



ORIGINAL

Prevalencia de síntomas emocionales y comportamentales en adolescentes españoles



Javier Ortuño-Sierra^{a,*}, Eduardo Fonseca-Pedrero^{a,b}, Mercedes Paíno^{b,c} y
Rebeca Aritio-Solana^a

^a Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja, Logroño, España

^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), España

^c Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

Recibido el 2 de abril de 2013; aceptado el 23 de diciembre de 2013

Disponible en Internet el 14 de febrero de 2014

PALABRAS CLAVE

*Strengths and
Difficulties
Questionnaire*;
Adolescentes;
Prevalencia;
Emocional;
Comportamental

Resumen

Introducción: El propósito principal del estudio fue examinar la prevalencia de los síntomas emocionales y comportamentales así como las capacidades de tipo prosocial, medidos con el *Strengths and Difficulties Questionnaire*, en adolescentes no clínicos.

Método: La muestra final estuvo compuesta por un total de 508 participantes españoles, 208 hombres (40,9%). La edad de los participantes osciló entre 11 y 18 años ($M = 13,91$ años; $DT = 1,71$).

Resultados: Un importante número de adolescentes informaron de sintomatología afectiva y comportamental. Las puntuaciones medias de las subescalas del *Strengths and Difficulties Questionnaire* variaron de forma estadísticamente significativa en función del género y la edad de los adolescentes.

Conclusiones: La prevalencia de dificultades de tipo psicológico entre adolescentes fue similar a la informada en estudios previos, tanto en el panorama nacional como internacional. A la vista de los resultados, existe una necesidad de desarrollar programas de detección temprana de este tipo de síntomas emocionales y comportamentales en los centros escolares y/o asistenciales en población infanto-juvenil.

© 2013 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

*Strengths and
Difficulties
Questionnaire*;

Prevalence of emotional and behavioral symptomatology in Spanish adolescents

Abstract

Introduction: The main purpose of this study was to examine the prevalence of symptoms of an emotional and behavioral nature, as well as prosocial type capabilities, measured using the *Strengths and Difficulties Questionnaire*, in non-clinical adolescents.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier.ortuno@unirioja.es (J. Ortuño-Sierra).

Adolescents;
Prevalence;
Emotional;
Behavioral

Method: The final sample was composed of a total of 508 students, 208 male (40.9%). The age of participants ranged from 11 to 18 years ($M = 13.91$ years; $SD = 1.71$).

Results: The results show that a significant number of adolescents self-reported emotional and behavioral problems. The mean scores of the Strengths and Difficulties Questionnaire subscales varied according the gender and age of the adolescents.

Conclusions: In the present study, the prevalence of psychological difficulties among adolescents was similar to that reported in other national and international studies. In view of these results, there is a need to develop programs for the early detection of these types of problems in schools in children and adolescents ages.

© 2013 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los problemas de salud mental en niños y adolescentes tienen un importante impacto no solo en el propio individuo sino en la familia, en el entorno escolar y en la comunidad¹. En las 2 últimas décadas ha aumentado el interés en la identificación de niños y adolescentes en riesgo de padecer algún tipo de trastorno emocional y/o conductual². A pesar de los esfuerzos destinados a esta detección precoz, diferentes investigaciones sugieren que solo una minoría de la población infantojuvenil con necesidades de intervención en el área de salud mental entra en contacto directo con servicios especializados^{3,4}. En este sentido, las estrategias para la prevención primaria (prevención de la aparición de sintomatología) así como para la prevención secundaria (identificación y tratamiento de individuos asintomáticos que han desarrollado factores de riesgo o rasgos subclínicos, pero cuya condición clínica no se ha manifestado) aún no están bien desarrolladas en la población infanto-juvenil⁵.

Según la encuesta nacional de salud mental realizada en España⁶, el 22,1% de los niños y adolescentes españoles de entre 4 y 15 años presenta riesgo de sufrir un trastorno mental o del comportamiento (p. ej., problemas de conducta). Estudios epidemiológicos infantojuveniles realizados también en nuestro territorio arrojan tasas de prevalencia similares para los diferentes problemas emocionales y comportamentales⁷⁻¹⁰, siendo semejantes a las encontradas en población general^{11,12}. Estos resultados son también convergentes con los encontrados en estudios epidemiológicos llevados a cabo en otros países. Las tasas de prevalencia internacionales para los trastornos mentales en niños y adolescentes, clasificados según los criterios diagnósticos DSM-IV y/o CIE-10, se sitúan entre el 5 y el 20% de la población¹³⁻¹⁷, siendo la tasa media del orden del 15%^{18,19}.

