

## La escala Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) como predictora del TDAH: comportamiento de las subescalas SDQ respecto a las dimensiones “Hiperactividad/Impulsividad” e “Inatención” en una muestra clínica

Javier Fenollar-Cortés<sup>1\*</sup>, Agustín Calvo-Fernández<sup>2</sup>, Julia García-Sevilla<sup>1</sup> y Tomás J. Cantó-Díez<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Murcia (España).

<sup>2</sup> Psiquiatra. Hospital Clínico San Juan de Alicante (España).

<sup>3</sup> Psiquiatra. Agència Valenciana de Salut (España).

**Resumen:** *Introducción:* La escala Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) es una herramienta de cribado clínico para infancia y adolescencia ampliamente utilizada internacionalmente en la clínica y en la investigación. *Objetivo:* El objetivo de este estudio es explorar la relación entre los diferentes índices de la escala SDQ y la puntuación en las dimensiones “Hiperactividad/Impulsividad” e “inatención” en una escala específica de TDAH. *Método:* Padres y profesores/as de una muestra de 212 niños/as de entre 6 y 16 años con un diagnóstico previo de TDAH, completaron las escalas SDQ y ADHD-RS-IV. *Resultados:* Se confirmó la relación significativa entre la dimensión “Hiperactividad” de la escala SDQ y ambas dimensiones del TDAH. Sin embargo, otros índices de la escala SDQ mostraron también relación con ambas dimensiones, diferenciando esta relación según el informador y la dimensión clínica. Para la familia, la “hiperactividad/impulsividad” estaba también relacionada con puntuaciones elevadas en la subescala “Problemas de conducta”, mientras que la “inatención” lo estaba con “síntomas emocionales”. *Conclusiones:* Estos resultados sugieren la posibilidad de valorar las puntuaciones en otros índices de la escala SCT para aumentar la sensibilidad de la escala a los diferentes perfiles clínicos del TDAH.

**Palabras clave:** TDAH, Strength and difficulties questionnaire, SDQ, ADHD-RS-IV, Hiperactividad/impulsividad, Inatención, escalas de cribado.

**Title:** Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) as predictor of ADHD: performance between SCT rates and "Hyperactivity/Impulsivity" and "inattention" domains of ADHD in a clinical sample.

**Abstract:** *Introduction:* Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) is an international screening tool widely used for research and clinical practice on child and adolescents. *Objective:* The aim of this study was to explore the relationship between SDQ indices and “Hyperactivity/Impulsivity” and “inattention” domains of specific ADHD scale. *Method:* The SDQ and ADHD-RS-IV were administered to parents and teachers of a sample of 212 children aged between 6 and 16 years old with a prior diagnosis of ADHD. *Results:* A significant relationship between “Hyperactivity/impulsivity” Scale (SDQ) and “hyperactivity/impulsivity” and “inattention” ADHD dimensions was confirmed. However, other SDQ scales were also related, depending of informant and ADHD domain. For the family, “hyperactivity/impulsivity” domain was related with high scores on “behavior problems” scale, while the “inattention” was related with “emotional symptoms” scale. *Conclusions:* This results suggest the possibility of to take into account rating scores on SDQ scales to increase the sensitivity of the scale to discriminate ADHD clinical subtypes.

**Key words:** ADHD; Strength and difficulties questionnaire; SDQ; ADHD-RS-IV; Hyperactivity/Impulsivity; Inattention; Screening.

### Introducción

Las herramientas clínicas de cribado psicopatológico orientadas a infancia y adolescencia han resultado de gran utilidad para el desarrollo de actuaciones de prevención e intervención temprana (Opler, Sodhi, Zaveri y Madhusoodanan, 2010). Entre estas herramientas de cribado destaca la escala Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997). Esta escala fue desarrollada a partir del cuestionario de conducta de Rutter (1967), como un instrumento de cribado de las principales psicopatologías en niños y adolescentes, de acuerdo a las categorías diagnósticas establecidas en los sistemas internacionales de clasificación CIE-10 (WHO, 1993) y DSM-IV (APA, 1994) (Goodman, 1994).

La escala SDQ genera cinco índices: Síntomas Emocionales, Problemas de conducta, Hiperactividad, Problemas con los compañeros y Escala Prosocial. Esta estructura de cinco factores ha sido corroborada por numerosos estudios a través de grandes muestras (He, Burstein, Schmitz y Merikangas, 2013; Van Roy, Veenstra y Clench-Aas, 2008). Por su parte, también se ha propuesto un modelo alternativo de tres

factores: “Síntomas externalizantes”, que agrupa los ítems correspondientes a “Hiperactividad” y “Problemas de conducta”; “Síntomas internalizantes”, que agrupa las subescalas de “Síntomas emocionales” y “Problemas con los/as compañeros/as”, un tercer factor que lo compondría la subescala “Conducta prosocial” (Goodman, Lamping y Ploubidis, 2010; Niclasen, Skovgaard, Andersen, Sømhovdy y Obel, 2013). Finalmente, algunos estudios corroboran ambas estructuras factoriales en poblaciones de bajo riesgo (Gómez-Beneyto et al., 2013).

