

Propiedades psicométricas de la versión para padres del *Strengths and Difficulties Questionnaire* Psychometric properties of the parent version of Strengths and Difficulties Questionnaire

Paulina Brown^a, Claudia Capella^b y Andrés Antivilo^b

^aSantiago, Chile ^bUniversidad de Chile, Santiago, Chile

Resumen

En el presente estudio se evaluaron las propiedades psicométricas de la versión para padres del *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) en una muestra de 798 figuras parentales de niños y niñas de 4 a 11 años, de la Región Metropolitana de Chile. El SDQ (Goodman, 1994) es un cuestionario compuesto por 25 ítems que evalúa dificultades emocionales y conductuales en niños y adolescentes. Los resultados muestran adecuados niveles de fiabilidad para la escala total, aunque un nivel insatisfactorio para las subescalas. En relación a las evidencias de validez de estructura, ninguna de las soluciones contrastadas responde satisfactoriamente al modelo formulado originalmente por Goodman ni a las propuestas posteriores. Adicionalmente se exploraron diferencias en función de las variables de estratificación, observándose que varones en edad escolar, matriculados en establecimientos municipales y que reciben atención por un profesional de la salud mental, presentan mayores dificultades psicológicas.

Palabras clave: *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), *screening*, psicopatología infantil, validez, fiabilidad.

Abstract

The present study assessed the psychometric properties of the parent version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a sample of 798 caregivers of children, 4 to 11 years old, from the Metropolitan Region of Chile. The SDQ (Goodman, 1994) is a 25-items questionnaire that assesses emotional and behavioral problems in children and adolescents. The results indicated a level of reliability suitable for the total scale, but an unsatisfactory level for the subscales. Regarding the internal structure validity, none of the solutions explored successfully reproduce the original structure proposed by Goodman neither other later proposals. Additionally, differences in terms of the stratification variables were explored, finding that school-aged boys who attend public schools and receive attention from a mental health professional had more psychological difficulties.

Keywords: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), screening, child psychopathology, validity, reliability.

Los autores agradecen la colaboración de los/las psicólogos/as Rosa Herrera, Cristian Yáñez, Alberto López y Jennifer Jarvis, quienes lideran la investigación “Parámetros normativos del Test de Apercepción Infantil (CAT-A): percepciones habituales e historias clichés de niños chilenos de 4 a 11 años”, proyecto que facilitó el acceso a la muestra. También se agradece el apoyo de los estudiantes Omar Bastías y Daniela Jaime, por su contribución en los análisis de datos, y a las instituciones educativas y padres que participaron en el presente estudio.

Contacto: A. Antivilo. Departamento de Psicología. Universidad de Chile. Avenida Ignacio Carrera Pinto 1045, Santiago, Chile. fantivil@uchile.cl.

Cómo citar este artículo:

Brown, P., Capella, C. y Antivilo, A. (2014). Propiedades psicométricas de la versión para padres del *Strengths and Difficulties Questionnaire*. *Revista de Psicología*, 23(2), 28-44. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2014.36146>

Introducción

Una de las tareas propias de la psicología y psiquiatría infantil es el desarrollar procesos de evaluación para determinar la presencia de psicopatología –entendida como una desviación del curso normal del desarrollo (Cicchetti y Toth, 2009; Sepúlveda y Capella, 2012)– con el fin de planificar intervenciones pertinentes. Durante los últimos años, investigaciones epidemiológicas a nivel internacional han mostrado una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003; De La Barra, 2009a), situación que no es ajena a Chile. De hecho, Vicente y su equipo (Vicente, De La Barra et al., 2012; Vicente, Saldívar et al., 2012), determinaron una prevalencia de un 25.4% de trastornos psiquiátricos en la población infanto-juvenil que vive en Santiago, junto con una alta brecha asistencial para estos casos a nivel nacional, que supera el 60%.

Por otro lado, se ha observado que niños¹ con dificultades en su desarrollo psicológico, aun cuando actualmente no presenten un trastorno, pueden ser vulnerables a desarrollarlo en un futuro (Cicchetti et al., 1990; De La Barra, Toledo y Rodríguez, 2002). Asimismo, los estudios han mostrado una alta continuidad de los trastornos en la infancia, presentando los niños con antecedentes de trastornos psiquiátricos más propensión a tener un diagnóstico posterior, ya sea en la infancia, adolescencia o adultez (Costello et al., 2003; De la Barra, 2009b).

En este contexto, a nivel internacional se ha observado un incremento en el reconocimiento y uso de instrumentos de tamizaje o *screening* (Elander y Rutter, 1995). Estos instrumentos, por un lado, pueden ser útiles para complementar la evaluación de psicopatología en la práctica clínica, –que debe incorporar diferentes métodos (como entrevistas, test psicológicos y observación, entre otros) así como diversas fuentes de información (tales como los padres, niños y profesores) y considerar aspectos contextuales, impacto en la vida diaria, etcétera–, aportando

las escalas de medición en la organización de la información respecto de los problemas y recursos del niño de manera costo-efectiva. Por otro lado, los instrumentos de tamizaje facilitan la detección temprana de dificultades en el desarrollo psicológico en población general, contribuyendo en la identificación de niños o adolescentes que tienen o pueden desarrollar a futuro problemas de salud mental (Rutter y Taylor, 2008; Verhulst y Van der Ende, 2008).

En Chile hay un limitado número de instrumentos validados para la evaluación general de dificultades emocionales y conductuales en niños y adolescentes, que puedan constituirse en instrumentos de tamizaje de psicopatología infanto-juvenil. De hecho, al realizar una revisión, solo se encuentran los siguientes: (a) el *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach, 1978), adaptado y validado por Montenegro, Bralic, Edwards, Izquierdo y Maltes (1983); (b) el *Teacher Observation of Classroom Adaptation Revised* (TOCA-R) (Werthamer-Larsson, Kellam y Wheeler, 1991), adaptado, validado y readecuado por George et al. (1995, 2004); (c) el *Pediatric Symptom Checklist* (PSC) (Jellinek et al., 1988), adaptado y validado por George et al. (1995) y (d) el *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory* (MACI) (Millon, 1993), validado por Vinet y Fornis (2008). Estos instrumentos presentan la dificultad que son extensos, lo que trae como posible consecuencia un mayor costo en la aplicación y menor aceptabilidad de los informantes.