Como se puede observar, un porcentaje elevado de niños y adolescentes presenta o presentará a lo largo de su vida un trastorno mental, ocasionando un claro impacto, no solo en las esferas personal, académica, familiar y social, sino también a nivel económico y sanitario^{14,15,20}. Además, muchos de los trastornos mentales parecen tener su comienzo en la niñez y/o adolescencia. Aproximadamente un 50% comienzan antes de los 15 años y, en muchos casos, dicha sintomatología se mantiene estable hasta la edad adulta^{13,21-23}. Más aún, se debe tener en cuenta que la presencia de sintomatología afectiva y comportamental a nivel subclínico incrementa el riesgo posterior de desarrollar un trastorno mental de tipo severo²⁴⁻²⁷. A partir de estos datos de prevalencia, y teniendo presentes los costes económicos

y sociales que generan los problemas de salud mental en este sector de la población^{14,15}, no cabe duda de que es de suma importancia llevar a cabo una evaluación y detección fiable y válida de los síntomas emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil. Una evaluación precisa permite una mejor comprensión de las tasas de prevalencia de salud mental y posibilita una mejor gestión de recursos económicos y/o asistenciales.

El *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ)²⁸ (Cuestionario de Capacidades y Dificultades), en su versión autoinforme, es un instrumento de medida utilizado para el cribado de síntomas conductuales y emocionales, así como para la valoración de capacidades de tipo prosocial. La utilización del SDQ permite obtener información fiable y válida sobre la expresión de los síntomas emocionales y comportamentales, siendo a su vez un cuestionario breve, sencillo y de fácil administración para su uso en población infantojuvenil^{29,30}.

La sintomatología emocional y comportamental evaluada mediante el SDQ parece variar en función del género y la edad de los adolescentes. Datos similares se encuentran en estudios epidemiológicos con otros instrumentos de medida^{13,33}. En relación con el género, las mujeres obtienen mayores puntuaciones medias que los varones en síntomas emocionales y conducta prosocial; en cambio, los varones obtienen mayores puntuaciones medias que las mujeres en problemas de conducta, hiperactividad o problemas de relación³⁴⁻⁴⁴. Con respecto a la edad, los resultados aún no son concluyentes. Algunos estudios encuentran una mayor sintomatología emocional y comportamental a medida que aumenta la edad^{35,36,38,42}, mientras que otros evidencian una tendencia inversa^{40,45}, o no hallan ningún tipo de asociación⁴⁶.

Hasta el momento, en España, se han llevado a cabo pocos estudios empíricos que informen sobre la prevalencia de síntomas de tipo emocional y comportamental medidos con el SDQ. Dentro de este contexto de investigación, el principal objetivo del presente trabajo fue examinar las tasas de prevalencia de sintomatología emocional y comportamental, a través del SDQ²⁸, en una muestra de adolescentes de la población general española. Asimismo, se analizó la expresión de los síntomas afectivos y del comportamiento y las capacidades prosociales en función del género y la edad. El estudio de las tasas de prevalencia de síntomas emocionales y comportamentales nos permite una mejor comprensión de la psicopatología infantojuvenil y posibilita la mejora de los sistemas de salud pública a nivel de detección e intervención precoz, así como de tratamiento y gestión de

recursos. De acuerdo con investigaciones previas, nos guía la hipótesis de que el porcentaje de adolescentes que autoinformará de síntomas emocionales y comportamentales será elevado. Asimismo, se hipotetiza que la sintomatología comportamental y afectiva variará en función del género y la edad de los participantes.

