

Rodríguez-Hernández, Pedro Javier<sup>1</sup>; Betancort, Moises<sup>2</sup>; Ramírez-Santana, Gustavo Mario<sup>2</sup>; García, Ruth<sup>3</sup>; Sanz-Alvarez, Emilio J.<sup>4</sup>, y De las Cuevas-Castresana, Carlos<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Hospital de Día Infantil y Juvenil “Diego Matías Guigou y Costa”. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife. España

<sup>2</sup>Departamento de Psicobiología y Metodología. Universidad de La Laguna. Islas Canarias. España

<sup>3</sup>Instituto de Psiquiatría. Londres. Reino Unido

<sup>4</sup>Departamento de Farmacología Clínica. Universidad de La Laguna. Islas Canarias. España

<sup>5</sup>Departamento de Psiquiatría. Universidad de La Laguna. Islas Canarias. España

#### **Correspondencia:**

Dr. Pedro Javier Rodríguez-Hernández  
Hospital de Día Infantil y Juvenil “Diego Matías Guigou y Costa”. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife. España  
pedrojavierrodriguezherandez@yahoo.es

#### **Agradecimientos:**

Los autores desean agradecer a la Sociedad Canaria de Pediatría la concesión de una beca de investigación para la realización del presente estudio.

Se solicitó la autorización de la Consejería de Educación del Gobierno de Canarias. Se envió información detallada a todos los directores de los colegios seleccionados y se contactó con todos los profesores y padres de los niños que iban a participar en el estudio, cuya colaboración fue voluntaria.

---

#### **RESUMEN**

**Introducción:** El Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ) es un instrumento breve de evaluación de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. Ha sido desarrollado en el Instituto de Psiquiatría de Londres en los años 90. Se administra a padres y profesores con una única versión para ambos. Consta de 25 ítems y valora 5 aspectos: hiperactividad, síntomas emocionales, problemas de comportamiento, problemas de relaciones con iguales y conducta prosocial. Su sencilla administración e interpretación lo convierte en una herramienta muy útil en pediatría. Se encuentra traducido y validado en muchos idiomas, incluido el

*Puntos de corte de la versión española del Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ)*

*Cutt-offs of the Spanish version of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)*

español. Es muy utilizado para estudios epidemiológicos, de despistaje y clínicos. Sus propiedades psicométricas han demostrado ser adecuadas para estos aspectos.

**Material y métodos:** Se recogieron las contestaciones del SDQ de padres y profesores de una muestra comunitaria de 597 niños entre 7 y 10 años, estando igualmente representados ambos sexos. Se realizó el análisis estadístico para identificar los puntos de corte. Para cada escala se determinaron los rangos de normalidad, límite y anormalidad.

**Resultados:** Los resultados obtenidos en la presente investigación revelan unos puntos de corte sensiblemente distintos a los obtenidos para las versiones en otros idiomas distintos al español.

**Rodríguez-Hernández, Pedro Javier;**  
**Betancort, Moises; Ramírez-Santana, Gustavo Mario;**  
**García, Ruth; Sanz-Alvarez, Emilio J;**  
**De las Cuevas-Castresana, Carlos**

*Puntos de corte de la versión española del  
 Cuestionario de Cualidades y Dificultades  
 (SDQ)*

**Conclusiones:** La traducción española se presenta como un instrumento igual de útil que el Cuestionario inglés original y el traducido a otros idiomas.

**Palabras clave:** Cuestionario de Cualidades y Dificultades; infancia; salud mental.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) was developed by Professor Robert Goodman at the Institute of Psychiatry (UK) in the 1990's. It is a brief behavioural screening instrument internationally used for the screening of mental health problems in children and adolescents. It consists in a 25 item questionnaire with 5 different scales: emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity / inattention peer relationship problems and prosocial behaviours. Its simple administration and interpretation has made it a very useful tool in paediatrics. The SDQ has been translated and validated in more than 70 languages, these includes a Spanish version. It is widely used as an adequate tool for epidemiological, early detection and clinical studies, as demonstrated by its psychometric properties.