Los instrumentos de tamizaje usualmente son diseñados para dimensionar y describir conductas “normales” y problemáticas en los individuos, determinando conductas que se desvíen de la norma para la edad y género (Verhulst y Van der Ende, 2008), es decir, que puedan constituir ciertos síntomas, considerados como una expresión de psicopatología (Sepúlveda, 2012). Rotenberg y Woerner (2004) mencionan que en el contexto del diagnóstico clínico, para establecer un perfil psicopatológico completo, se requiere cubrir un área amplia de los diferentes aspectos conductuales, así como incluir las conductas positivas y los recursos del niño.

Un cuestionario de tamizaje de psicopatología en niños y adolescentes que además de cumplir con estos requerimientos, es breve y proporcio-

¹ Al mencionar la palabra niños, estará referida a niños y niñas, a no ser que se explicita que se refiere solo al sexo masculino.

na una base para guiar la posterior aplicación de otros instrumentos específicos es el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, 1994), cuyas principales propiedades psicométricas han sido evaluadas en distintos países (Rothenberger y Woerner, 2004), convirtiéndose en uno de los instrumentos de medición más utilizados en el campo de la salud mental a nivel internacional.

Características y antecedentes del SDQ

El SDQ fue desarrollado por Robert Goodman en Inglaterra (1994, 1997, 1999), basándose en los principales síntomas de DSM IV (sigla con que comúnmente se conoce el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”) (American Psychiatric Association, 1994) y utilizando el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para establecer su estructura definitiva. Proporciona un registro de las conductas, emociones y relaciones de los niños y adolescentes, y está constituido por una serie de indicadores que representan fortalezas y dificultades, los cuales se encuentran clasificados en cinco escalas: problemas conductuales, síntomas emocionales, hiperactividad, problemas con pares y conducta prosocial (para detalle de los ítems que componen cada dimensión, ver tabla 1). Cabe destacar que cada escala está compuesta por cinco reactivos y la escala denominada conducta prosocial está constituida exclusivamente por ítems centrados en las fortalezas (Goodman, 1999).

En cuanto al tipo de aplicación, es un cuestionario autoadministrado, que posee tres versiones; se utiliza la misma versión para padres y profesores de niños y adolescentes, entre 4 y 16 años, y una similar para autorreporte en adolescentes de 11 a 16 años. El tiempo que tarda el examinado en responder el cuestionario es de 5 minutos aproximadamente. Cada ítem es puntuado con 0, 1 o 2, según una escala Likert, en tres categorías de respuesta: *no es cierto, es cierto, absolutamente cierto*, a excepción de los ítems que refieren fortalezas que se puntúan de manera inversa (0: *absolutamente cierto* y 2: *no es cierto*).

Los puntajes de las escalas problemas conductuales, síntomas emocionales, hiperactividad

–inatención y problemas con pares– se suman, para generar un puntaje total de dificultades que puede ir de 0 a 40 puntos. Goodman (1997) plantea que no es conveniente restar el puntaje de conducta prosocial al puntaje total de dificultades, porque la ausencia de este tipo de conductas se conceptualiza diferente a la presencia de dificultades psicológicas.

En la versión original del SDQ cada una de las escalas, incluyendo la total de dificultades, posee puntajes de corte que permiten establecer tres categorías: (a) normal, es decir, ausencia de psicopatología; (b) límite, donde no es posible con el instrumento pesquisar la presencia o ausencia de psicopatología, sugiriéndose una evaluación posterior que permita determinarlo de mejor manera; y (c) anormal, que implica presencia de psicopatología (Goodman, 2010).

Respecto a la estimación de las propiedades psicométricas del SDQ, estas se han evaluado desde 1997, obteniéndose evidencias de validez y fiabilidad en Gran Bretaña, Italia, Finlandia, Australia, Alemania y España, entre otros países. Dichas investigaciones difieren en las versiones que se administraron (padre, profesor y /o autorreporte), en las edades de los niños o adolescentes, en el tamaño y tipo de muestra seleccionado, en el tipo de análisis que utilizan y en la cantidad de factores que proponen en el análisis de la estructura interna. Esto queda demostrado en la revisión de los estudios SDQ que realizan Stone, Otten, Engels, Vermulst y Janssens (2010).

En relación a las evidencias de fiabilidad, en la mayoría de los estudios (ver tabla 2) se observa que los índices de consistencia interna resultan adecuados para la escala total de dificultades. No obstante, al analizar la fiabilidad de cada escala, se encuentran resultados que oscilan entre adecuados e insatisfactorios (coeficientes de fiabilidad menores a .70). Por otra parte, y en relación a las evidencias de validez de constructo (estructura) del test, en la mayoría de las investigaciones se confirma el modelo de cinco factores propuesto por Goodman (ver tabla 2).

Tabla 1
Escala e ítems del SDQ versión padres y profesores

Escala	Nº ítem	Ítems que conforman la escala
Hiperactividad-Inatención	2	Es inquieto/a, hiperactivo/a no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo.
	10	Está continuamente moviéndose y es revoltoso.
	15	Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse.
	21	Piensa las cosas antes de hacerlas.
	25	Termina lo que empieza, tiene buena concentración.
Problemas conductuales	5	Frecuentemente tiene rabietas o mal genio.
	7	Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos.
	12	Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/as.
	18	A menudo miente o engaña.
	22	Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios.
Problemas emocionales	3	Se queja con frecuencia de dolores de cabeza, de estómago o de náuseas.
	8	Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a.
	13	Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso.
	16	Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones pierde la confianza en sí mismo/a.
	24	Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente.
Problemas con pares	6	Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a.
	11	Tiene por lo menos un buen amigo/a.
	14	Por lo general cae bien a los otros niños/as.
	19	Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella.
	23	Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as.
Conducta prosocial	1	Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas.
	4	Comparte frecuentemente con otros niños/as galletitas, juguetes, lápices, etc.
	9	Ofrece ayuda cuando alguien se encuentra herido, disgustado o enfermo.
	17	Trata bien a los niños/as más pequeños/as.
	20	A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños).

