

P. García. Psiquiatra Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital de San José. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.

R. Goodman. Professor of Brain and Behavioural Medicine. Department of Child and Adolescent Psychiatry. De Crespigny Park, London, U.K.

J. Mazaira. Psiquiatra Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela.

A. Torres. Ayudante 2º ciclo de Universidad. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela.

J. Rodríguez-Sacristán. Catedrático Psiquiatría Infantil Universidad de Sevilla.

A. Hervas. Psiquiatra CSMIJ Mutua de Tarrasa.

J. Fuentes. Psiquiatra Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil. Policlínica Guipúzcoa. San Sebastián.

El Cuestionario de Capacidades y Dificultades

The Strengths and Difficulties Questionnaire

Correspondencia:

P. García

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital de San José, Complejo Hospitalario Xeral-Calde C/ Santiago s/n. Lugo-Galicia

RESUMEN

El Cuestionario de Capacidades y Dificultades, el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) en inglés, es una breve y útil medida de psicopatología aplicable a la población de 4 a 16 años. Aunque su publicación es de 1997, el cuestionario se encuentra disponible en más de cuarenta idiomas, incluyendo castellano, catalán, euskera y gallego. Este artículo es una breve introducción al SDQ, revisando sus principales características y resumiendo los principales estudios que han sido publicados al respecto.

PALABRAS CLAVE

Cuestionario; Screening; Psicopatología; Infancia; Adolescencia.

SUMMARY

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) is a brief but useful measure of psychopathology applicable to children and young people ranging from 4 to 16 years. Although it was only published in 1997, the questionnaire is now available in more than forty languages, including Spanish, Catalan, Basque and Galician.

This paper is a brief introduction to the SDQ, reviewing its main features and summarizing the principal studies that have been published about it.

KEY WORDS

Questionnaire; Screening; Psychopathology; Childhood; Adolescence.

INTRODUCCIÓN

¿Por qué es necesario un nuevo cuestionario?

Durante varias décadas se han usado ampliamente cuestionarios para la evaluación de psicopatología en niños y adolescentes. Los dos instrumentos de medida más utilizados han sido los cuestionarios de Rutter^{1,2} y los de Achenbach (CBCL³, TRF⁴, YRF⁵); a pesar de considerarse muy útiles, estos cuestionarios tienen limitaciones. El nuevo cuestionario ha sido diseñado para satisfacer las necesidades de los clínicos de un cuestionario breve pero útil clínicamente, que sea aceptado por los respondientes.

La brevedad es importante, ya que resulta más fácil conseguir que los respondientes rellenen un cuestionario breve que uno más extenso. Esto es particularmente

importante si el cuestionario va a ser administrado de forma repetida, por ejemplo para medir el resultado del tratamiento. Resulta también importante cuando el cuestionario está siendo administrado a respondientes que no están altamente motivados, por ejemplo en estudios epidemiológicos. Las comparaciones entre cuestionarios breves como el de Rutter con cuestionarios más extensos como los de Achenbach, muestran que los cuestionarios breves funcionan igual de bien que los más largos⁶⁷. Consecuentemente hay poco que ganar y mucho que perder con un cuestionario demasiado extenso.

La brevedad es una manera de ganar aceptación entre los respondientes, focalizarlo en las capacidades de los niños así como en sus debilidades es otra. Muchos de los respondientes se resienten de ser sólo preguntados por los problemas y quieren tener la oportunidad de señalar los puntos positivos de los niños.

Para ser clínicamente útil como instrumento general de medida de psicopatología debe abarcar los problemas comunes, ser adecuado para los diferentes informantes (padres, profesores, los mismos jóvenes), y preguntar no sólo sobre los síntomas, sino sobre el impacto de los mismos y sobre otros posibles determinantes de la utilización de los Servicios. Las tres clases más frecuentes de psicopatología son los problemas de conducta, la hiperactividad y los problemas emocionales. Un cuestionario general debe preguntar sobre éstas, pero no es posible abarcar trastornos raros (como psicosis, autismo o anorexia), sin hacer el cuestionario demasiado largo; los trastornos menos frecuentes están mejor cubiertos por los cuestionarios específicos. Resulta clínicamente útil para un cuestionario general el preguntar sobre las relaciones de los niños con sus iguales y sobre conductas prosociales.