Método

Participantes

La selección de la muestra de los participantes se realizó de forma incidental. Debido al tipo muestreo, y para garantizar en la medida de lo posible la representatividad de la muestra, se seleccionaron 8 centros escolares públicos y concertados de Educación Secundaria Obligatoria de las comunidades autónomas del Principado de Asturias y La Rioja. Todos los centros y aulas seleccionadas participaron en el estudio. Los centros escolares pertenecían a diferentes estratos socioeconómicos (preferentemente nivel medio) y áreas geográficas (rural y urbana). La muestra final de conveniencia estaba formada por 508 estudiantes, 208 hombres (40,9%). La edad de los participantes osciló entre 11 y 18 años ($M = 13,91$; $DT = 1,71$). La distribución final de la muestra fue la siguiente: 11 años ($n = 31$; 6,1%), 12 años ($n = 95$; 18,7%), 13 años ($n = 93$; 18,3%), 14 años ($n = 94$; 18,5%), 15 años ($n = 106$; 20,9%), 16 años ($n = 55$; 10,8%), 17 años ($n = 20$; 3%) y 18 años ($n = 14$; 2,8%).

Instrumentos

Se usó el SDQ versión autoinformada²⁸. El SDQ se compone de 25 ítems que se agrupan en 5 subescalas o dimensiones²⁸: Problemas emocionales, Problemas de conducta, Hiperactividad, Problemas de compañeros y Prosocial. Las primeras 4 subescalas conforman una puntuación Total de Dificultades. El SDQ presenta un formato de respuesta *Likert* de 3 opciones (*No, nunca* -0-; *A veces* -1-; *Sí, siempre* -2-). Los ítems que componen el SDQ están formulados tanto positiva como negativamente con el fin de evitar sesgos de respuesta. En total, 15 afirmaciones reflejan problemas y 10 capacidades, de las cuales 5 pertenecen a la subescala Prosocial. Además, 5 de los ítems deben ser recodificados. La puntuación de cada subescala oscila entre 0 y 10 puntos, y la puntuación Total de Dificultades entre 0 y 40. Una mayor puntuación indica mayor sintomatología emocional y comportamental, excepto para la subescala Prosocial. En la versión autoinforme del SDQ, una puntuación Total de Dificultades entre 0-15 es considerada como *normal*, una puntuación entre 16-19 se sitúa en el *límite* y una puntuación entre 20-40 es considerada como *anormal* o *patológica* (<http://www.sdqinfo.com>). Estos puntos de corte revelaron un 80% de adolescentes con puntuación normal, un 10% en la banda límite y un 10% con puntuaciones patológicas en el Reino Unido³¹, si bien otros estudios³² han revelado hasta un 85% de adolescentes con puntuaciones en la banda de *normalidad*. En este estudio se ha utilizado la versión adaptada y traducida al español disponible en Internet (<http://www.sdqinfo.com>)⁴⁷.

Procedimiento

El instrumento de medida se administró en grupos de 15-25 participantes, que fueron informados previamente de la confidencialidad de sus respuestas y de la naturaleza voluntaria de su participación. Para ello se utilizó un aula de cada centro escolar acondicionada para tal fin durante el horario escolar. Se obtuvo el consentimiento informado en los centros donde se recogieron los datos. La administración del SDQ se llevó a cabo bajo la supervisión de los investigadores. Los participantes no recibieron ningún incentivo monetario o de otro tipo. Para la recogida de la información se obtuvo el consentimiento informado de los centros. El estudio fue aprobado por el comité ético de la Universidad de Oviedo. Este estudio se enmarca dentro de una investigación más amplia que tiene como finalidad examinar la salud mental de los adolescentes.

Resultados

Estadísticos descriptivos

En la [tabla 1](#) se recogen las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de las respuestas a los ítems del SDQ, atendiendo tanto a la muestra total como al género y a los 2 grupos de edad (11-13 años y 14-18 años). La puntuación media del Total de dificultades para toda la muestra fue de 10,73 ($DT = 5,46$). Entre los hombres, la puntuación media de dificultades fue de 10,38 ($DT = 5,64$), oscilando las puntuaciones entre 1 y 26. Entre las mujeres la puntuación media de dificultades fue de 10,98 ($DT = 5,32$), oscilando entre 0 y 30. Atendiendo a la edad, la puntuación media del Total de Dificultades para el grupo de 11-13 años fue 9,61 ($DT = 5,37$), mientras que para el grupo de 14-18 años fue 11,59 ($DT = 5,37$). Los puntos de corte estimados en los adolescentes españoles mostraron que un 85% obtuvo una puntuación ≤ 16 , un 9% se ubicó en la banda límite entre las puntuaciones 16 y 19, mientras que el 6% de los adolescentes se situaron por encima de la puntuación 20, siendo la puntuación máxima de 30.

