricio Rivera Gutiérrez**  
Licenciado en Psicología  
Universidad de Chile  
Móvil (+569) 94996146  
[m.riveragz@gmail.com](mailto:m.riveragz@gmail.com)

**Andrés Antivilo Bruna**  
Académico Dpto. de Psicología  
Universidad de Chile  
Fijo (+562) 29787798  
[fantivil@uchile.cl](mailto:fantivil@uchile.cl)

### Anexo III: Formulario de consentimiento padre, madre y/o apoderado



**Departamento de Psicología**

**FACSO**

Universidad de Chile

---

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRE, MADRE Y/O APODERADO

Yo, \_\_\_\_\_, madre, padre o apoderado de \_\_\_\_\_, quien ha sido invitado a participar del estudio "*Propiedades psicométricas de la versión de informantes del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) en una muestra de profesores de niños y niñas escolares de la Región Metropolitana de Chile*", actualmente desarrollado por Mauricio Rivera Gutiérrez y Andrés Antivilo Bruna, he leído y comprendido la información contenida en este documento y mis dudas, de presentarlas, han sido aclaradas.

Declaro que estoy de acuerdo con que el profesor jefe de mi hijo/a o representado/a conteste el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) de acuerdo a su comportamiento en la escuela y acepto voluntariamente permitir que el o ella participe de esta investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma  
Apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma Investigador  
Responsable

Santiago, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

## Anexo IV: Formulario de asentimiento para niños(as).



**Departamento de Psicología**

**FACSO**

Universidad de Chile

### CARTA DE ASENTIMIENTO NIÑOS

Yo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años, he sido invitado a participar en un estudio desarrollado por un grupo de investigación de la Universidad de Chile.

Me han señalado que esta investigación se trata del uso de un cuestionario (el Cuestionario de Capacidades y Dificultades, SDQ) que sirve para detectar problemas psicológicos en niños de 1° a 6° básico.

Me aclararon que mi participación en esta investigación es voluntaria y consiste en autorizar que mi profesor o profesora jefe responda un cuestionario acerca de mi comportamiento en la escuela.

También me explicaron que todo lo que diga mi profesor sobre mi conducta será totalmente confidencial, que sólo el equipo investigador tendrá acceso a la información que él entregue y que esta se utilizará sólo con fines investigativos.

Sé que me puedo negar a participar y que puedo retirar mis datos en cualquier momento

Conociendo esta información, acepto participar.

\_\_\_\_\_  
Firma participante o padre/madre  
en su representación

\_\_\_\_\_  
Firma Investigador  
Responsable

Santiago, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

## Anexo V: Cuestionario de información general

### CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN GENERAL

A continuación, se solicitan algunos datos respecto de su hijo/a o representado/a y el establecimiento educacional al que asiste, con el propósito de caracterizar a los participantes. De preferencia esta información debe ser entregada por la madre, el padre o el apoderado del menor. Todos los datos solicitados serán utilizados de manera confidencial. El nombre de su hijo/a o representado/a sólo se solicita para ligar la información de este cuestionario a la respuestas del profesor jefe. Una vez terminado el análisis se eliminará toda información que permita la identificación de un/a niño/a en particular.

#### Antecedentes del Niño

Nombre Completo :

Sexo :  Hombre  Mujer

Edad (años cumplidos) :

Nacionalidad :

#### Antecedentes del Establecimiento Educacional

Nombre Establecimiento :

Dependencia Administrativa :  Municipal  P. Subvencionado  P. Pagado

Curso del niño :

Nombre Profesor Jefe :

#### Asistencia a Servicios de Salud Mental

El niño o niña, ¿se encuentra consultado actualmente con algún profesional de la salud mental? (Psicólogo/a, Psiquiatra o Neurólogo/a).

SI  NO

En el caso de marcar SI, por favor indicar a qué profesional corresponde y la razón de su consulta (Ejemplo: Psiquiatra – Déficit Atencional).