Tabla 2
Resultados estudios SDQ

Estudio	Población	Edad	Fiabilidad (α de Cronbach)						Tipo AF	Validez N° de factores
			SE	PC	HI	PP	CP	TD		
Becker, Woerner, Hasselhorn, Banaschewski y Rothenberger (2004)	Padres Profesores	5-17	.72	.73	.81	.76	.74	.83	AFC y AFE	5
Goodman (2001)	Padres Profesores Adolescentes	5-15	.67	.63	.77	.57	.65	.82	AFE	5
Hawes y Dadds (2004)	Padres	4-9	.66	.66	.80	.59	.70	.82	AFE	5
Muris, Meesters y Van den Berg (2003)	Padres Adolescentes	9-15	.70	.55	.78	.66	.68	.80	AFE	5
Niclasen et al. (2012)	Padres Profesores	5-12	-	.44- .73	.73- .86	-	-	.75- .88	AFE	5
Mansbach-Kleinfeld, Apter, Farbstein, Levine y Ponizovsky (2010)	Madres Adolescentes	14-17	.56	.48	.73	.35	.53	.76	AFC AFE	5
Van Roy, Veenstra y Clench-Aas (2008)	Padres Adolescentes	10-19	.67	.50	.76	.56	.66	.78	AFC	5
Du, Kou y Coghill (2008)	Padres Profesores	3-17	.60	.48	.76	.30	.68	.59	AFE	5
Smedje, Broman, Hetta y Von Knorring (1999)	Padres	6-16	.61	.54	.75	.51	.70	.76	AFE	5 y 6

Nota: Los resultados expuestos solo corresponden a la versión para padres del SDQ. De este modo, se omiten los valores de fiabilidad y resultados factoriales para los estudios desarrollados con las otras dos versiones. SE = Síntomas emocionales; PC = Problemas conductuales; HI = Hiperactividad-Inatención; PP = Problemas con pares; CP = Conducta prosocial; TD = Total de dificultades; AF = Análisis factorial; AFC = Análisis factorial confirmatorio; AFE = Análisis factorial exploratorio; - : Resultado no reportado en el estudio.

En síntesis, la revisión de la literatura permite afirmar que el SDQ posee características que constituyen ventajas al momento de realizar una evaluación de tamizaje, entre las que se cuentan su brevedad, exhaustividad, facilidad de aplicación, cobertura de un amplio rango de edad (4-16 años), la utilización de la misma versión para padres y profesores, y la

inclusión de fortalezas, cualidad que según Goodman (1994) y Smedje et al. (1999) puede aumentar la aceptabilidad de los informantes y reducir el “efecto halo”.

Considerando estas ventajas, el aumento de evidencia empírica que se ha dado en torno al SDQ durante los últimos años a nivel inter-

nacional y la escasez de instrumentos validados que evalúen distintos aspectos de la psicopatología infanto-juvenil a nivel general en Chile, la presente investigación tiene como finalidad estimar las propiedades psicométricas que presenta la versión para padres del SDQ en Chile. Ello permitirá contar con un instrumento de sencilla aplicación y bajo costo que, además de su utilización en el contexto clínico y en el ámbito de la detección temprana, contribuirá en la realización de investigaciones nacionales en el área de la salud mental infantil.

Método

Participantes

La población a la que se administró el cuestionario está compuesta por las figuras parentales de niños de ambos sexos, entre 4 y 11 años de edad, que al momento de la evaluación se encontraban cursando los niveles pre kínder y kínder de enseñanza prebásica, y desde primer a quinto año de enseñanza básica, en colegios mixtos municipales, particulares subvencionados y particulares pagados, ubicados en la Región Metropolitana de Santiago de Chile.

Para estimar las propiedades psicométricas se seleccionaron, de los 901 cuestionarios aplicados, solamente aquellos que tuvieran la totalidad de los ítems respondidos en las cinco escalas. Así, finalmente se analizaron 798 cuestionarios (88.6% del número original), un tamaño muestral apropiado para implementar procedimientos factoriales en el análisis de los datos (Comray, 1985, citado en Vivanco, 1999; Tabachnick y Fidell, 2001).

Dichos instrumentos fueron respondidos por las madres (82.8%), padres (14.7%) u otro cuidador (2.5%) de los niños. Respecto a la dependencia administrativa de los establecimientos educacionales donde se encontraban matriculados los menores, un 54.3% lo estaba en un colegio particular subvencionado; un 30.4% en un colegio municipal y un 15.3% en un colegio particular pagado.

Tal como se observa en la tabla 3, la distribución de la muestra intenta reproducir la proporción en que se distribuyen las matrículas en Chile. Si bien se observan diferencias en el porcentaje de participantes de establecimientos particular pagado (7.26% a nivel país; 15.29% en el presente estudio), debe considerarse que la eliminación de cuestionarios incompletos afectó levemente la distribución esperada.

Asimismo, un 56.5% de los cuestionarios corresponde a informantes cuyos hijos eran mujeres, el resto eran varones. Se agruparon según dos rangos de edad: preescolares, de 4 a 6 años, que equivalen a un 59.5% de la muestra; y el porcentaje restante, niños entre 7 y 11 años, que fueron clasificados como escolares. Para la definición de esta variable se utilizó el criterio de diferenciación de la etapa preescolar y escolar, de acuerdo a la propuesta de Papalia, Wendkos y Duskin (2004), que integra diferentes autores, y es usualmente utilizada en la clínica infanto-juvenil. No obstante, es necesario mencionar que dicha clasificación la utilizaremos solo con fines metodológicos, debido a que las edades de corte en relación a las etapas del desarrollo son aproximadas y no exactas.

Tabla 3

Comparación entre el número total de matrículas de prekínder a 5° básico a nivel nacional y la muestra según dependencia administrativa

	Total país (2012)			Muestra		
	Municipal	Particular subvencionado	Particular pagado	Municipal	Particular subvencionado	Particular pagado
Total	598446	891233	116558	243	433	122
Porcentaje	37.26	55.49	7.26	30.45	54.26	15.29

Nota: Adaptado de (Leiva, Saavedra y Muñoz, 2012).

Procedimiento

Para evaluar las propiedades psicométricas del SDQ en Chile se presentó el proyecto al Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile, el cual lo aprobó sin mayores observaciones. Luego, vía correo electrónico, se solicitó la autorización al autor del instrumento para llevar a cabo la evaluación de sus propiedades psicométricas en población chilena. Si bien accedió a facilitar el cuestionario con este fin, agregó que no esperaba tener una nueva versión en español; es decir, no deseaba el desarrollo de una versión que pudiese modificar el contenido o número de ítems de las ya existentes, razón por la cual se utilizó la versión adaptada en Argentina. Cabe destacar que se optó por dicha versión debido a que, ya encontrándose traducida al español, las palabras que se utilizan en la redacción de los ítems se aproximan al lenguaje utilizado en el contexto chileno.