**Material and methods:** Parents and teachers ratings of SDQ were collected for a community-based sample of 597 children between 7 and 10 years, in which both genders were equally represented. Statistical evaluation of cut-off points were performed. Bandings identifying normal, borderline, and clinical ranges were defined for each scale.

**Results:** The present study reveal cut off results sensibly different to those obtained in other languages.

**Conclusions:** The Spanish translation seems to be a similarly useful tool as the original English and other languages questionnaire.

**Keywords:** Strengths and Difficulties Questionnaire; childhood; mental health.

## INTRODUCCIÓN

La prevalencia de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia se sitúa en torno al 15% (1). Ese elevado porcentaje se observa en estudios realizados en distintos países y culturas (2-4). Los problemas psiquiátricos y psicológicos en los niños producen gran sufrimiento en el individuo y la familia, así como un coste económico elevado si no se detectan de manera precoz debido al consecuente consumo de recursos y a los problemas

de salud, sociales y educativos a medio y largo plazo. También se ha demostrado que existe una significativa relación entre psicopatología infantil y del adulto por lo que la detección temprana incide positivamente en el menor desarrollo posterior de trastornos emocionales y del comportamiento (5). Por estos motivos es necesario contar con instrumentos útiles y eficientes que permitan detectar precozmente posibles trastornos mentales en niños y adolescentes así como a aquellos que están en riesgo de desarrollarlos en el futuro. Su identificación permitiría intervenir precozmente y reducir el impacto negativo del trastorno (6).

El Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ, de sus siglas en inglés Strengths and Difficulties Questionnaire), es un cuestionario breve que consta de 25 ítems y que ha sido desarrollado en el Instituto de Psiquiatría de Londres por Robert Goodman (7). Se utiliza para detectar posibles trastornos emocionales y del comportamiento en niños y adolescentes entre 4 y 16 años. Se administra a padres y profesores, existiendo una única versión para ambos. Aunque existe también una versión autoaplicada para adolescentes, sus propiedades psicométricas son sensiblemente peores que la versión para padres y profesores. Las 5 escalas que contempla el SDQ son: sintomatología emocional, problemas de comportamiento, hiperactividad, problemas de relaciones con iguales y conducta prosocial. Las cuatro primeras hacen referencia a dificultades conductuales y emocionales y la quinta a conductas positivas de socialización. Cada una de los ítems de las escalas se puntúan como no es cierto: 0, un tanto cierto: 1 y absolutamente cierto: 2, excepto los ítems: 7 (“por lo general es obediente...”), 11 (“tiene por lo menos un buen amigo...”), 14 (“por lo general cae bien...”), 21 (“piensa las cosas antes de hacerlas”) y 25 (“Termina lo que empieza...”), en los que la corrección es inversa; no es cierto: 2, un tanto cierto: 1 y absolutamente cierto: 0, para evitar el sesgo de respuesta. En la tabla 1 se muestran todos los ítems del Cuestionario. Cada una de las escalas consta de 5 ítems, por lo que la puntuación oscila entre 0 y 10. Además, la suma de las puntuaciones de las 4 primeras escalas, las que valoran dificultades, conforma una sexta escala denominada total de dificultades y que puntúa entre 0 y 40 (8). El Cuestionario se puede obtener de manera gratuita en Internet para fines no comerciales ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)). Se encuentra disponible en más de 40 idiomas, entre ellos el español, el catalán, el euskera y el gallego.

El SDQ se ha utilizado en una gran variedad de estudios. Principalmente en investigación epidemiológica como instrumento de despistaje (9,10). También se ha empleado en estudios de doble fase para desarrollar sus propiedades psicométricas (11,12), como medida dimensional de la salud mental infantil (13) y con objetivos clínicos concretos (14-16). En la mayoría de los estudios se ha puesto de manifiesto las ventajas del SDQ, entre ellas la facilidad de administración y corrección, la excelente correlación que presenta con otros cuestionarios anteriores bien establecidos y que evalúa los aspectos más importantes de la psicopatología infantil (17,18).