Por otra parte, Goodman et al. (2012) afirman que la escala debe ser adaptada de manera específica a cada población, dependiendo de sus variables culturales, con el fin de poder comprender los resultados a través de muestras de todo el mundo. Pues bien, incluso una vez aplicadas estas adaptaciones y generados datos normativos específicos, la escala SDQ ha demostrado unas propiedades psicométricas adecuadas a lo largo de diferentes poblaciones culturalmente diferenciadas (Achenbach et al., 2008; Stone, Otten, Engels, Vermulst y Janssens, 2010; Woerner et al. 2004).

Recientemente ha surgido un interés creciente por aplicar la subescala “Hiperactividad” de la escala SDQ en el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Ejemplo de ello es su inclusión en el protocolo diagnóstico del proyecto internacional IMAGE orientado al análisis de los mecanismos genéticos del TDAH (Kunt-

**\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:**

Javier Fenollar Cortés. Dept. Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Murcia, Campus de Espinardo. 30100 Murcia (España).  
E-mail: [javier.fenollar@um.es](mailto:javier.fenollar@um.es)

si, Neale, Chen, Faraone, y Asherson, 2006). Por su parte, Russell, Rodgers y Ford (2013), en un estudio con una amplia muestra, concluyeron que la escala SDQ había mostrado una buena sensibilidad y especificidad (91% y 90%, respectivamente) para clasificar a niños/as con diagnóstico de TDAH.

No obstante, dado que la subescala “Hiperactividad” de la escala SDQ consta de cinco ítems, tres de ellos referentes a la dimensión “hiperactividad/impulsividad” y los otros dos a la dimensión “inatención”, la sensibilidad de la prueba para discriminar aquellos perfiles predominantemente inatentos es todavía objeto de estudio. Efectivamente, Ullebø, Posserud, Heiervang, Gillberg y Obel (2011), hallaron que la sensibilidad de la subescala “Hiperactividad” de la escala SDQ fue aceptable para el grupo TDAH combinado (aquellos sujetos con implicación clínicamente significativa de ambas dimensiones, inatención e hiperactividad/impulsividad) (74% de clasificación correcta), pero muy baja para el grupo TDAH predominantemente inatento (22% de clasificación correcta). Para intentar que la escala SDQ permita discriminar aquellos perfiles TDAH sin implicación de la dimensión hiperactiva/impulsiva, estos autores plantearon la posibilidad de rebajar el punto de corte de la subescala “hiperactividad”. Sin embargo, esta opción elevaría la probabilidad de posibles falsos positivos (Brøndbo et al., 2011).

Hasta la fecha, no nos consta investigación alguna que explore la relación entre los resultados en las subescalas de la escala SDQ y las puntuaciones obtenidas en las dimensiones “hiperactividad/impulsividad” e “inatención”, en una muestra clínica. Explorar esta relación no sólo permitiría explorar el comportamiento de las subescalas SDQ en relación a una realidad dicotómica de afectación clínica o no, sino que permitiría explorar en qué medida el grado de afectación en una dimensión del TDAH puede ser explicada por uno o varios índices de la escala SDQ.

Dado que la escala SDQ se ha mostrado como una herramienta de cribado clínico sencilla y útil en la detección temprana de casos de TDAH, especialmente aquellos con implicación de ambas dimensiones del trastorno, y dado que disminuir el punto de corte de la subescala “hiperactividad” podría reducir significativamente las propiedades psicométricas de la escala, consideramos interesante explorar otras opciones que, sin modificar aspectos esenciales de la escala, aumenten su sensibilidad hacia los diferentes perfiles clínicos del TDAH. Para ello, (i) se va a explorar el comportamiento de los diferentes índices de la escala SDQ respecto a las puntuaciones de “hiperactividad/impulsividad” e “inatención” obtenidas a través de una escala específica de TDAH, (ii) explorar el potencial de estas posibles relaciones para facilitar la decisión en la clasificación de los diferentes perfiles de TDAH a través de la escala SDQ.