Porque los niños se comportan de manera diferente en diferentes ambientes o situaciones, y porque distintos informantes proporcionan perspectivas complementarias, suele ser clínicamente valioso el obtener cuestionarios de tres clases de informantes: padres, profesores, y los mismos jóvenes. Los cuestionarios autocontestados en niños menores de 11 años tienen un valor limitado^{8,9}, porque los niños pequeños no suelen entender las preguntas, y porque sus respuestas están muy influenciadas por cómo se sienten en ese preciso momento (aunque se les esté preguntando sobre el último mes o el último año).

Las investigaciones actuales ponen de manifiesto que el reconocimiento de casos psiquiátricos focalizándolo únicamente en la presencia/ausencia de síntomas no resulta suficiente, ya que se ignoran una serie de datos importantes a la hora de definir la existencia o no de un

trastorno mental en el niño/adolescente. De hecho en las actuales clasificaciones internacionales se incluyen como criterios diagnósticos la existencia de un impacto significativo, el cual puede presentarse como un marcado malestar o interferencia de los síntomas con la vida diaria^{10,11}. Consecuentemente los cuestionarios de screening de patología psiquiátrica serán más útiles en la medida que abarquen dichos aspectos.

Muchos niños o adolescentes padecen un trastorno psiquiátrico, pero no son remitidos a un especialista de los servicios de Salud Mental^{12,13,14,2}. Para entender cuáles son los niños que son referidos a los servicios de Salud Mental necesitamos información sobre otros tres factores. En primer lugar si los padres, los profesores o los propios niños piensan que padecen un trastorno mental; en segundo lugar si los síntomas han estado presentes por un largo período de tiempo, y en tercer lugar si dichos síntomas suponen una carga para los padres, profesores u otras personas. Aquellos cuestionarios que cubran dichas áreas podrán ser considerados buenos predictores del uso de los servicios de Salud Mental.

Tabla 1 Características comparadas del SQD, cuestionarios de Rutter y Achenbach

	SQD	RUTTER	ACHENBACH
Número de ítems	25-34	26-31	más de 150
Muchos ítems positivos	+	-	(+)
Versiones para:			
padres	+	+	+
profesores	+	+	+
Autocontestada	+	-	+
Versión de seguimiento disponible	+	-	-
Cobertura de :			
problemas de conducta	+	+	+
síntomas emocionales	+	+	+
hiperactividad/déficit de atención	+	(+)	+
relación con iguales	+	(+)	+
conducta prosocial	+	-	-
impacto de los síntomas	+	-	-
otros predictores de uso de los Servicios de Salud Mental	+	-	-

La Tabla 1 muestra que el SDQ ha conseguido aquellos criterios requeridos para un cuestionario que es breve, útil y aceptado. La tabla también compara el SDQ con los cuestionarios de Rutter y el CBCL. Es útil señalar también que el cuestionario es gratis para todos los clínicos, profesores o investigadores.

Tabla 2 Items de SDQ

Escala de hiperactividad

"Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo".
"Está continuamente moviéndose y es revoltoso".
"Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse".
"*Piensa las cosas antes de hacerlas*".
"*Termina lo que empieza, tiene buena concentración*".

Escala de síntomas emocionales

"Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas".
"Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece preocupado/a".
"Se siente a menudo infeliz, preocupado o lloroso".
"Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo".
"Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente".

Escala de problemas de conducta

"Frecuentemente tiene rabietas o mal genio".
"*Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos*".
"Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/as".
"A menudo miente o engaña".
"Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios".

Escala de problemas de relación

"Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a".
"*Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a*".
"*Por lo general cae bien a los otros niños/as*".
"Los otros niños se meten con él/ella, o se burlan de él/ella".
"Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as".

Escala prosocial

"Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas".
"Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc.".
"Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo".
"Trata bien a los niños/as más pequeños/as".
"A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)".

MÉTODO

Descripción del cuestionario

El cuestionario está formado por 25 ítems que se agrupan en 5 escalas de 5 ítems cada una (ver Tabla 2). De estos 25 ítems diez se consideran generalmente como capacidades, 14 son considerados como dificultades, y

uno de ellos ("se lleva mejor con los mayores que con los niños/as"), como neutral.