Expresión de síntomas emocionales y conductuales y comportamientos prosociales

En la [tabla 2](#) se muestran los resultados obtenidos del análisis de los ítems del SDQ para hombres y mujeres separadamente, y en función de los 2 grupos de edad. Se incluyen el número y el porcentaje de adolescentes que respondieron de forma afirmativa, es decir, que puntuaron “*Sí, siempre*” (valor de 2) en las opciones de respuesta del SDQ. A la hora de analizar los resultados, es preciso señalar que los ítems pertenecientes a la subescala Prosocial deben interpretarse en sentido positivo, es decir, la puntuación 2 refleja la presencia de conductas prosociales y no de problemática. Por otro lado, los ítems formulados en positivo que pertenecen a las subescalas de dificultades deben ser recodificados. Así por ejemplo, en el ítem 7 «*Por lo general soy obediente*» el porcentaje del 5,7% de la muestra señaló la opción de respuesta «*No, nunca*», es decir, el 5,7% de los participantes por lo general no es obediente.

Tabla 1 Estadísticos descriptivos de los ítems del *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*

Ítems	Total (n = 508)		Hombres (n = 208)		Mujeres (n = 300)		11-13 años (n = 219)		14-18 años (n = 289)	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	0,46	0,65	0,36	0,60	0,54	0,68	0,42	0,63	0,50	0,67
8. A menudo estoy preocupado/a	0,84	0,70	0,71	0,68	0,93	0,70	0,71	0,70	0,94	0,68
13. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	0,54	0,68	0,43	0,69	0,62	0,67	0,44	0,67	0,62	0,68
16. Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	0,82	0,77	0,71	0,78	0,90	0,76	0,72	0,76	0,90	0,78
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	0,45	0,66	0,33	0,63	0,54	0,68	0,46	0,67	0,45	0,66
5. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	0,68	0,72	0,72	0,74	0,64	0,70	0,61	0,68	0,72	0,74
7. Por lo general soy obediente ^a	0,56	0,60	0,56	0,61	0,56	0,60	0,43	0,56	0,65	0,62
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	0,16	0,42	0,22	0,50	0,11	0,35	0,11	0,34	0,19	0,47
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	0,33	0,59	0,48	0,66	0,23	0,51	0,31	0,55	0,35	0,61
22. Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	0,14	0,42	0,18	0,46	0,11	0,39	0,11	0,38	0,17	0,45
6. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	0,25	0,52	0,27	0,55	0,24	0,51	0,22	0,50	0,28	0,54
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos ^a	0,09	0,38	0,09	0,34	0,09	0,37	0,09	0,384	0,09	0,38
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad ^a	0,29	0,50	0,29	0,52	0,29	0,48	0,23	0,47	0,34	0,51
19. Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	0,35	0,63	0,41	0,68	0,31	0,60	0,38	0,66	0,33	0,62
23. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	0,57	0,66	0,55	0,67	0,59	0,65	0,50	0,61	0,63	0,69
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	0,76	0,69	0,75	0,72	0,77	0,67	0,77	0,69	0,76	0,70
10. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	0,78	0,74	0,81	0,74	0,76	0,74	0,83	0,72	0,75	0,76
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	1,11	0,72	1,02	0,75	1,17	0,70	0,96	0,71	1,22	0,71
21. Pienso las cosas antes de hacerlas ^a	0,73	0,63	0,71	0,65	0,75	0,61	0,66	0,63	0,79	0,62
25. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración ^a	0,80	0,63	0,75	0,65	0,83	0,62	0,66	0,59	0,90	0,64
1. Procuero ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	1,74	0,46	1,66	0,50	1,79	0,41	1,76	0,43	1,72	0,48

Tabla 1 (continuación)

Ítems	Total (n = 508)		Hombres (n = 208)		Mujeres (n = 300)		11-13 años (n = 219)		14-18 años (n = 289)	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
4. Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc.	1,62	0,58	1,56	0,60	1,66	0,56	1,64	0,56	1,60	0,59
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	1,69	0,50	1,59	0,56	1,76	0,44	1,66	0,51	1,72	0,49
17. Trato bien a los niños/as más pequeños/as	1,89	0,36	1,85	0,40	1,92	0,32	1,89	0,35	1,89	0,36
20. A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	1,33	0,60	1,35	0,60	1,33	0,60	1,37	0,58	1,31	0,61

^a Los ítems 7, 11, 14, 21 y 25 han sido recodificados de acuerdo con el criterio de corrección.