## Método

### Participantes

Se seleccionó un grupo inicial compuesto por 239 usuarios/as de diferentes centros de salud mental infantil de la Comunidad Valenciana con edades comprendidas entre los 6 y los 16 años con un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Se aplicó como criterios de exclusión diagnósticos comórbidos tales como Trastorno Generalizado del Desarrollo, epilepsia, daño cerebral, trastornos psicóticos y cualquier trastorno médico cuyos síntomas se puedan solapar con los propios del TDAH. El diagnóstico clínico fue corroborado a través de un diagnóstico de investigación que incluía necesariamente una puntuación superior al umbral clínico (P90) en por lo menos una de las dimensiones del TDAH obtenidas a partir de la escala ADHD-RS-IV que se describe en el siguiente apartado de Instrumentos de Medida. De la muestra inicial, 27 casos no cumplían los criterios anteriores y fueron excluidos del estudio, quedando la muestra con un tamaño de 212 casos (véase tabla 1).

Este proyecto de investigación fue aprobado por la Comisión de Investigación del Hospital General Universitario de Alicante (Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana).

### Instrumentos de medida

▪ *Strengths and Difficulties Questionnaires for Parents and Teachers 4-17 (SDQ)*; Goodman, 1997). Esta escala de cribado clínico mide cinco índices específicos y uno general a través de 25 ítems, 5 ítems por índice, con tres opciones de respuesta (0 = *No es cierto*; 1 = *un tanto cierto*; 2 = *Totalmente cierto*). Las subescalas específicas miden “Síntomas emocionales”, “Problemas de conducta”, “Hiperactividad”, “Problemas con los compañeros/as” y “Conducta Prosocial”. La subescala total es el sumatorio de las cuatro primeras subescalas. Incluye una versión para que conteste la familia y otra para los/as educadores/as. Ambos informadores tienen un baremo diferente. También hay una versión para niños/as de 2 a 4 años, y una versión de autovaloración para sujetos de entre 11 y 17 años.

Los coeficientes de fiabilidad de la escala SDQ para nuestra muestra dependen de los informantes. Así, para la familia, el alfa de Crombach ha variado desde .63 para la subescala *Hiperactividad*, hasta .74 para la subescala *Conductas Prosociales*. En el caso de los/as profesores, este rango ha ido desde .65 para la subescala *Síntomas Emocionales*, hasta .78 para la subescala *Conducta Prosocial*.

▪ *ADHD Rating Scale-IV (ADHD RS-IV)*; DuPaul et al., 1998). Esta escala dispone de 18 ítems, 9 de los cuales miden la inatención y los otros 9 la conducta hiperactiva/impulsiva, basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. La dimensión “hiperactividad/impulsividad” contiene 6 ítems referentes a la hiperactividad y 3 a la impulsividad, tal y co-

mo se recoge en el DSM-IV-TR. La familia o los/as educadores/, según la versión administrada, deben responder en base a la conducta del sujeto evaluado respecto a los últimos seis meses. La escala mide la ocurrencia de esas conductas a través de cuatro opciones de respuesta ( $0 = \text{nunca o raramente}$ ;  $1 = \text{alguna vez}$ ;  $2 = \text{con frecuencia}$ ;  $3 = \text{con mucha frecuencia}$ ). Esta escala ha demostrado unas propiedades psicométricas sólidas tanto en población americana (DuPaul et al., 1998) como en población española (Servera, y Cardo, 2007). En nuestra muestra, los coeficientes de fiabilidad para las dimensiones "inatención" e "hiperactividad/Impulsividad" fueron .87 y .88, respectivamente, para la familia mientras que el alfa de Crombach fue de .90 y .91, respectivamente, para los/as educadores/as.

### Análisis de datos

Para el análisis de los resultados se va a proceder de la siguiente manera:

- Se llevará a cabo un análisis de correlación parcial de primer orden de los resultados en las subescalas tanto de la escala SDQ como de la escala ADHD-RS-IV por parte de la familia y de los/as educadores/as, controlando el efecto de la edad.
- Se explorará la relación entre las puntuaciones en las dimensiones de inatención e hiperactividad/impulsividad obtenidas a partir de la escala ADHD-RS-IV y las puntuaciones en los diferentes índices de la escala SDQ. Para ello se utilizarán métodos de regresión lineal múltiple, asumiendo las puntuaciones por dimensión e informador de la escala ADHD-RS-IV como variables dependientes, y las puntuaciones en las diferentes escalas SDQ como variables independientes.
- Finalmente se llevará a cabo un análisis discriminante para explorar la capacidad predictora de las diferentes funciones, conformadas por los resultados en las escalas SDQ según informadores, respecto a las dimensiones en la escala ADHD-RS-IV. Para ello, se procederá a una transformación de las puntuaciones de la escala ADHD-RS-IV a variables indicadoras de la presencia o no de un TDAH, según su posición respecto al umbral clínico (igual o superior a un percentil 90).