Cada uno de los 25 ítems puede ser contestado como "No es cierto", "Un tanto cierto" o "Absolutamente cierto". Para cada uno de los ítems, excepto aquéllos impresos en itálica, la puntuación es 0 para "No es cierto", 1 para "Un tanto cierto", y 2 para "Absolutamente cierto". Para los cinco ítems impresos en itálicas en Tabla 2 la puntuación es 2 para "No es cierto", 1 para "Un tanto cierto", y 0 para "Absolutamente cierto".

La puntuación para cada una de las 5 escalas se obtiene sumando las puntuaciones de los cinco ítems que componen cada escala, generando una puntuación que oscila entre 0 y 10. Las puntuaciones en las escalas de hiperactividad, síntomas emocionales, problemas de conducta y problemas con los compañeros, se suman para generar una puntuación total de dificultades, que oscila entre 0 y 40; la puntuación de la escala prosocial no se incorpora en la puntuación total de dificultades, ya que la ausencia de conductas prosociales es conceptualmente diferente de la presencia de dificultades psicológicas.

La obtención de la puntuación se facilita mediante la utilización de las hojas de corrección en transparencias, o bien usando el programa de ordenador diseñado para ello.

La versión ampliada del SDQ: Impacto de los síntomas

Comprende esta versión los 25 ítems del original cuestionario más un suplemento sobre el impacto de los síntomas específico para padres, otro para profesores, que difiere del primero en las preguntas sobre vida familiar y tiempo de ocio, y otro en la versión autocontestada de niños de 11 a 16 años.

La primera pregunta se refiere a si los respondientes piensan que el joven tiene dificultades en una o más de las siguientes áreas: emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarse con otras personas. En caso de respuesta afirmativa se procede a interrogar sobre la duración e intensidad, así como grado de interferencia en la vida diaria de dichas dificultades y la resultante carga para los demás. En caso de respuesta negativa estas preguntas se obvian.

Según los datos del estudio de validación de la versión ampliada del SDQ¹⁷, las puntuaciones sobre el impacto fueron mejores predictores que las puntuaciones en la escala de síntomas sobre qué sujetos padecían un trastorno psiquiátrico. La Figura 1 muestra la capacidad de la

puntuación del impacto del SDQ para distinguir entre una muestra clínica y una muestra de la comunidad.

La predicción de casos a partir del ítem "¿Cree que tiene alguna dificultad...?", fue casi tan precisa como la predicción a partir de la escala de síntomas e impacto.

Se concluye de todo ello que el uso del suplemento sobre el impacto de los síntomas supone una mejora importante del instrumento, ofreciendo más información para clínicos e investigadores sin que suponga mucho tiempo adicional para el respondiente del cuestionario.

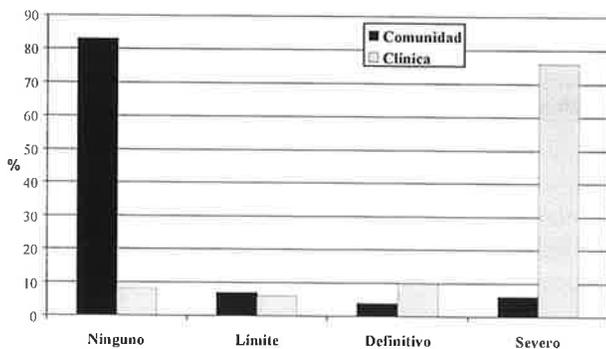


Figura 1. Puntuación del impacto (estimación de padres)

RESULTADOS

Estudios de validación

FRENTE A LOS CUESTIONARIOS DE RUTTER:

Se ha realizado un estudio de validación del SDQ frente a los cuestionarios de Rutter¹⁵. Para ello el autor procedió a la administración de ambas versiones, padres y profesores, de los dos cuestionarios, SDQ y Rutter, a 403 niños de muestras procedentes de una clínica dental y dos clínicas psiquiátricas. Se utilizaron las curvas ROC (Receiver Operating Characteristic) para establecer en qué medida cada cuestionario es capaz de distinguir entre muestras de alto y bajo riesgo, a través de la determinación del área bajo la curva en cada cuestionario (El área tiene un valor de 1,00 si el cuestionario distingue perfectamente entre las dos muestras y un valor de 0,50 si no puede distinguir mejor que el azar). Las áreas bajo la curva fueron equivalentes con ambos cuestionarios, siendo alrededor de 0,85 para ambos. Las puntuaciones comparadas entre el SDQ y el cuestionario de Rutter muestra-