Con respecto a las propiedades psicométricas del SDQ, los resultados de los análisis indican que la estructura de 5 factores calculada mediante rotación Varimax propuesta en la versión original en inglés (7) ha sido replicada en otros idiomas a los que el Cuestionario ha sido traducido. En esos estudios, la mayoría de los

las propiedades psicométricas también replican la estructura factorial de la versión inglesa y la consistencia interna es equiparable a la obtenida en la mayoría de las publicaciones existentes (26).

## MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra para la realización de estudio se seleccionó a partir de todos los niños entre 7 y 10 años residentes en las Islas Canarias (España). La estratificación se efectuó a partir del censo de niños escolarizados (datos oficiales proporcionados por el Gobierno de Canarias). Se administró el SDQ a los profesores y a los padres de la muestra.

El tamaño muestral se calculó según las siguientes condiciones estadísticas; una prevalencia estimada de trastornos mentales y del comportamiento del 10%, asumiendo un error máximo del 3% y un intervalo de confianza del 95%. La aleatorización se efectuó en dos fases. Primero, considerando los colegios y las clases.

Posteriormente los alumnos de cada clase necesarios para completar el tamaño muestral y un número adicional de participantes en previsión de posibles pérdidas.

Se llevaron a cabo análisis estadísticos con "ULLRtoolbox.v.1.0.R" (27) con el objetivo de baremar y establecer los puntos de corte del instrumento. Para ello, se realizó el estudio de las distribuciones de frecuencias para cada escala tanto en profesores como en padres, asimilando cada distribución de frecuencias a la curva normal. Los puntos de corte se generaron mediante un criterio percentílico siguiendo las recomendaciones de los autores del Cuestionario (7). En este sentido, los estudios de baremación llevado a cabo en otros países también muestran la idoneidad de aplicar el criterio percentílico para establecer los límites de normalidad y anormalidad en las puntuaciones del SDQ (24,25).

Los puntos de corte se establecen en el percentil 90 (7,18,24). Una puntuación igual o por encima del percentil 90 (por debajo o en el percentil 10 para la escala de conducta prosocial) identificaría niños con

**Tabla 1. Los ítems del Cuestionario de Cualidades y Dificultades**

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

datos sobre consistencia interna obtenidos mediante el alfa de Chronbach o mediante otros índices muestran una adecuada fiabilidad (8,19-25). En idioma español,

Rodríguez-Hernández, Pedro Javier;  
Betancort, Moises; Ramírez-Santana, Gustavo Mario;  
García, Ruth; Sanz-Alvarez, Emilio J;  
De las Cuevas-Castresana, Carlos

*Puntos de corte de la versión española del  
Cuestionario de Cualidades y Dificultades  
(SDQ)*

puntuaciones anormales(7,18). Igualmente se contempló una puntuación de riesgo, cuyo valor límite se estableció atendiendo al valor del percentil 80. Este valor límite o de riesgo marca el inicio de los valores de anormalidad. Este sistema de criterio percentílico asume la incidencia máxima en la población de un 10% de niños en alto riesgo de padecer un trastorno psicopatológico, un 10% de niños en situación límite y un 80% de niños en bajo riesgo de padecer un trastorno psicopatológico según los datos de prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento que existen en la literatura médica actual (1-4).

## RESULTADOS

Según las condiciones estadísticas contempladas, el tamaño muestral mínimo se estableció en 392 sujetos, incrementándose en un 35% en previsión de posibles pérdidas. Los participantes totales fueron 597. La tasa de respuesta del Cuestionario fue del 89.41% en los padres y del 100% en los profesores. La diferencia entre los sexos no fue significativa, dado que todos los colegios eran de escolarización mixta y las proporciones de niños y niñas resultaron similares en cada clase. En total, la muestra incluyó un 52% de niños y un 48% de niñas. La media de edad (en meses) fue 122.8 (Desviación Estándar: 14.72) para los niños y 121.06 (Desviación Estándar: 14.32) para niñas. En el total de la muestra seleccionada (N=597) se llevó a cabo el estudio de baremación y puntos de cortes.