### Resultados

Como se puede observar en la tabla 1, las tres cuartas partes de la muestra fueron varones (74.6%), de los cuales algo menos de la mitad estaban bajo intervención farmacológica en el momento del estudio. La familia puntúa por encima del umbral clínico, equivalente a una puntuación igual o superior al percentil 90, en la dimensión "Inatención" de la escala ADHD-RS-IV en la mayoría de los casos de la muestra (81.1%), mientras que en el caso de los/as educadores/as apenas lo hacen en una cuarta parte (26.9%). Respecto a la dimensión de "Hiperactividad/Impulsividad", la familia puntúa por encima del umbral clínico en tres cuartas partes

de la muestra (74.5%), mientras que los/as educadores/as lo hacen en algo más de una tercera parte (34%). Como cabría esperar, las puntuaciones más elevadas en la escala SDQ corresponden a la "Escala de Hiperactividad" (7.33 y 6.94, familia y educadores respectivamente). Las puntuaciones elevadas que podemos observar en la "Escala Prosocial" por parte de ambos informantes, responden a que ésta es la única de las escalas del SDQ con una puntuación inversa.

**Tabla 1.** Características clínicas y sociodemográficas de la muestra.

	Familia	Educadores/as
<b>N</b>	212	
<b>Edad</b> $M(DE)$	9.78(2.4)	
<b>Varones (%)</b>	74.6	
<b>Medicados (%)</b>	42.5	
<b>ADHD-RS-IV</b>		
Inatención $M(DE)$	18.09(5.28)	16.33(6.72)
Hiperactividad/ Impulsividad $M(DE)$	15.29(6.74)	12.84(7.88)
Ina. ( $\geq P90$ ) <sup>a</sup> (%)	81.1	26.9
Hip. ( $\geq P90$ ) (%)	74.5	34.0
<b>SDQ</b>		
Síntomas emocionales $M(DE)$	3.97(2.51)	3.53(2.28)
Problemas de conducta $M(DE)$	3.82(2.40)	3.35(2.54)
Hiperactividad $M(DE)$	7.33(1.98)	6.94(2.60)
Problemas con compañeros $M(DE)$	3.14(2.5)	3.19(2.39)
Escala Prosocial $M(DE)$	7.29(2.33)	6.05(2.61)

*Nota.* ADHD-RS-IV = ADHD Rating Scale; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaires. Ina = Inatención; Hip. = Hiperactividad/impulsividad.

<sup>a</sup>Puntuación clínicamente significativa por superar el umbral P90.

Se llevó a cabo un análisis de correlaciones parciales entre las puntuaciones de las escalas ADHD-RS-IV y SDQ según informadores, controlando el efecto de la edad. La correlación parcial entre las dimensiones inatención e hiperactividad/impulsividad en la escala ADHD-RS-IV fue significativa tanto para la familia ( $r = .41$ ;  $p < .001$ ) como para los/as educadores/as ( $r = .56$ ;  $p < .001$ ). Respecto a la subescala *Hiperactividad* de la escala SDQ, las correlaciones parciales respecto a otros índices por parte de los/as educadores fueron significativas en todas las subescalas salvo en el de *Problemas con los/as compañeros/as*. La correlación más elevada se dio con la subescala *de Problemas de Conducta* ( $r = .53$ ;  $p < .001$ ), y la más baja con la subescala *Síntomas Emocionales* ( $r = .15$ ;  $p < .05$ ). En el caso de la familia, las puntuaciones de la subescala *Hiperactividad* correlacionaron de manera significativa con el resto de las subescalas de la escala. Al igual que por parte de los/as informadores/as, la correlación parcial más elevada se produjo con la subescala *Problemas de Conducta* ( $r = .39$ ;  $p < .001$ ), y la más baja con la puntuación de la *Conducta Prosocial* ( $r = -.15$ ;  $p < .05$ ).

Se llevó a cabo un análisis de correlaciones de primer orden entre las puntuaciones en las diferentes subescalas de la escala SDQ, diferenciando entre informadores (véase tabla 2). Las correlaciones entre las subescalas fueron significativas para la mayoría de las subescalas entre sí. Las correlaciones significativas entre las subescalas por parte de la familia

fueron desde  $r = .15$  ( $p < .01$ ), para la correlación entre *Hiperactividad* y *Problemas con los compañeros* hasta  $r = .47$  ( $p < .001$ ) para la correlación entre *Problemas de Conducta* e “*Hiperactividad*”. En el caso de los educadores, las correlaciones significativas fueron desde  $r = .15$  ( $p < .01$ ) para

*Hiperactividad* y *Síntomas Emocionales*, hasta  $r = -.49$  ( $p < .001$ ) para *Prosocial* y *Problemas de Conducta*. No se hallaron correlaciones parciales significativas entre *Prosocial* y *Síntomas Emocionales* para ninguno de los informadores. Como se puede observar en la tabla, no existe multicolinealidad.