Tabla 3 Correlaciones SDQ-RUTTER

CORRELACIONES SDQ-RUTTER		
	PADRES	PROFESORES
DIFICULTADES TOTALES	0,88	0,92
PROBLEMA DE CONDUCTA	0,88	0,91
SÍNTOMAS EMOCIONALES	0,78	0,87
HIPERACTIVIDAD	0,82	0,90

ron una alta correlación (ver Tabla 3).

A partir de estos resultados se concluye que el SDQ es tan válido como el cuestionario de Rutter, ofreciendo ventajas adicionales sobre éste respecto a: formato compacto en una sola hoja, foco en capacidades además de en dificultades, mejor información sobre dificultades de atención, relaciones con los compañeros y conducta social e igual formato para padres y profesores.

FRENTE AL CUESTIONARIO DE ACHENBACH:

El SDQ también ha demostrado su validez frente al Child Behaviour Checklist (CBCL), siendo mejor en la detección de problemas de déficit de atención e hiperactividad¹⁶. Asimismo las madres mostraron su preferencia por el SDQ¹⁶. Otra ventaja adicional del SDQ frente al CBCL radica en su brevedad, es 6 veces más breve. Los resultados de una entrevista psiquiátrica se correspondieron mejor con las escalas del SDQ, que con las del CBCL. Las puntuaciones obtenidas con ambos cuestionarios mostraron una alta correlación (ver Tabla 4).

Utilidad del SDQ

Tabla 4 Correlaciones SDQ-ACHENBACH

CORRELACIONES SDQ-CBCL	
DIFICULTADES TOTALES	0,87
PROBLEMA DE CONDUCTA	0,84
SÍNTOMAS EMOCIONALES	0,74
HIPERACTIVIDAD	0,71

ABORDAJE CLÍNICO

Obtener los SDQ de padres, maestros, y los propios niños (>11 años), antes de la primera valoración psiquiátrica puede predecir la patología que vamos a tratar. Se ha comprobado que las predicciones realizadas en base a las

16 puntuaciones del SDQ concuerdan bastante bien con la evaluación de psiquiatras experimentados (por ej. ver Figura 2).

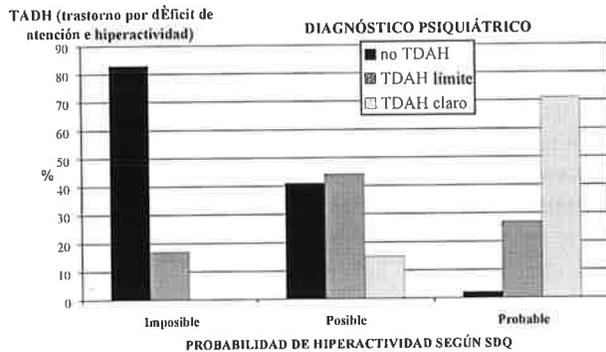


Figura 2. Predicción de SDQ sobre hiperactividad en una muestra clínica

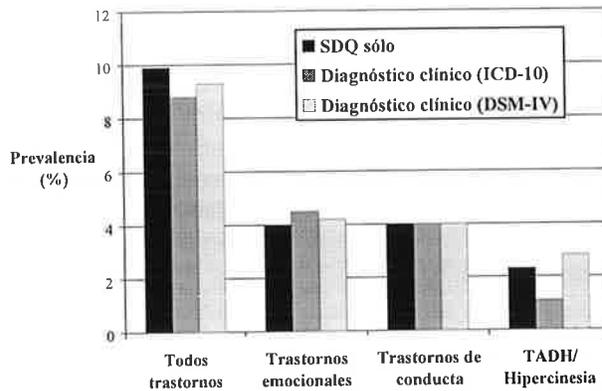


Figura 3. Prevalencia estimada de trastornos infanto juveniles utilizando entrevistas psiquiátricas y el SDQ

ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Obtener una prevalencia aproximada de los trastornos psiquiátricos en un población infanto-juvenil a través de cuestionarios es más fácil y más barato que obtenerla