En el análisis de las distribuciones de frecuencias efectuado se observa que los datos relativos a la tendencia central y dispersión de los datos así como la forma de la distribución de los mismos (asimetría y apuntamiento) presentan intervalos diferentes cuando se analizan los Cuestionarios completados por los profesores y se comparan con los respondidos por los padres (ver tabla 2 y 3).

Los puntos de corte obtenidos, contemplando las puntuaciones directas asociadas a los percentiles 10 y 90, y definiendo el espacio límite para aquellas puntuaciones por encima del percentil 80, se muestran en la tabla 4 (puntos de corte para profesores) y 5 (puntos de corte para padres).

## DISCUSIÓN

Un porcentaje elevado de los padres y el total de profesores de los sujetos de la muestra han aceptado participar en el presente estudio cumplimentando el cuestionario. Por dicho motivo, la versión española

del SDQ puede ser un instrumento adecuado para la utilización en estudios comunitarios.

Tabla 2. Medias, Desviaciones típicas (Dt), Asimetrías y Apuntamientos para las valoraciones de los profesores en las distintas escalas y escala total del SDQ (N=597)

Escalas	Media	Dt	Asimetría	Apuntamiento
Síntomas Emocionales	2,04	2,05	1,15	1,06
Problemas de Comportamiento	1,90	2,13	1,13	0,54
Hiperactividad	3,84	2,97	0,41	-0,72
Problemas Compañeros	1,79	1,83	1,23	1,71
Escala Total	10,18	6,67	0,66	-0,36
Conducta Prosocial	7,58	2,20	-0,46	-0,94

En la búsqueda sistemática realizada previo al desarrollo del presente artículo se han detectado más de una veintena de estudios que analizan las propiedades psicométricas del SDQ en los idiomas a los que ha sido traducido incluyendo el español (16), así como su utilidad

Tabla 3. Medias, Desviaciones típicas (Dt), Asimetrías y Apuntamientos para las valoraciones de los padres en las distintas escalas y escala total del SDQ (N=597)

Escalas	Media	Dt	Asimetría	Apuntamiento
Síntomas Emocionales	2,64	2,29	0,8	-0,04
Problemas de Comportamiento	2,31	1,85	0,64	-0,023
Hiperactividad	4,45	2,69	0,35	-0,7
Problemas Compañeros	1,99	1,84	0,84	0,09
Escala Total	11,39	6,5	0,47	-0,41
Conducta Prosocial	8,27	1,73	-0,76	-0,38

en investigación y en la práctica clínica. Los resultados más replicados en la literatura indican adecuados índices de fiabilidad y de la adecuación del cuestionario en las distintas lenguas a la estructura factorial de 5 factores propuesta por la versión original en inglés (7,11,19-26,28-30). Sin embargo, sólo algunos estudios presentan datos sobre los puntos de corte.

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que los puntos de corte de los cuestionarios

**Tabla 4. Puntos de corte para profesores**

Escalas	Anormal	Límite	Normal
Síntomas Emocionales	5-10	4	0-3
Problemas de Comportamiento	5-10	4	0-3
Hiperactividad	8-10	6-7	0-5
Problemas Compañeros	4-10	3	0-2
Escala Total	20-40	16-19	0-15
Conducta Prosocial	0-4	5	6-10

para profesores difieren sensiblemente de los puntos de corte de los cuestionarios para padres. En las escalas que indican dificultades los puntos de corte para padres son superiores a los puntos de corte para profesores, excepto en la escala de problemas de conducta en la que los puntos de corte son iguales. Atendiendo a la medida dimensional de la salud mental que aporta el SDQ (13), es posible hipotetizar que la intensidad de la sintomatología