Un importante número de adolescentes informó de síntomas de tipo emocional y/o comportamental. En concreto el 22,6% de los adolescentes refirieron «*Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mi mismo/a*» (ítem 16), mientras que el 14,6% afirmó que «*Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control*» (ítem 5). Asimismo, un 11,8% de la muestra manifestó que «*Termino lo que empiezo, tengo buena concentración*» (ítem 25) y el 3,1% que «*Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos*» (ítem 11), debiendo ser interpretados, una vez recodificados estos valores, como que, por lo general, un 11,8% no terminan lo que empiezan y un 3,1% no tiene un buen amigo, respectivamente. Los valores para los ítems que reflejan dificultades oscilaron entre «*Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme*» (ítem 15) con un 32,1% y «*Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad*» (ítem 14), con un 2%, que debe ser interpretado, igual que en los casos anteriores, como que un 2% por lo general no caen bien a la otra gente de su edad.

Por otro lado, si se atiende a la subescala Prosocial, unas mayores puntuaciones refieren una mayor capacidad prosocial. Los valores en esta subescala para la muestra total oscilaron entre el 90,2% que afirmó que «*Trato bien a los niños/as más pequeños/as*» (ítem 17) y el 40,4% que manifestó «*A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)*» (ítem 20).

Comparaciones en las puntuaciones medias en las subescalas y la puntuación Total de dificultades del *Strengths and Difficulties Questionnaire*

A continuación, con la finalidad de examinar la relación entre las diferentes dificultades y capacidades prosociales y el género y la edad de los participantes, se realizó un análisis multivariado de la varianza (MANOVA). Como factores fijos se seleccionaron el género y la edad (recodificada en 2 grupos: 11-13 años y 14-18 años). Las subescalas y la puntuación Total de dificultades del SDQ fueron consideradas como variables dependientes. Para la estimación de las posibles diferencias significativas en todas las variables dependientes tomadas en conjunto se empleó el valor *lambda* (λ) de

Wilks. Para el cálculo del tamaño del efecto se utilizó el estadístico *eta* cuadrado parcial (η^2 parcial).

El valor λ de Wilks reveló la presencia de diferencias estadísticamente significativas en función de los factores género ($\lambda = 0,890$; $F_{(5,500)} = 12,377$; $p \leq 0,001$; η^2 parcial = 0,110) y edad ($\lambda = 0,961$; $F_{(35,2055)} = 4,010$; $p \leq 0,001$; η^2 parcial = 0,039). En concreto, los resultados del análisis univariado mostraron diferencias estadísticamente significativas en función del factor género en las subescalas Problemas emocionales, Problemas de conducta y Prosocial. Las mujeres mostraron mayores puntuaciones medias en las subescalas Problemas emocionales ($F_{(1,504)} = 19,38$; $p \leq 0,001$; η^2 parcial = 0,037), y Prosocial ($F_{(1,504)} = 5,45$; $p \leq 0,001$; η^2 parcial = 0,028) en comparación con los varones. En cambio, los hombres tuvieron una puntuación superior en la subescala Problemas conductuales ($F_{(1,504)} = 16,84$; $p \leq 0,001$; η^2 parcial = 0,032) cuando se les comparó con las mujeres. En relación con la variable edad, el grupo de 14-18 años obtuvo unas puntuaciones significativamente superiores en las subescalas Problemas emocionales ($F_{(1,504)} = 6,32$; $p = 0,012$; η^2 parcial = 0,012), Problemas conductuales ($F_{(1,504)} = 17,90$; $p \leq 0,001$; η^2 parcial = 0,034), Hiperactividad ($F_{(1,504)} = 7,11$; $p = 0,008$; η^2 parcial = 0,014) y puntuación Total de dificultades ($F_{(1,504)} = 15,48$; $p \leq 0,001$; η^2 parcial = 0,030) cuando se les comparó con el grupo de menor edad. En la [tabla 3](#) se recogen las puntuaciones medias y desviaciones típicas de los 4 grupos de participantes en función del género y la edad en las diferentes subescalas y en la puntuación Total de Dificultades del SDQ. No se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa en la interacción del género con la edad en las subescalas analizadas.