**Tabla 2.** Correlaciones de primer orden entre las subescalas de la escala SDQ (edad ajustada).

(Familia/Educador)	Sint. Emoc.	Prob. Cond.	Hip.	Prob. Comp
Prob. Cond.	.23***/.24***			
Hip.	.17***/.15*	.47***/.53***		
Prob. Comp	.34***/.38***	.32***/.29***	.15**/.13	
Pros.	-.09/-.12	-.43***/-.49***	-.17***/-.21**	-.30***/-.33***

*Nota:* Sint. Emoci. = Índice de Síntomas Emocionales; Prob. Cond. = Índice de Problemas de Conducta; Hip. = Índice de Hiperactividad; P. compa = Índice de Problemas con los/as compañeros/as; Prosocial = Índice de conducta Prosocial.

\*\*\*  $p < .001$ . \*\*  $p < .01$ . \*  $p < .05$ .

Al analizar las correlaciones de primer orden de las puntuaciones entre escalas según informadores, hallamos que las puntuaciones en ambas dimensiones de la escala ADHD-RS-IV correlacionan de manera significativa en la mayoría de las subescalas de la escala SDQ para un mismo informante (véase tabla 3). Así, las puntuaciones de la familia en la dimensión inatención de la escala ADHD-RS obtiene correlaciones elevadas con las subescalas de la escala SDQ salvo en la *escala prosocial*, y la dimensión *hiperactividad/impulsividad* no correlaciona significativamente de manera exclusiva con la subescala *Problemas con los/as*

compañeros/as. Por parte de los/as educadores/as, la puntuación en inatención correlacionaba significativamente con todas las subescalas de la escala SDQ, mientras que la puntuación en *hiperactividad/impulsividad* no correlacionó ni con este último índice del SDQ ni con el de Escala prosocial. Al cruzar los resultados entre informantes, hallamos que tanto la subescala de *Problemas de conducta* como el de *Hiperactividad* correlacionaban de manera significativa en la mayoría de las puntuaciones en la escala ADHD-RS-IV por parte de ambos informadores.

**Tabla 3.** Correlaciones de primer orden entre puntuaciones de la escala ADHD-RS-IV y la escala SDQ (edad ajustada).

SDQ(Familia/Educador)	ADHD-RS-IV			
	Familia		Educadores/as	
	Inatención	Hiperactividad/ Impulsividad	Inatención	Hiperactividad/ Impulsividad
Síntomas emocionales	.33***/.14	.19**/.07	-.03/.24***	-.15*/.15*
Problemas de conducta	.33***/.14*	.44***/.16*	.23**/.51***	.33***/.46***
Hiperactividad	.41***/.11	.61***/.26***	.19**/.65***	.38***/.70***
Problemas con los/as compañeros/as	.33***/.18*	.09/-.01	.05/.20**	-.03/.04
Escala Prosocial	-.11/-.07	-.17*/-.02	.01/-.26***	-.03/-.11

\*\*\*  $p < .001$ . \*\*  $p < .01$ . \*  $p < .05$ .

Al aplicar un análisis de regresión múltiple utilizando como variables predictoras las subescalas en la escala SDQ, incluyendo la edad como variable independiente, y como variables dependientes las puntuaciones en ambas dimensiones de la escala ADHD-RS-IV por parte de ambos informadores, hallamos que además de la relación entre la las subescalas de *Hiperactividad* de la escala SDQ, lo cual era esperable, otros índices de dicha escala también tienen relación con las variables dependientes (véase tabla 4). La puntuación en inatención por parte de la familia mostró relación con la subescala *Hiperactividad* ( $\beta = .31$ ;  $p < .001$ ), pero también de manera significativa con el de *Síntomas Emocionales* ( $\beta = .21$ ;  $p < .01$ ), y en un grado menor con el de *Problemas con los compañeros* ( $\beta = .17$ ;  $p < .05$ ). Respecto a los/as

educadores/as, en la dimensión inatención, además de la elevada relación con la subescala de *Hiperactividad* ( $\beta = .54$ ;  $p < .001$ ), se observó relación tanto con la subescala “*Síntomas Emocionales*” ( $\beta = .12$ ;  $p < .05$ ) como con la escala “*Problemas de conducta*” ( $\beta = .18$ ;  $p < .05$ ). Las puntuaciones en *hiperactividad/impulsividad* se relacionan de manera moderada con la puntuación por parte de los/as educadores/as en la subescala *Hiperactividad* ( $\beta = .63$ ;  $p < .001$ ), y con la subescala *Problemas de Conducta* ( $\beta = .18$ ;  $p < .01$ ). En las puntuaciones de la familia hallamos este mismo patrón ( $\beta = .51$ ;  $p < .001$  para la subescala *Hiperactividad*), pero con una implicación mayor de la subescala *Problemas de Conducta* ( $\beta = .25$ ;  $p < .01$ ).