Posteriormente se procedió a convocar a los participantes, quienes fueron seleccionados de nueve colegios mixtos; según su dependencia administrativa, corresponden a tres establecimientos municipales, cuatro particulares subvencionados y dos particulares pagados. A cada colegio se enviaron cartas de presentación, y se realizaron entrevistas personales con los directores, coordinadores y/o jefas de la Unidad Técnica Pedagógica (UTP), con el objetivo de informar los propósitos y alcances de la investigación.

Una vez obtenida la autorización de cada colegio y acordados los cursos y fechas en las que se administraría el SDQ, se procedió a hacer llegar una carta de consentimiento informado a los apoderados de los cursos seleccionados, donde se consignaba el compromiso de confidencialidad de la información recogida y la autorización del uso del cuestionario con fines investigativos. Junto a la carta, se adjuntó una encuesta de información general, con la finalidad de obtener datos respecto del niño y de su grupo familiar, que podrían resultar relevantes al momento de la evaluación y/o para realizar los análisis posteriores. Estas variables de estra-

tificación son: el sexo, la edad, establecimiento educacional en el que se encuentra matriculado y su asistencia o no a un profesional de la salud mental. Además se anexaba la versión para padres del SDQ, que en caso de acceder a participar, debía ser completado. De este modo, solo aquellos menores autorizados por sus padres fueron los que se contemplaron en el presente estudio.

Análisis de datos

El análisis se desarrolló en dos etapas. En la primera se estimaron las propiedades psicométricas del SDQ, utilizando los programas estadísticos Mplus 6.11 (Muthén y Muthén, 2006) e IBM SPSS versión 20.0. Para determinar las evidencias de validez basadas en la estructura interna, se ejecutó un análisis factorial exploratorio (AFE) con extracción de factores por el método mínimo cuadrados no ponderados y rotación oblimin.

Se optó por un AFE por sobre un análisis factorial confirmatorio (AFC) por dos motivos: (a) aun cuando Goodman propone una estructura básica de cinco factores para el SDQ y esto ha sido corroborado en algunos estudios, otros (Dickey y Blumberg, 2004; Du et al., 2008; Palmieri y Smith, 2007) han mostrado que dicho modelo no suele presentar un ajuste adecuado, estableciéndose otro tipo de soluciones, en donde los factores obtenidos muestran cierto grado de asociación entre sí (razón por la cual se escogió una rotación oblicua); y (b) el AFC especifica modelos en los cuales cada ítem tiene un peso factorial determinado en un único factor y un peso nulo en el resto (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010), lo que implicaría asumir que cada reactivo es una medida pura del factor, postura que no concuerda con ciertos antecedentes ya informados sobre el SDQ.

Antes de implementar el AFE, se evaluó la adecuación de los datos para su factorización, obteniéndose el test de esfericidad de Bartlett y el estadístico Káiser-Meyer-Olkin (KMO), donde un χ^2 con una probabilidad asociada inferior a .05 y valores de KMO superiores a .80 —respectivamente— dan cuenta de un matriz de correlaciones apropiada (Kaiser, 1970, citado en Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).

Finalmente, se estimaron las evidencias de fiabilidad a través del coeficiente α de Cronbach.

La segunda fase tuvo por objetivo caracterizar los resultados observados en la escala total de dificultades, mediante la obtención de medidas de tendencia central (media y mediana), dispersión (desviación estándar) y forma (coeficiente de asimetría estandarizado). Asimismo, se exploraron las posibles diferencias según el sexo del niño, su etapa del desarrollo y su asistencia o no a un profesional de la salud mental (psicólogo, psiquiatra, neurólogo) a través de la prueba *t* de Student para muestras independientes, y las posibles diferencias según la dependencia administrativa del establecimiento educacional a través del análisis de varianza de un factor. Para todos los procedimientos se utilizó el programa IBM SPSS versión 20.0, seleccionando en las pruebas de hipótesis nivel de significación de .05.

Resultados

Etapa 1: Estimación de las propiedades psicométricas

En primer lugar, se establecieron las evidencias de validez de estructura que mostraba el SDQ. Con dicho fin, y siguiendo las directrices sugeridas por Tabachnick y Fidell (2001) para desarrollar análisis multivariados, se consideraron exclusivamente aquellos cuestionarios contestados íntegramente por las figuras parentales de los niños (“datos completos”).

De este modo, tanto el índice de adecuación muestral ($KMO = .84$) como la prueba de esfericidad de Bartlett, $\chi^2(300) = 4587.83$, $p < .001$, indican que la matriz de correlaciones es apropiada para realizar un AFE. Como ya se informó, a pesar de que la estructura original del SDQ sea de cinco factores relacionados (Goodman, 1994), posteriormente se han propuesto otras soluciones, con mayor o menor número de factores. Consecuentemente, en los AFE ejecutados se exploraron distintas posibilidades que fijaban a priori el número de factores a extraer, evaluándose soluciones de tres a

siete factores relacionados. En la tabla 4 se presenta la manera en que se agruparon los reactivos (con sus respectivas cargas factoriales) cuando se propone un modelo de cinco factores.

Resulta evidente que la solución obtenida se aleja de la propuesta de Goodman, ya que algunos ítems presentan su carga factorial principal en dimensiones que no se espera, a la vez que cuatro reactivos no alcanzan cargas superiores a .30 en ningún factor (“Frecuentemente tiene rabietas o mal genio”; “Trata bien a los niños/as más pequeños/as”; “Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella”; y “Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a”). Asimismo, los ítems con mayores cargas se concentran en el primer y tercer factor, mientras que el último solo presenta dos ítems con cargas superiores a .30. En función de este resultado, fue necesario contrastar nuevas soluciones. De este modo, en la tabla 5 se exponen las soluciones adicionales que se probaron y el porcentaje de varianza total que explican.

Los modelos de cuatro, seis y siete factores fueron desestimados porque —excluidos los ítems que debían eliminarse en cada solución debido a su baja carga factorial— contenían una o más dimensión con menos de tres ítems con pesos factoriales principales, similar a lo observado en la solución de cinco factores (ver tabla 5); mientras que la solución de tres factores no tenía una interpretación teórica congruente con los hallazgos de estudios previos. También se detectó que los ítems “Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios”; “A menudo miente o engaña”; “Piensa las cosas antes de hacerlas”; “Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a”; y “Trata bien a los niños/as más pequeños/as”, presentan bajas cargas factoriales en, prácticamente, todas las soluciones obtenidas. Finalmente, en términos de la estructura de cada escala, fue “problemas de conducta” la que mostró mayores alteraciones en todas las soluciones, excepto en el modelo de siete factores, donde la más afectada resultó ser “problemas con pares”. Por lo tanto, se concluye que ninguna de las soluciones exploradas da cuenta satisfactoriamente del modelo formulado por Goodman ni de los modelos alternativos a él.