Discusión y conclusiones

El propósito principal del presente trabajo fue analizar la prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental, así como las capacidades de relación en adolescentes españoles medidas con el SDQ en su versión autoinformada²⁸. También se examinó la relación entre el género y la edad, y los problemas emocionales y comportamentales y las capacidades de tipo prosocial. Los resultados

Tabla 2 Número y porcentaje de participantes que respondieron «Sí, siempre» en las opciones del respuesta del *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ)

Ítems	Total (n = 508)		Hombres (n = 208)		Mujeres (n = 300)		11-13 años (n = 219)		14-18 años (n = 289)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	44	8,7	13	6,3	31	10,3	16	7,3	28	9,7
8. A menudo estoy preocupado/a	90	17,7	26	12,5	64	21,3	31	14,2	59	20,4
13. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	55	10,8	24	11,5	31	10,3	22	10	33	11,4
16. Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	115	22,6	42	20,2	73	24,3	40	18,3	75	26
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	49	9,6	18	8,7	31	10,3	22	10	27	9,3
5. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	74	14,6	36	17,3	38	12,7	25	11,4	49	17
7. Por lo general soy obediente ^a	29	5,7	13	6,3	16	5,3	7	3,2	22	7,6
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	12	2,4	8	3,8	4	1,3	2	0,9	10	3,5
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	31	6,1	19	9,1	12	4,0	10	4,6	21	7,3
22. Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	14	2,8	6	2,9	8	2,7	5	2,3	9	3,1
6. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	21	4,1	10	4,8	11	3,7	8	3,7	13	4,5
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos ^a	16	3,1	7	3,4	9	3,0	7	3,2	9	3,1
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad ^a	10	2	6	2,9	4	1,3	4	1,8	6	2,1
19. Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	44	8,7	22	10,6	22	7,3	21	9,6	23	8
23. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	47	9,3	20	9,6	27	9,0	13	5,9	34	11,8
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	75	14,8	35	16,8	40	13,3	32	14,6	43	14,9
10. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	95	18,7	41	19,7	54	18,0	40	18,3	55	19
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	163	32,1	60	28,8	103	34,3	51	23,3	112	38,8
21. Pienso las cosas antes de hacerlas ^a	50	9,8	22	10,6	28	9,3	19	8,7	31	10,7
25. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración ^a	60	11,8	24	11,5	36	12,0	13	5,9	47	16,3
1. Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	380	74,8	141	67,8	239	79,7	167	76,3	213	73,3

Tabla 2 (continuación)

Ítems	Total (n = 508)		Hombres (n = 208)		Mujeres (n = 300)		11-13 años (n = 219)		14-18 años (n = 289)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
4. Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc.	339	66,7	127	61,1	212	70,7	149	68,0	190	65,7
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	361	71,1	130	62,5	231	77,0	149	68	212	73,4
17. Trato bien a los niños/as más pequeños/as	458	90,2	179	86,1	279	93,0	198	90,4	260	90
20. A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	205	40,4	86	41,3	119	39,7	92	42	113	39,1

^a Los ítems 7, 11, 14, 21 y 25 han sido recodificados de acuerdo con el criterio de corrección. De esta forma el porcentaje correspondiente a cada uno de ellos representa la opción de respuesta «No, nunca».

obtenidos ponen de manifiesto que un importante número de adolescentes autoinformó de síntomas de tipo emocional y comportamental y que los mismos se expresaron de forma diferencial en función del género y la edad. A la vista de los resultados encontrados, podría ser interesante desarrollar programas de identificación temprana de este tipo de síntomas emocionales y comportamentales en los centros escolares y/o asistenciales (p. ej., atención primaria). Asimismo, la utilización de medidas de cribado psicopatológico, como el SDQ, podría mejorar la evaluación y detección de la sintomatología emocional y comportamental en este sector de la población, posibilitando la optimización en la gestión de recursos a múltiples niveles. En este sentido, las temáticas relacionadas con salud mental empiezan a ser una de las principales estrategias en las políticas sanitarias de los gobiernos.