**Tabla 4.** Análisis de regresión múltiple entre puntuaciones en los índices de SDQ (incluida la edad) y las dimensiones de la escala ADHD-RS-IV según informador.

		Predictores															
		Familia						Educadores/as									
		Sint. Emoc.	Prob. Cond.	Hip.	Prob. Comp.	Pros.	Edad	Sint. Emoc.	Prob. Cond.	Hip.	Prob. Comp.	Pros.	Edad				
		Coeficientes estandarizados ( $\beta$ )						R <sup>2</sup>	F <sup>a</sup>	Coeficientes estandarizados ( $\beta$ )						R <sup>2</sup>	F <sup>a</sup>
ADHD-RS-IV	Fam.	.21**	.13	.31***	.17*	.05	.13*	.286	12.88***	.11	.06	.09	.03	.14	.11	.053	1.736
	Educ.	-.10	.25**	.12	.01	.13	-.13	.106	3.713**	.12*	.17*	.54***	.02	-.04	.00	.492	30.01***
Inat.	Fam.	.09	.25***	.51***	-.11*	-.02	-.19***	.478	29.50***	.05	.05	.25**	-.06	.04	-.21**	.144	5.23***
	Educ.	-.23***	.34***	.30***	-.08	.12	-.18**	.301	13.45***	.07	.18**	.63***	-.09	.08	-.08	.542	36.72***

Nota: Inat. = Inatención; Hip/Imp. = hiperactividad/Impulsividad; Fam. = familia; Educ. = educadores/as. Para escala SDQ, Sint. Emoci. = Índice de Síntomas Emocionales; Prob. Cond. = Índice de Problemas de Conducta; Hip. = Índice de Hiperactividad; P. compa = Índice de Problemas con los/as compañeros/as; Prosocial = Índice de conducta Prosocial.

<sup>a</sup> Los grados de libertad corresponden a 6 y 193.

\*\*\*  $p < .001$ . \*\*  $p < .01$ . \*  $p < .05$ .

Respecto a las puntuaciones cruzadas entre informadores, cabe señalar la relación entre las puntuaciones en la *dimensión de hiperactividad/impulsividad* por parte de los/as educadores/as y las puntuaciones de la familia en las subescalas de *Síntomas Emocionales* ( $\beta = -.23$ ;  $p < .001$ ), *Problemas de Conducta* ( $\beta = .34$ ;  $p < .001$ ) e *Hiperactividad* ( $\beta = .30$ ;  $p < .001$ ). De manera general, podemos decir que la subescala de *Hiperactividad* de la escala SDQ se relaciona con ambas dimensiones de la escala ADHD-RS-IV, pero también lo hace la subescala de *Problemas de Conducta*, y en un grado menor la subescala de *Síntomas Emocionales*. La subescala *Problemas con los/as compañeros/as* y la subescala *Prosocial* no se relacionan significativamente con ninguna de las dimensiones en la escala ADHD-RS-IV por parte de ninguno de los informantes. También podemos señalar que las puntuaciones en las subescalas SDQ por parte de la familia se relacionan en mayor número de casos con las subescalas de la escala ADHD-RS-IV por parte de ambos informadores.

El resultado de los análisis discriminantes indican que las subescalas SDQ predicen correctamente un porcentaje mayor de afectación clínicamente significativa en la *dimensión hiperactividad/impulsividad* por parte de ambos informantes (véase tabla 5). Además, es en esta dimensión donde la carga de la subescala *SDQ de Hiperactividad* es mayor ( $\omega = .886$  y  $\omega = .858$ , educadores/as y familia, respectivamente). No obstante, aunque menor, también se puede observar que la subescala *Problemas de Conducta* tiene una carga importante respecto a los otros índices ( $\omega = .352$  y  $\omega = .290$ , familia y educadores/as, respectivamente). Respecto a la afectación clínica en la dimensión de inatención, las cargas dentro de cada función fueron más equilibradas. La primera función, que corresponde a la afectación clínica de la inatención a partir de la información de la familia, prácticamente equipara en cargas a todos las subescalas SDQ excepto el de *Problemas de Conducta*. Sin embargo, para la función dos, que corresponde a la opinión de los/as educadores/as, la carga de la subescala de *Problemas de conducta* fue mayor que el de *Hiperactividad*.

**Tabla 5.** Funciones discriminantes: bondad de ajuste y coeficientes estandarizados de funciones canónicas por función.