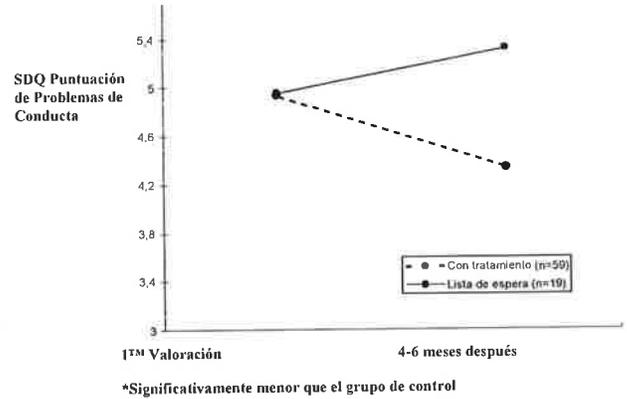


Figura 4. Un ensayo de entrenamiento de padres

mediante entrevistas psiquiátricas. El SDQ ha mostrado su validez en un estudio realizado en Londres por Goodman (Figura 3).

EVALUACIÓN DE TRATAMIENTOS

La eficacia de un tratamiento puede ser evaluada por el SDQ utilizando la diferencia de las puntuaciones antes y después del tratamiento (ej ver Figura 4).

CONCLUSIÓN

En definitiva este cuestionario se presenta como un valioso y actual instrumento de evaluación en el terreno de la salud mental infanto-juvenil, útil en la evaluación de tratamientos, en estudios epidemiológicos para evaluar prevalencia de trastornos en psiquiatría infanto-juvenil, y en investigaciones para evaluar factores de riesgo y protección en esta población.

¿Cómo obtener el cuestionario?

Página Web: <http://chp.iop.kcl.ac.uk/sdq/a1.html>
Versión castellano: mrtores@usc.es
Versión catalán: 221292edt@comb.es
Versión euskera: jfuentes@servitel.es
Versión gallego: pilargc@mx3.redestb.es

BIBLIOGRAFÍA

17

1. Rutter, M. A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1967, 8, 1-11.
2. Rutter, M., Tizard, J., y Whitmore, K. *Education, Health and Behaviour*. London: Longman, 1970.
3. Achenbach, T. M. *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991a.
4. Achenbach, T. M. *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991b.
5. Achenbach, T. M. *Manual for the Youth Self-Report*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991c.
6. Berg, I., Lucas, C., y McGuire, R. Measurement of behaviour difficulties in children using standard scales administered to mothers by computer: Reliability and validity. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1992, 1, 14-23.
7. Fombonne, E. The Child Behavior Checklist and the Rutter Parental Questionnaire: a comparison between two screening instruments. *Psychological Medicine*, 1989, 19, 777-785.
8. Fallon, T. y Schwab-Stone, M. Determinants of reliability in psychiatric surveys of children ages 6 to 12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1994, 35, 1391-1408.
9. Schwab-Stone, M., Fallon, T., Briggs, M. y Crowther, B. Reliability of diagnostic reporting for children aged 6-11 years; a test-retest reliability study of the Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151, 1048-1054.
10. American Psychiatric Association. *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona.: Masson, 1995.
11. Organización Mundial de la Salud CIE-10 Decima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
12. Burns, B.J., Costello, E.J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E.M.Z. y Erkanli, A. Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs*, 1995, 14, 147-159.
13. Leaf, P.J., Alegria, M., Cohen, P., Goodman, S.H., McCue Horwitz, S., Hoven, C.W., Narrow, W.E., Vaden-Kiernan, M. y Regier, D.A. Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35, 889-897.
14. Offord, D.R., Boyle, M.H., Szatmari, P., Rae-Grant, N.I., Links, P.S., Cadman, D.T., Byles, J.A., Crawford, J.W., Munroe-Blum, H., Byrne, C., Thomas, H. y Woodward, C.A. Ontario child health study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 1987, 44, 832-836.
15. Goodman, R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1997, 38, 581-586.
16. Goodman, R., y Scott, S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1999, 27, 17-24.
17. Goodman, R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999, 40, 791-799.
18. Goodman, R., Meltzer, H., y Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study of the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 7, 125-130.