Si se atiende al conjunto total de los adolescentes que participaron en el estudio, se puede apreciar que entre un 8,7 y un 22,6% de los mismos informaron de síntomas de tipo emocional, mientras que entre un 2,4 y un 14,6% manifestó síntomas de tipo conductual. Asimismo, entre un 2 y un 9,3% de los adolescentes expresó tener algún tipo de problema en la relación con los compañeros, y entre un 9,8 y un 32,1% informó de síntomas relacionados con hiperactividad. Los resultados que se desprenden del presente estudio concuerdan con los obtenidos en investigaciones previas,

tanto de ámbito nacional como internacional, que sitúan las tasas de prevalencia de problemas de este tipo entre el 5 y el 20%^{13-17,34}, siendo la tasa media del orden del 15%^{33,48}. Todos estos estudios, más allá de la diversidad de instrumentos de recogida de información, muestras y técnicas de análisis, parecen mostrar unos resultados convergentes que indican que los síntomas emocionales y comportamentales son comunes en la adolescencia.

El porcentaje de adolescentes que puntuó por encima de los puntos de corte establecidos en el Reino Unido³¹ fue algo inferior en el presente estudio, tanto para la banda de puntuaciones *límite* como para las puntuaciones *anormales* o *patológicas*. El establecimiento de estos puntos de corte resulta de gran utilidad en la medida en que posibilita establecer comparaciones objetivas en cuanto a tasas de prevalencia con otros países. Estudios previos llevados a cabo en España con el SDQ³⁴ no han permitido establecer estos puntos de corte dado que se utilizó un formato de respuesta *Likert* de 5 opciones (desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo), lo cual dificulta su comparación con otro tipo de estudios realizados con el SDQ.

La sintomatología emocional y comportamental autoinformada por los adolescentes varía en función del género y la edad. Atendiendo a los resultados obtenidos en el presente trabajo, las mujeres presentaron un mayor número de dificultades de tipo emocional, así como mayores puntuaciones

Tabla 3 Estadísticos descriptivos en las subescalas y en la puntuación Total de Dificultades del *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) en función del género y la edad

SDQ	Hombres (n = 208) M (DT)	Mujeres (n = 300) M (DT)	11-13 años (n = 219) M (DT)	14-18 años (n = 289) M (DT)
Problemas emocionales	2,54 (2,27)	3,53 (2,18)	2,74 (2,31)	3,42 (2,19)
Problemas conductuales	2,17 (1,71)	1,65 (1,55)	1,57 (1,39)	2,09 (1,77)
Problemas de compañeros	1,62 (1,69)	1,52 (1,55)	1,42 (1,61)	1,66 (1,6)
Hiperactividad	4,04 (2,38)	4,28 (2,23)	3,87 (2,23)	4,42 (2,32)
Prosocial	8,00 (1,61)	8,46 (1,31)	8,32 (1,47)	8,24 (1,45)
Total Dificultades	10,38 (5,64)	10,98 (5,32)	9,61 (5,37)	11,59 (5,38)

en la subescala Prosocial, mientras que los hombres reportaron un mayor número de problemas conductuales. Estos resultados convergen con la mayoría de los estudios realizados hasta el momento^{34-36,38,39,41-45,49}, que señalan una mayor presencia de problemática internalizante entre las mujeres y externalizante entre los hombres, así como mayores puntuaciones prosociales en las mujeres. Por ejemplo, en el estudio llevado a cabo por Svedin y Priebe³⁹ en una muestra de 1.015 adolescentes suecos, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del género, puntuando los hombres más alto que las mujeres en problemas de comportamiento y de relación con los compañeros, mientras que las mujeres presentaban más problemas emocionales y mayores conductas prosociales, en comparación con los varones. A nivel nacional, los resultados obtenidos por Fonseca-Pedrero et al.³⁴ en una muestra representativa de adolescentes españoles, fueron también similares a los encontrados en este trabajo, si bien entre los hombres se encontró un mayor número de síntomas de hiperactividad y de problemas de relación con los compañeros cuando se les comparó con las mujeres.

En cuanto a la edad, los resultados encontrados en el presente estudio revelan que el grupo de mayor edad (14-18 años) presentó mayores puntuaciones medias en síntomas emocionales, conductuales, de hiperactividad y en la puntuación Total de dificultades cuando se le comparó con el grupo de menor edad. Resultados similares se han encontrado en investigaciones previas^{34-36,42}. Por ejemplo, Giannakopoulos et al.³⁵, utilizando una muestra de 1.194 adolescentes griegos, encontraron que el grupo de 15-17 años presentaba una mayor puntuación en la subescalas Hiperactividad y Problemas de conducta del SDQ, en comparación con el grupo de 11-14 años; no obstante, otros trabajos previos han encontrado que los más jóvenes obtienen más puntuación cuando se les compara con los de mayor edad, tanto en la versión autoinformada como en la versión para padres y/o profesores^{43,45,49,50}, e incluso ausencia de relación⁴⁶. En relación con la edad, los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones analizadas no arrojan unos resultados concluyentes acerca de la influencia de la edad en la expresión fenotípica de los síntomas emocionales y comportamentales, por lo que es interesante seguir analizando su papel.