	M de Box	$\lambda$ de Wilks	Clasifica (%)	Sint. Emoc.	Prob. Cond.	Hip.	Prob. Comp.	Pros.		
				$\omega$	$\omega$	$\omega$	$\omega$	$\omega$		
Inatención	Fam.	$p > .05$	.888*	65.5	.355	.178	.544	.543	.446	Función 1
	Educ.	$p > .05$	.848*	68.4	.348	.509	.424	-.011	-.180	Función 2
Hiperactividad/Impulsividad	Fam.	$p > .05$	.770*	74.0	.179	.352	.858	-.249	.030	Función 3
	Educ.	$p > .05$	.753*	72.5	.117	.290	.886	-.050	.307	Función 4

Nota: Fam. = familia; Educ. = educadores/as. Para escala SDQ, Sint. Emoc. = Índice de Síntomas Emocionales; Prob. Cond. = Índice de Problemas de Conducta; Hip. = Índice de Hiperactividad; Prob. Comp. = Índice de Problemas con los/as compañeros/as; Pros = Índice de conducta Prosocial.

\*  $p < .05$ .

En las dos funciones relacionadas con la afectación clínica de la hiperactividad/impulsividad, la subescala *SDQ de Hiperactividad* es el de mayor peso, pero aunque menor, la subescala de *Problemas de Conducta* tuvo una carga importante en ambos informadores. Para las funciones relacionadas con la inatención no sólo la subescala de *Hiperactividad* tuvo una carga importante, sino que otros índices cargaron de manera igual e incluso más según el informante. Sin embargo, para ambas funciones, tanto la subescala *Hiperactividad* como la subescala *Síntomas Emocionales* cargaron de manera importante indistintamente al informador.

## Discusión

El objetivo principal de este estudio era explorar la posibilidad de poder aumentar la sensibilidad de la escala SDQ hacia los diferentes perfiles clínicos del TDAH, sin disminuir las propiedades psicométricas de la misma, y siguiendo los siguientes pasos: i) explorar el comportamiento de las subescalas de la escala SDQ respecto a las puntuaciones en ambas dimensiones del TDAH medidas a través de una escala específica del TDAH; y ii) explorar los resultados obtenidos con el fin de identificar patrones que faciliten la discriminación

de perfiles clínicos TDAH con implicación de una sola de las dimensiones del trastorno.

Los resultados sugieren que el comportamiento de las subescalas de la escala SDQ respecto las dimensiones “hiperactividad/impulsividad” e “inatención” varía según el informante y según la dimensión TDAH medida. Además, se pone de manifiesto que, mientras para los/as educadores/as la subescala *Hiperactividad* de la escala SDQ explica en gran medida la puntuación en ambas dimensiones del TDAH obtenida por la escala ADHD-RS-IV, para la familia este índice explica sólo una parte de la puntuación en ambas dimensiones del TDAH.

Para la familia, las puntuaciones en la subescala *Síntomas Emocionales* explican sólo un poco menos que la subescala *Hiperactividad* la puntuación en la dimensión “inatención”. Ello sugiere que, para la familia, el grado de afectación en la dimensión “inatención” estaría relacionada no sólo con los comportamientos hiperactivos/inatentos, sino también con un impacto a nivel emocional (tristeza, ansiedad, etc.), y en menor grado con los problemas de conducta y de relación. Sin embargo, la dimensión de “hiperactividad/impulsividad” estaría más relacionada con los problemas de conducta, sobre todo con la subescala “hiperactividad, y nada con los síntomas emocionales. Para la familia, y ante puntuaciones media/baja en la subescala *Hiperactividad*, la presencia de puntuaciones elevadas en la subescala *Problemas de Conducta*, junto a una puntuación baja en la subescala *Síntomas Emocionales*, podría sugerir una afectación clínica de la dimensión “hiperactividad/impulsividad”, mientras que puntuaciones elevadas en las subescalas *Síntomas Emocionales*, *Problemas de Conducta* y *Conducta Prosocial* sugeriría una afectación de la dimensión “inatención”.

En el caso de los/as educadores/as, la subescala *Hiperactividad* de la escala SDQ explicaría en gran medida la puntuación en ambas dimensiones del TDAH. En menor grado que en el caso de la familia, también se observa que la subescala *Síntomas Emocionales* tiene relación con la puntuación obtenida en la dimensión “inatención” de la escala ADHD-RS-IV. Además, para los/as educadores/as, la subescala *Problemas de Conducta* está relacionado con ambas dimensiones. Mientras la subescala *Hiperactividad* de la escala SDQ para los/as educadores explica una parte importante de la dimensión “hiperactividad/impulsividad” reportada por la familia, la puntua-

ción en este índice no tiene relación con la puntuación en la dimensión “inatención” de la familia.

Este estudio es una primera aproximación al establecimiento de una relación entre patrones de puntuaciones en las escalas SDQ y puntuaciones en las dimensiones del TDAH a través de la escala ADHD-RS-IV. Esta investigación tiene una importante limitación, y es la ausencia de un amplio grupo control con el que explorar si las relaciones halladas en este trabajo se mantienen cuando se incluyen las puntuaciones de un grupo no clínico. Además, la introducción de un grupo no clínico permitiría no sólo explorar la capacidad de las subescalas SDQ para predecir la afectación o no en una de las dimensiones del TDAH, sino la pertenencia o no a un subtipo clínico del TDAH.