Tipo de Profesional :

Razón o Motivo de Consulta :

Correo electrónico de contacto \_\_\_\_\_

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**

## Anexo VI: Versión de informantes del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (traducción Río de la Plata)

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

**Muchas gracias por su ayuda**

© Robert Goodman

## Anexo VII: Puntuación del Cuestionario de Capacidades y Dificultades

En este documento se presenta la puntuación de los ítems agrupados en 3 subescalas (Problemas Externalizantes, Problemas Internalizantes y Conducta Prosocial) derivadas del Análisis Factorial Exploratorio realizado en esta investigación. Cada escala se calcula sumando el puntaje obtenido en sus respectivos ítems. La escala Total Dificultades se obtiene sumando el puntaje de Problemas Externalizantes y Problemas Internalizantes.

Los 25 ítems del SDQ pueden puntuarse como 'No es cierto', 'Un tanto cierto' y 'Absolutamente cierto'. La opción 'Un tanto cierto' se puntúa siempre como 1, pero las puntuaciones de 'No es cierto' y 'Absolutamente cierto' varían según cada ítem, tal como se muestra a continuación:

<b>Problemas Externalizantes</b>	No es Cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o náuseas	0	1	2
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	0	1	2
Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	0	1	2
Es nervioso/a o dependiente ante situaciones nuevas, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	0	1	2
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	0	1	2
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	0	1	2
Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	2	1	0
Por lo general cae bien a los otros niños/as	2	1	0
Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella	0	1	2
Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	0	1	2
<b>Problemas Internalizantes</b>	No es Cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	0	1	2
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	0	1	2
Por lo general es obediente suele hacer lo que le piden los adultos	2	1	0
Está continuamente moviéndose y es revoltoso	0	1	2
Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	0	1	2
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	0	1	2
A menudo miente o engaña	0	1	2
Piensa las cosas antes de hacerlas	2	1	0
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	2	1	0
Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	0	1	2
<b>Conducta Prosocial</b>	No es Cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	0	1	2
Comparte frecuentemente con otros niños/as galletitas, juegos, lápices, etc.	0	1	2
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	0	1	2
Trata bien a los niños/as más pequeños/as	0	1	2
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	0	1	2

## Anexo VIII: Carta de autorización Jefatura de la carrera de Psicología, Universidad de Chile.



**Ψ**  
**Departamento de Psicología**

CARRERA DE PSICOLOGIA

Santiago, 11 de Abril de 2012

Señora  
Paula Vergara Henríquez  
Jefa de Carrera  
Presente

Por la presente queremos solicitar su autorización para llevar a cabo la investigación "*Propiedades Psicométricas de la versión de informantes del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) en una muestra de profesores de niños y niñas escolares de la Región Metropolitana de Chile*", desarrollada por el Licenciado en Psicología Mauricio Rivera Gutiérrez, cuyo profesor patrocinante es Andrés Antivilo Bruna.

Dicha investigación se enmarca dentro de la fase de actividades terminales del Licenciado Mauricio Rivera y tiene por objetivo aportar evidencias de confiabilidad y validez en el uso del SDQ cuando éste se administra en profesores de niños y niñas de 1º a 6º básico. Actualmente esta investigación se encuentra en fase de recolección de datos, para lo cual es necesario establecer contacto con distintos establecimientos educacionales de la Región Metropolitana con el fin de que sus directores y directoras entreguen su autorización para aplicar este cuestionario a profesores jefe de los niveles correspondientes.

Por lo tanto, estaremos agradecidos de autorizar la continuación del estudio, pues el contacto con establecimientos educacionales es crucial para la adecuada ejecución del presente estudio.


Sin otro particular, se despiden atentamente,



  
**Dr. Andrés Antivilo Bruna**  
Académico Patrocinante

**Dr. ©Pablo Cabrera Pérez**  
Coordinador de Memorias de  
Titulación



  
**Mauricio Rivera Gutiérrez**  
Licenciado en Psicología

Avenida Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045 \*Ñuñoa \*Código Postal 685 033 1 \*Santiago \*Chile  
Fono: 9787816 \*Fax: 9787819 \*email: scpsicologia@facso.cl\* Casilla 10.115 Correo Central  
[www.facso.uchile.cl/psicologia](http://www.facso.uchile.cl/psicologia)