**Tabla 5. Puntos de corte para padres**

Escalas	Anormal	Límite	Normal
Síntomas Emocionales	6-10	5	0-4
Problemas de Comportamiento	5-10	4	0-3
Hiperactividad	9-10	7-8	0-6
Problemas Compañeros	5-10	4	0-3
Escala Total	20-40	17-19	0-16
Conducta Prosocial	0-6	7	8-10

debe de ser más elevada en el contexto familiar para que los padres la consideren como “anormal”. En cuanto a la escala de conducta prosocial, que indica conducta positiva de socialización, los puntos de corte para padres también más elevados indican lo contrario. Es preciso que el niño exprese una conducta positiva más intensa para que los padres lo consideren como dentro de lo normal. Este hallazgo no parece estar en concordancia con los datos existentes sobre puntos de corte del SDQ en

otros idiomas. Así, en el estudio realizado con la versión en inglés se observa coincidencia de los puntos de corte para padres y profesores en la mitad de las escalas, tanto en el estudio realizado con población inglesa como en el estudio realizado en Nueva Zelanda (7,9). En las otras 3 escalas, la de síntomas emocionales y problemas con compañeros presenta puntos de corte inferiores para padres y en la escala total de dificultades, puntos de corte superiores para padres en comparación con los puntos de corte para profesores. En el estudio realizado con la versión en chino del SDQ, 4 de las 6 escalas presentan puntos de corte iguales para padres y profesores. Son diferentes en las otras 2 escalas. Los puntos de corte para padres en la escala de hiperactividad son inferiores a los puntos de corte para profesores y los puntos de corte para padres en la escala de conducta prosocial son superiores a los de los profesores (19).

En cuanto a la comparación de la versión española con otras versiones en otros idiomas de países europeos, se observa que en los estudios efectuados en el norte de Europa los puntos de corte de las versiones nórdicas para padres y profesores son los más bajos (31). A continuación se sitúan los obtenidos en las series británicas y alemana (7,25). Por último, los puntos de corte de la versión española son los más altos. Estos resultados pueden indicar que para que exista una consideración de anormalidad en el comportamiento de los niños españoles la intensidad de la sintomatología o la percepción de la misma debe de ser superior a la de los niños del centro de Europa y éstos, a su vez, mayor que los niños del norte de Europa.

Se debe ser especialmente cuidadoso en la interpretación de las conclusiones extraídas de la comparación de los resultados del presente estudio con los resultados de las investigaciones realizadas en otros países. Aunque la estructura factorial y las propiedades psicométricas se han replicado en los distintos idiomas, la comparación transcultural requiere tener en cuenta ciertas consideraciones que inciden en las diferencias que se pueden encontrar (32). En primer lugar, pueden existir diversas variables culturales como las expectativas, la permisividad o la tolerancia a ciertos tipos de comportamiento. En segundo lugar, las pequeñas diferencias en el sentido de la frase pueden influir en la contestación. Incluso pequeñas diferencias que pasan desapercibidas a traductores bilingües pueden tener dicho efecto, en especial cuando se solicita información

sobre la severidad y frecuencia de los síntomas. En tercer lugar, también es posible encontrar diferencias reales entre culturas en prevalencia y en los resultados de los instrumentos de evaluación.