Tabla 4
Matriz de configuración del AFE para la solución de cinco factores

Ítems	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Miedos	.61	-.09	-.03	.00	-.09
Infeliz	.61	.01	.03	.04	-.09
Nervioso/a	.58	-.03	-.10	-.01	.00
Dolor de cabeza	.54	-.03	.01	-.02	.01
Preocupaciones	.49	.06	.19	.16	.00
Rabietas	.27	.19	-.21	.03	-.20
Comparte con otros/as	-.09	.86	.05	.09	-.06
Revoltoso	-.10	.81	.05	.02	-.14
Se distrae	.40	.45	-.19	-.12	.13
Se ofrece para ayudar	.00	.06	.62	-.06	.11
Ofrece ayuda a heridos	.10	.12	.52	-.19	.09
Piensa las cosas	.05	.23	-.42	-.09	.01
Obediente	.10	.33	-.38	.06	-.04
Buena concentración	.26	.34	-.36	-.11	.20
Sentimientos de otros	-.04	-.03	.35	-.12	.03
Trata bien	.01	-.01	.27	-.26	.05
Cae bien	-.02	.09	-.11	.65	.14
Es inquieto/a	.05	.02	.18	-.38	.09
Mejor con adultos	.18	.10	.16	.37	-.12
Tiene buen amigo	.06	-.05	-.15	.34	.10
Pelea	.08	.32	.00	.33	-.20
Se burlan de él/ella	.21	.17	.05	.28	-.03
Solitario	.18	-.11	.03	.26	-.11
Roba	.02	.04	-.03	-.07	-.49
Miente	.13	.09	-.17	-.03	-.45

Nota: Los ítems se encuentran resumidos en una sola palabra o concepto y están ordenados en función del valor de su peso factorial, destacándose en negritas el factor en que se encuentra la carga principal.

Tabla 5
Resultados de las soluciones exploradas

Solución	Varianza explicada
3 factores	29.03%
4 factores	32.21%
5 factores	34.54%
6 factores	36.84%
7 factores	38.74%

En función de los hallazgos ya descritos (marcada inestabilidad en la estructura factorial del SDQ),

se decidió estimar las evidencias de fiabilidad para la escala total de dificultades ($i = 20$), explorando también qué niveles alcanzaban los factores propuestos por Goodman en el contexto chileno. De este modo, en la tabla 6 se muestran los valores del estadístico alfa de Cronbach. Los resultados permiten afirmar que la escala total de dificultades presenta un adecuado índice de consistencia interna ($\alpha = .79$). Sin embargo, ninguna de las subescalas alcanza evidencias de fiabilidad dentro de los niveles esperados, con coeficientes que oscilan entre .65 (síntomas emocionales) y .30 (conducta prosocial).

Tabla 6
Consistencia interna de las escalas del SDQ

Escala	Número de Ítems	α de Cronbach
Total de dificultades	20	.79
Síntomas emocionales	5	.65
Hiperactividad - Inatención	5	.57
Problemas de conducta	5	.62
Problemas con pares	5	.53
Conducta prosocial	5	.30

Etapa 2: Análisis exploratorio para la escala total de dificultades

Ya establecido que la estructura multidimensional del cuestionario no se replica en Chile, tanto para explorar los resultados en el SDQ como para realizar las comparaciones entre grupos, se optó por utilizar solo los resultados de la escala total de dificultades.

Tal como se aprecia en la figura 1, la forma de la distribución de dichos puntajes es asimétrica positiva (el coeficiente de asimetría estandarizado alcanza un valor de 5.99, lo que se aleja de 1.96, límite superior que permite mantener la hipótesis nula de simetría). Es decir, la mayoría de los niños obtiene bajas puntuaciones (la línea que corta la caja es la mediana, lo que significa que el 50% de los examinados obtiene menos de 12 puntos), de modo tal que solo dos menores pueden ser considerados datos atípicos (se destacan con asteriscos en la parte superior del diagrama, con puntuaciones cercanas a 30).

Ahora, al realizar la comparación entre grupos se encontraron diferencias significativas en todas las variables de estratificación, tal como se observa en la tabla 7.

Considerando que se trata solo de un análisis exploratorio y que puntuaciones más altas en el SDQ dan cuenta de mayores dificultades emocionales y conductuales, sería posible afirmar que los varones, matriculados en establecimientos municipales, que cursan entre primer y quinto año de enseñanza básica, y que han

consultado a profesionales de la salud mental, corresponde al grupo que presenta mayor probabilidad de presentar alguna dificultad psicológica. Además, si se considera que en la escala original solo las personas con puntuaciones inferiores a 14 son clasificados dentro del rango “normal” (Goodman, 2010), se podría hipotetizar que, en promedio, tanto los estudiantes de colegios municipales como quienes han reportado asistencia a algún profesional de la salud mental quedan clasificados en la categoría “límite”, lo que implica que no es posible determinar la presencia o ausencia de psicopatología, por lo que se debiera desarrollar una evaluación posterior que permita establecerlo con mayor precisión.

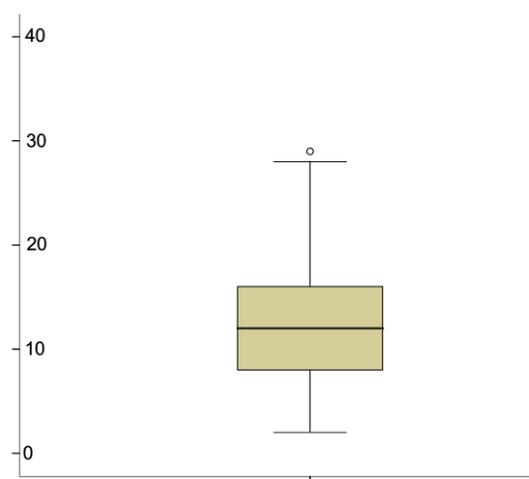


Figura 1. Diagrama de caja y bigotes del puntaje de la escala total de dificultades obtenido por la muestra.