## Conclusión

La subescala *Hiperactividad* de la escala SDQ explica por sí misma una parte importante de la dimensión “hiperactividad/impulsividad” propia del TDAH, tanto por parte de la familia como por parte de los/as educadores/as. Sin embargo, este índice está menos relacionado de lo esperado con la “inatención” cuando es la familia quien informa. Para la familia, la puntuación en la subescala *Síntomas Emocionales* de la escala SDQ tiene una relación significativa con la puntuación en la dimensión “inatención”, mientras que la “hiperactividad/impulsividad” estaría más relacionada con la subescala *Problemas de conducta* y nada con la subescala *Síntomas Emocionales*. En el caso de los educadores, el resultado en la subescala *Problemas de Conducta* tiene especial interés respecto a la dimensión “hiperactividad/impulsividad”, mientras que para la dimensión “inatención”, además de la subescala *Problemas de Conducta*, se halló relación para la subescala *Síntomas Emocionales*.

La subescala *Hiperactividad* de la escala SDQ guarda por sí mismo una importante relación con las dos dimensiones del TDAH, avalando su uso como cribado orientado a esta población, pero la puntuación en otros índices de la escala SDQ, tales como *Síntomas Emociones* y *Problemas de Conducta*, podrían resultar de utilidad para un cribado del TDAH que tenga en cuenta la heterogeneidad clínica del TDAH.

## Referencias

- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H., y Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (3), 251-275.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: DSM-IV.
- Brondbo, P. H., Mathiassen, B., Martinussen, M., Heiervang, E., Eriksen, M., Moe, T. F., ... Kvernmo, S. (2011). The strengths and difficulties questionnaire as a screening instrument for norwegian child and adolescent mental health services, application of UK scoring algorithms. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 32.
- Gómez-Beneyto, M., Nolasco, A., Moncho, J., Peereyra-Zamora, P., Tamayo-Fonseca, N., Munarriz, M. ... Girón, M. (2013). Psychometric behaviour of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) in the Spanish national health survey 2006. *BMC Psychiatry*, 13 (95), 1-10. doi:10.1186/1471-244X-13-95
- Goodman, R. (1994). A modified version of the Rutter parent questionnaire including items on children's strengths: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1483-1494.
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, A., Heiervang, E., Fleitlich-bilyk, B., Alyahri, A., Patel, V., Mullen, M. S., ... Goodman, R. (2012). Cross-national differences in ques-

- tionnaires do not necessarily reflect comparable differences in disorder prevalence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (8), 1321-1331.
- Goodman A, Lamping D. L., y Ploubidis, G. B (2010). When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1179-1191.
- He, J., Burstein, M., Schmitz, A., y Merikangas, K. R. (2013). The strengths and difficulties questionnaire (SDQ): The factor structure and scale validation in U.S. adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41 (4), 583-595.
- Kuntsi, J., Neale, B. M., Chen, W., Faraone, S. V., y Asherson, P. (2006). The IMAGE project: methodological issues for the molecular genetic analysis of ADHD. *Behavioral and Brain Functions*, 2, 27.
- Niclasen, J., Skovgaard, A. M., Andersen, A-M. N., Sømhøvd, M. J., y Obel, C. (2013). A Confirmatory Approach to Examining the Factor Structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): A Large Scale Cohort Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41 (3), 355-365.
- Opler, M., Sodhi, D., Zaveri, D., y Madhusoodanan, S. (2010). Primary psychiatric prevention in children and adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22 (4), 220-234.
- Rutter, M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: Preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1-11.
- Russell, G., Rodgers, L. R., y Ford, T. (2013). The strengths and difficulties questionnaire as a predictor of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS One*, 8 (12).
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C., M., E., Vermulst, A. A., y Janssens, J. M. A. M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4- to 12-year-olds: A review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13 (3), 254-274.
- Ullebø, A. K., Posserud, M., Heiervang, E., Gillberg, C., y Obel, C. (2011). Screening for the attention deficit hyperactivity disorder phenotype using the strength and difficulties questionnaire. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 20 (9), 451-458.
- 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 and Allied Disciplines*, 49 (12), 1304-1312.
- Woerner, W., Fleitlich-Bilyk, B., Martinussen, R., Fletcher, J., Cucchiaro, G., Dalgalarrodo, P., ... Tannock, R. (2004). The strengths and difficulties questionnaire overseas: Evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 13, (suppl. 2), 47-54.
- World Health Organization. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders diagnostic criteria for research.

(Artículo recibido: 24-07-2014; revisado: 19-09-2014; aceptado: 22-09-2014)