En definitiva, no es posible determinar las verdaderas razones que producen diferencias en los puntos de corte de las escalas del SDQ en los diferentes países. Si se descartan las diferencias debido al sexo o a la edad y una traducción errónea, las diferencias normativas pueden reflejar diferencias reales en el comportamiento de los niños o diferencias en la percepción y tolerancia hacia el niño. También puede ser una suma de ambos factores. Son necesarios nuevos estudios que permitan conocer los puntos de cortes en otros países, especialmente fuera de Europa y la influencia de las especificidades culturales en la percepción y valoración del comportamiento infantil.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, destaca que la muestra utilizada comprende el intervalo de edad entre 7 y 10 años, cuando la utilización del Cuestionario se sitúa entre los 4 y 16 años. También que el SDQ es un instrumento de cribado y por lo tanto la forma de determinar la probabilidad de padecer un problema de salud mental se debería llevar a cabo mediante una comparación con alguna medida usada como patrón de referencia, lo cual puede enriquecer los resultados obtenidos en futuras investigaciones.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychology Psychiatry*. 2008; 49: 226-36.
2. Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, Gould MS, Ribera J, Sesman M, et al. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 45: 1120-26.
3. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009; 11: 7-20.
4. Oschilewsky RC, Gómez CM, Belfort E. Child psychiatry and mental health in latin America. *Int Rev Psychiatry*. 2010; 22: 355-62.
5. Rutter M. Connections between child and adult psychopathology. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 5: 4-7.
6. Estévez E, Emler NP. Assessing the links among adolescent and youth offending, antisocial behaviour, victimization, drug use, and gender. *Int J Clin Health Psychology*. 2011; 11: 269-89.
7. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychology Psychiatry*. 1997; 38: 581-86.
8. Goodman R. Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40: 1337-45.
9. Mullick MS, Goodman R. Questionnaire screening for mental health problems in Bangladeshi children: a preliminary study. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol*. 2001; 36: 94-9.
10. Vogels AG, Crone MR, Hoekstra F, Reijneveld SA. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: a randomized method. *BMC Public Health*. 2009; 9: 489.
11. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 534-39.
12. Goodman R, Renfrew D, Mullick M. Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 9: 129-34.
13. Goodman A, Goodman, R. Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48: 400-3.
14. Glazebrook C, Hollis C, Heussler H, Goodman R, Coates L. Detecting emotional and behavioural problems in paediatric clinics. *Child Care Health Development*. 2003; 29: 141-49.
15. Vostanis P. Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. *Current Opinion Psychiatry*. 2006; 19: 367-72.
16. Rodríguez Hernández PJ, García Nieto V, García R, Mahtani V, Betancor M, Ramírez G. Psicopatología del Síndrome Nefrótico en la infancia. *An Pediatr (Barc.)*. 2007; 67: 231-35.
17. Crone MR, Vogels AG, Hoekstra F, Treffers PD, Reijneveld SA. A comparison of four scoring methods based on the parent-rated Strengths and

- Difficulties Questionnaire as used in the Dutch preventive child health care system. *BMC Public Health*. 2008; 8: 106.
18. Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful?. *J Abnormal Child Psychology*. 1999; 27: 17-24.
  19. Du Y, Kou J, Coghill D. The validity, reliability and normative scores of the parents, teacher and self report versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire in China. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health*. 2008; 2: 8.
  20. Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Rotsika V, Tountas Y. The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals Gen Psychiatry*. 2009; 8: 20.
  21. Hawes DJ, Dadds MR. Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Australian New Zealand J Psychiatry*. 2004; 38: 644-51.
  22. Matsuishi T, Nagano M, Araki Y, Tanaka Y, Iwasaki M, Yamashita Y, et al. Scale properties of Japanese version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a study of infant and school children in community samples. *Brain Development*. 2008; 30: 410-15.
  23. Palmieri PA, Smith GC. Examining the Structural Validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a U.S. Sample of Custodial Grandmothers. *Psychological Assessment*. 2007; 19: 189-98.
  24. Smedje H, Broman JE, Hetta J, Von Knorring AL. Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 8: 63-70.
  25. Woerner W, Becker A, Rothenberger A. Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 13: 3-10.
  26. Rodríguez-Hernández PJ, Betancort M, Ramírez-Santana GM, García R, Sanz-Alvarez EJ, De las Cuevas-Castresana C. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *Int J Clin Health Psychology*. 2012; 12: 265-79.
  27. Hernandez JA, Betancort M. ULLRToolbox. Una librería en R para el análisis de datos (artículo en preparación).
  28. Di Riso D, Salcuni S, Chessa D, Raudino A, Lis A, Altoè G. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Early evidence of its reliability and validity in a community sample of Italian children. *Personality Individual Differences*. 2010; 49: 570-75.
  29. Becker A, Woerner W, Hasselhorn M, Banaschewski T, Rothenberger A. Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 13: 11-6.
  30. Ministry of Health. New Zealand. [consultado 18/9/2012]. Disponible en: [www.pha.org.nz/documents/Day2-64-mental-health-4-year-olds.pdf](http://www.pha.org.nz/documents/Day2-64-mental-health-4-year-olds.pdf)
  31. Obel C, Heiervang E, Rodriguez A, Heyerdahl S, Smedje H, Sourander A, et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 13: 32-9.
  32. Rothenberger A, Woerner W. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Evaluations and applications. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 13: 1-2.