Considerando que se trata solo de un análisis exploratorio y que puntuaciones más altas en el SDQ dan cuenta de mayores dificultades emocionales y conductuales, sería posible afirmar que los varones, matriculados en establecimientos municipales, que cursan entre primer y quinto año de enseñanza básica, y que han consultado a profesionales de la salud mental, corresponde al grupo que presenta mayor probabilidad de presentar alguna dificultad psicológica. Además, si se considera que en la escala original solo las personas con puntuaciones inferiores a 14 son clasificados dentro del rango “normal” (Goodman, 2010), se podría hipotetizar que, en promedio, tanto los estudiantes de colegios municipales como quienes han reportado asistencia a algún profesional de la salud mental quedan

Tabla 7

Análisis de las diferencias de medias en la escala total de dificultades según las variables de estratificación

Variables	Grupo	N	Media (DE)	Estadístico (<i>gl</i>)
Sexo	Hombre	347	12.9 (5.6)	$t(812) = 2.7^*$
	Mujer	491	11.8 (5.7)	
Etapa del desarrollo	Preescolar	475	12.0 (5.8)	$t(812) = 2.0^*$
	Escolar	323	12.8 (5.5)	
Asistencia salud mental	Sí	120	15.4 (5.7)	$t(785) = 7.01^{**}$
	No	667	11.6 (5.4)	
Dependencia administrativa	Municipal	243	15.9 (5.6)	$F(2,811) = 93.7^{**}$
	Particular subvencionado	433	11 (5.0)	
	Particular pagado	122	9.5 (4.5)	

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$. La comparación para dependencia administrativa fue realizada con el estadístico de Welch, distribuido como F para el incumplimiento de igualdad de varianzas.

clasificados en la categoría “límite”, lo que implica que no es posible determinar la presencia o ausencia de psicopatología, por lo que se debiera desarrollar una evaluación posterior que permita establecerlo con mayor precisión.

Discusión y conclusiones

El objetivo de la presente investigación fue estimar las propiedades psicométricas de la versión para padres del SDQ. De esta forma, para establecer la estructura del test se evaluaron sus evidencias de validez mediante AFE, concluyéndose que ninguna de las soluciones exploradas dan cuenta ni de la estructura original del SDQ (Goodman, 1999), ni de las soluciones propuestas por otros autores (Dickey y Blumberg, 2004; Palmieri y Smith, 2007; Smedje et al., 1999).

La falta de validez de constructo podría deberse al desconocimiento de los informantes acerca de algunas conductas o emociones de los niños y/o a la ausencia de parámetros de comparación (Palmieri y Smith, 2007; Smedje et al., 1999). Es así como en el reporte de los padres podrían influir las escasas oportunidades que tienen para observar comportamientos del niño que se dan en contextos distintos al del hogar, como el colegio, donde los profesores tienen la oportunidad de observar cómo se desenvuelve el niño

en las relaciones con sus pares y de compararlo con otro de la misma sala de clases (Rutter y Stevenson, 2008b). Otra razón para explicar la inestabilidad estructural del SDQ es que determinadas preguntas podrían estar mal formuladas o no ser aplicables al contexto chileno. En este caso, aunque se haya utilizado la versión argentina, el cuestionario fue construido en Inglaterra y la mayoría de los estudios han sido realizados en Europa. Por ello, sería relevante evaluar qué ocurre con la validez al modificar o reformular ciertos ítems, que por elementos culturales podrían resultar difíciles de comprender por los informantes.

En relación a la precisión del test, es posible concluir que solo la escala total de dificultades alcanza adecuadas evidencias de fiabilidad, mientras que ninguna de las cinco dimensiones muestra una fiabilidad dentro de los rangos aceptados, hallazgo similar a los reportados en investigaciones previas (Goodman, 2001; Koskelainen, Sourander y Kaljonen, 2000; Malmberg, Rydell y Smedje, 2003; Muris et al., 2003; Niclasen et al., 2012; Shojaei, Wazana, Pitrou y Kovess, 2009; Van Roy et al., 2008). Kerlinger y Lee (2002) mencionan que el escaso número de ítems de una prueba (entre tres y cinco) puede afectar su fiabilidad. Otra de las razones que podría explicar los bajos valores del coefi-

ciente alfa es la relación entre ítems de distintas escalas, lo que se relaciona con el hecho de que las dificultades emocionales y de conducta en la infancia son más difíciles de diferenciar, pudiendo existir superposiciones entre los diferentes cuadros psicopatológicos (Almonte y Montt, 2003; Rutter y Stevenson, 2008a; Van Roy et al., 2008). Se ha discutido que este problema para diferenciar entre dificultades emocionales y conductuales podría verse acentuado en los preescolares debido a su corta edad (Sterba, Egger y Angold, 2007), factor que podría haber incidido especialmente en el presente estudio al contar con un mayor número de niños de este rango etario. Sin embargo, su inclusión en la investigación es importante, ya que en general es una población menos considerada en estudios e investigaciones del área de la salud mental infantil (Sterba et al., 2007).

Considerando la baja fiabilidad observada en la escala conducta prosocial, tanto en esta investigación como en trabajos precedentes (Du et al., 2008; Goodman, 2001; Koskelainen et al., 2000; Malmberg et al., 2003; Mansbach-Kleinfeld et al., 2010; Muris et al., 2003; Shojaei et al., 2009; Van Roy et al., 2008) podría proponerse la eliminación y/o reformulación de alguno(s) de los ítems que la componen. Sin embargo, Dickey y Blumberg (2004) han mencionado que sería precipitado tomar esta decisión, ya que retirarlos podría hacer menos aceptable el instrumento para los informantes, por lo que se perdería una de las principales ventajas que presenta el SDQ por sobre otras medidas. Futuras investigaciones deberán contrastar dicha hipótesis, ya que es posible que lo que aumente la aceptabilidad sea la brevedad del instrumento, más que la inclusión de conductas prosociales.

Por otra parte, al explorar la distribución de puntajes de la escala total de dificultades, se observó que la mayoría de los niños —siguiendo los criterios de corte propuestos por Goodman— pueden ser clasificados dentro del rango normal-límite. Este hecho puede entenderse al considerar que los menores evaluados en este trabajo corresponden a población general y no clínica, es decir, no tienen la condición de estar diagnosticados con algún tipo de trastorno psicológico. En cuanto a las diferencias determinadas según el sexo y la

etapa del desarrollo del niño, estas son concordantes con lo observado en estudios previos (Becker et al., 2004; Du et al., 2008; Muris et al., 2003; Niclasen et al., 2012; Shojaei, et al., 2009; Woerner, Becker y Rothenberger, 2004) en los cuales se ha visto que los niños varones tienen mayores dificultades psicológicas que las niñas, y que los niños de mayor edad tienden a obtener puntajes más altos que los menores. En relación a las diferencias según la dependencia administrativa del establecimiento, aun cuando no es estrictamente comparable, si lo utilizáramos como un indicador aproximado del nivel socioeconómico, esto también se observa en otros estudios (Gianakopoulos et al., 2009; Woerner et al., 2004). Además, estaría en concordancia con la literatura (Almonte, 2003), en que se ha planteado que el nivel socioeconómico bajo, junto a una serie de condiciones ambientales desfavorables asociadas, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología.

De acuerdo a la asistencia a profesional de la salud mental, aunque no es posible afirmar que la totalidad de los niños que asisten a este tipo de profesional hayan sido diagnosticados con algún tipo de trastorno, sí es posible inferir que tendrían una mayor probabilidad de padecer un trastorno o de ser diagnosticados en un futuro. Este hallazgo ratifica lo establecido en estudios previos (Goodman, 2001; Goodman, Ford, Simons, Gatward y Meltzer, 2000; Goodman, Renfrew y Mullick, 2000; Hawes y Dadds, 2004), donde se concluye que el SDQ es un instrumento apto para detectar a los niños diagnosticados con trastorno psiquiátrico o con mayores dificultades psicológicas.

Uno de los principales aportes de esta investigación es el haber establecido los adecuados niveles de fiabilidad que ostenta la escala total de dificultades del SDQ, lo que permite a los profesionales de la salud mental utilizar el SDQ como herramienta de tamizaje de psicopatología infantil en general, en el contexto clínico y de detección temprana, prestando atención a la escala total de dificultades. Es así como con el puntaje de esta escala será posible detectar niños con dificultades psicológicas, obteniendo un nivel general de psicopatología, lo que constituye una base para guiar la posterior aplicación de otros instrumentos específicos que midan más detalladamente ciertas

emociones y conductas del niño que complementen la evaluación. Para que, luego, considerando que la psicopatología del niño y del adolescente tiene un carácter de reactividad y reversibilidad mayor que la del adulto (García, 2003) sea posible llevar a cabo estrategias de prevención y/o intervención. A la vez, el SDQ puede resultar útil durante el tratamiento psicoterapéutico de un niño con dificultades psicológicas, para monitorear si está siendo efectivo y si los resultados están siendo observables por sus padres en el hogar.

Algunas de las limitaciones del presente estudio, a partir de las cuales surgen proyecciones para futuros estudios, fueron: no tener la posibilidad de acceder a una muestra clínica, con lo cual hubiera sido posible realizar un estudio más amplio, estableciendo comparaciones entre muestras y poder, así, determinar la validez discriminante del instrumento. Por otra parte, es recomendable que se incluyan a los profesores en futuras investigaciones, ya que padre y profesor tienen la oportunidad de observar al niño en contextos distintos y como mencionan diferentes autores (De La Barra et al., 2002; Verhulst, Dekker y Van der Ende, 1997; Verhulst y Van der Ende, 2008), cada uno efectúa un aporte único en el proceso. En tercer lugar, es importante mencionar que los grupos correspondientes a la etapa preescolar y escolar

no son equiparables en términos de tamaños muestrales, existiendo preponderancia de una población en la que en general se ha apreciado menor detección de dificultades psicológicas, lo que podría haber influido en los resultados entre los reportes de los padres de ambos grupos, requiriéndose para futuras investigaciones incorporar análisis factoriales dividiendo la muestra de acuerdo a los grupos de edad considerados.

Finalmente, esta investigación constituye el primer paso en la evaluación de las propiedades psicométricas del SDQ en Chile. Permitirá a los profesionales de la salud mental infantil contar con un instrumento de fácil aplicación y bajo costo, que les entrega una aproximación al nivel general de psicopatología del niño entre 4 y 11 años, lo que contribuye al desarrollo de la psicopatología infantil, como disciplina a nivel nacional. A la vez, este estudio deja abierta la posibilidad para que en futuras investigaciones se evalúen los otros tipos de validez (discriminante y convergente), los ítems de cada escala, dados los problemas de consistencia interna observados en estas, así como las propiedades psicométricas del SDQ en sus otras dos versiones: profesor y auto-reporte del adolescente, lo que permitirá aprovechar el recurso que constituye la modalidad multinformante.

Referencias

- Achenbach, T. M. (1978). The child behavior profile: I. Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 478-488. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.46.3.478>
- Almonte, C. (2003). Características de la psicopatología infantil y de la adolescencia. En C. Almonte, M. E. Montt y A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 87-105). Santiago: Mediterráneo.
- Almonte, C. y Montt, M. E. (2003). Clasificación de los trastornos psiquiátricos infanto-juveniles. En C. Almonte, M. E. Montt y A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 131-143). Santiago: Mediterráneo.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Becker, A., Woerner, W., Hasselhorn, M., Banaschewski, T. y Rothenberger, A. (2004). Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 13, 11-16. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-004-2003-5>
- Cicchetti, D., Beeghly, M., Carlson, V., Coster, W., Gersten, M., Rieder, C. y Toth, S. (1990). Development and psychopathology: Lessons from the study of maltreated children. En D. Keating y H. Rosen (Eds.), *Constructivist perspectives on developmental psychopathology and atypical development* (pp. 69-102). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cicchetti, D. y Toth, S. (2009). The past

- achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 16-25.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01979.x>
- Costello, J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of Psychiatry*, 60, 837-844.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
- De la Barra, F. (2009a). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: estudios de prevalencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47(4), 303-314.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
- De la Barra, F. (2009b). Editorial: salud mental de niños y adolescentes. ¿Por qué es necesario investigar? *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47(3), 175-177.
- De La Barra, F., Toledo, V. y Rodríguez, J. (2002). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40, 9-21.
- Dickey, W. C. y Blumberg, S. J. (2004). Revisiting the factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire: United States (Abstract). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1159-1167.
- Du, Y., Kou, J. y Coghill, D. (2008). The validity, reliability and normative scores of the parent, teacher and self-report versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire in China. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 1-15.
<http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-2-8>
- Elander, J. y Rutter, M. (1995). Use and development of the Rutter parents and teachers scales. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 1-16.
- Ferrando, J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31, 18-33.
- García, R. (2003). Salud mental en el niño y adolescente. En C. Almonte, M. E. Montt y A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp.79-86). Santiago: Mediterráneo.
- 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 1° básico. *Revista de Psicología*, 5, 17-26.
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.1994.18486>
- George, M., Squicciarini, A. M., Zapata, R., Guzmán, M. P., Hartley, M. y Silva, C. (2004). Detección precoz de factores de riesgo de salud mental en escolares. *Revista de Psicología*, 8, 9-20.
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2004.17651>
- 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, 1-7.
<http://dx.doi.org/10.1186/1744-859X-8-20>
- Goodman, R. (1994). A modified version of the Rutter Parent Questionnaire including extra items on children's strengths: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1483-1494.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01289.x>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-799.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0021963099004096>
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Ado-*

- lescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
<http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Goodman, R. (2010). *Scoring the Informant-Rated Strengths and Difficulties Questionnaire*. Recuperado de
<http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/c0.py>
- Goodman, R., Ford, T., Simons, H., Gatward, R. y Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.177.6.534>
- 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.
<http://dx.doi.org/10.1007/s007870050008>
- Hawes, D. y Dadds, M. (2004). Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 644-651.
<http://dx.doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01427.x>
- Jellinek, M., Murphy, J., Robinson, J., Feins, A., Lamb, S. y Fenton, T. (1988). The Pediatric Symptom Checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction. *Journal of Pediatrics*, 112, 201-209.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476\(88\)80056-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476(88)80056-8)
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Koskelainen, M., Sourander, A. y Kaljolen, A. (2000). The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 277-284.
<http://dx.doi.org/10.1007/s007870070031>
- Leiva, P., Saavedra, X. y Muñoz, M. (2012). *Estadísticas de la educación* (Informe No.8). Chile: Centro de Estudios Mineduc.
- Malmberg, M., Rydell, A. M. y Smedje, H. (2003). Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 357-363.
<http://dx.doi.org/10.1080/08039480310002697>
- Mansbach-Kleinfeld, I., Apter, A., Farbstein, I., Levine, S. y Ponizovsky, A. (2010). A population-based psychometric validation study of the Strengths and Difficulties Questionnaire - Hebrew version. *Frontiers in Psychiatry*, 1, 1-12.
<http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2010.00151>
- Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis, MN: National.
- Montenegro, H., Bralic, S., Edwards, M., Izquierdo, T. y Maltes, S. (1983). *Salud mental del escolar. Estandarización del inventario de problemas conductuales y destrezas sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años*. Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial (Cedep). Santiago: CIDE.
- Muris, P., Meesters, C. y Van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 1-8.
- Muthén, L. K. y Muthén, B. O. (2006). *Mplus*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Niclasen, J., Teasdale, T., Andersen, A. M., Skovgaard, A., Elberling, H. y Obel, C. (2012). Psychometric properties of the Danish Strength and Difficulties Questionnaire: The SDQ assessed for more than 70,000 raters in four different cohorts. *Plos One Journal*, 7, 1-8.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0032025>
- Palmieri, P. y Smith, G. (2007). Examining the structural validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a U.S. Sample of Custodial Grandmothers. *Psychological Assessment*, 19, 189-198.

- <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.189>
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2004). *Desarrollo humano*. México: McGraw Hill.
- Rothenberger, A. y Woerner, W. (2004). Editorial: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Evaluations and applications. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 1-2.
- Rutter, M. y Stevenson, J. (2008a). Using epidemiology to plan services: A conceptual approach. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor y A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 71-80). United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Rutter, M. y Stevenson, J. (2008b). Development in child and adolescent psychiatry over the last 50 years. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor y A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 3-17). United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Rutter, M. y Taylor, E. (2008). Clinical assessment and diagnostic formulation. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor y A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 42-57). United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Sepúlveda, G. (2012). Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes. Enfoque cognitivo constructivista. En C. Almonte y M. E. Montt (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 709-722). Santiago: Mediterráneo.
- Sepúlveda, G. y Capella, C. (2012). Desarrollo psicológico del escolar y sus trastornos: lo evolutivo y psicopatológico en la edad escolar. En C. Almonte y M. E. Montt (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (33-48). Santiago: Mediterráneo.
- Shojaei, T., Wazana, A., Pitrou, I. y Kovess, V. (2009). The Strengths and Difficulties Questionnaire: Validation study in French school aged children and cross cultural comparisons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 740-747. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0489-8>
- Smedje, H., Broman, J., Hetta, J. y Von Knorring. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 63-70.
- Sterba, S., Egger, H. y Angold, A. (2007). Diagnostic specificity and non specificity in the dimensions of preschool psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(10), 1005-1013. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01770.x>
- Stone, L., Otten, R., Engels, R., Vermulst, A. y Janssens, J. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4 to 12 year olds: A review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 254-274. <http://dx.doi.org/10.1007/s10567-010-0071-2>
- Tabachnick, B. G. y Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistic*. Boston: Allyn & Bacon.
- 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, 1304-1312. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01942.x>
- Verhulst, F., Dekker, M. C. y Van der Ende, J. (1997). Parent, teacher and self-reports as predictors of signs of disturbance in adolescents: Whose information carries most weight? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 75-81. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09909.x>
- Verhulst, F. y Van der Ende, J. (2008). Using rating scales in a clinical context. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor y A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 289-298). United Kingdom: Blackwell Publishing.

Vicente, B., De La Barra, F., Saldivia, S., Kohn, R., Rioseco, P. y Melipillán, R. (2012). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Santiago, Chile: A community epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1099-109. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0415-3>

Vicente, B., Saldivia, S., De La Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M. y Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140, 447-457. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005>

Vinet, E y Forns, M. (2008). Normas chilenas para el MACI: una integración de criterios

categoriales y dimensionales. *Terapia Psicológica*, 26(2), 151-163. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200001>

Vivanco, M. (1999). *Análisis estadístico multivariante*. Santiago: Universitaria.

Werthamer-Larsson, L., Kellam, S. G. y Wheeler, L. (1991). Effect of first-grade classroom environment on child shy behavior, aggressive behavior, and concentration problems. *American Journal of Community Psychology*, 19, 585-602.

Woerner, W., Becker, A. y Rothenberger, A. (2004). Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(2), 3-10. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-004-2002-6>

Fecha de recepción: 18 de marzo de 2014
Fecha de aceptación: 5 de mayo de 2014