A la hora de interpretar los resultados obtenidos en el presente trabajo, resulta necesario mencionar algunas posibles limitaciones. En primer lugar, el trabajo se centra en la versión autoinforme del SDQ para adolescentes. Se deben tener en cuenta las limitaciones inherentes a los autoinformes tales como posible falta de comprensión e interpretación de los ítems o los sesgos de respuesta. En este sentido hubiera sido interesante obtener información de otros informantes como, por ejemplo, de los padres y/o profesores. En concreto, el sistema multiinformante podría tener una especial relevancia en la detección de síntomas de naturaleza conductual, así como en los relacionados con los comportamientos prosociales, dado que son los que pueden verse afectados en mayor medida por sesgos propios del autoinforme como la deseabilidad social. En segundo lugar, la naturaleza transversal del estudio no permite el establecimiento de inferencias causa-efecto. En tercer lugar, la muestra de participantes fue seleccionada mediante un muestreo incidental, por lo que se debe tener cautela en la

generalización de los resultados. Finalmente, no se recogió información de la posible morbilidad psiquiátrica tanto de los participantes como de los familiares cercanos, la cual podría afectar a los resultados encontrados en el trabajo.

Futuros estudios de tipo longitudinal posibilitarían determinar de forma precisa la evolución de la problemática emocional y comportamental, así como la expresión de capacidades de tipo prosocial, facilitando el establecimiento de posibles factores de riesgo y factores protectores en la expresión de problemática de trastornos de tipo psicológico en la edad adulta. Asimismo, resulta interesante la inclusión de diferentes pruebas de salud mental que posibiliten la valoración tanto de dificultades emocionales y comportamentales como de capacidades, con otros autoinformes⁵¹ y/o variables clínicas. Igualmente la utilización del SDQ en otras regiones permitirá la comparación de las tasas de prevalencia en diferentes áreas y zonas dentro del país, así como la gestión de recursos sanitarios y de investigación⁵².

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MICINN), por el Instituto Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Referencias de los proyectos: PSI 2011-28638 y PSI2011-23818.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15:185-7.
2. Erol N, Simsek Z, Oner O, Munir K. Behavioral and emotional problems among Turkish children at ages 2 to 3 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:80-7.
3. Angold A, Messer SC, Stangl D, Farmer EM, Costello EJ, Burns BJ. Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *Am J Public Health*. 1998;88:75-80.
4. Ford T, Hamilton H, Meltzer H, Goodman R. Predictors of service use for mental health problems among British school children. *Child Adolesc Ment Health*. 2008;13:32-40.
5. Du Y, Kou J, Coghill D. The validity, reliability and normative scores of the parent, teacher and self report versions of the

- Strengths and Difficulties Questionnaire in China. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2008;2:8.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta nacional de salud de España 2006. 2006 [descargado 29 Jun 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
 7. Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giraldez S, Paino-Pineiro M, Villazon-García U, Muniz J. Schizotypal traits, obsessive-compulsive symptoms, and social functioning in adolescents. *Compr Psychiatry*. 2010;51:71–7.
 8. Polaino A, Doménech E. Prevalence of childhood depression: Results of the firts study in Spain. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34:1007–17.
 9. Sandoval M, Lemos S, Vallejo G. Self-reported competences and problems in Spanish adolescents: A normative study of the YSR. *Psicothema*. 2006;18:804–9.
 10. Gómez-Beneyto M, Bonet A, Catalá MA, Puche E, Vila V. The prevalence of child psychiatric disorders in the city of Valencia. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89:352–7.
 11. Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*. 2010;22:389–95.
 12. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Luque I, Codony M, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:63–77.
 13. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60: 837–44.
 14. Blanchard LT, Gurka MJ, Blackman JA. Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics*. 2006;117:e1202–12.
 15. Simpson GA, Bloom B, Cohen RA, Blumberg S. U. S. Children with emotional and Behavioral Difficulties: Data from the 2001, 2002, and 2003 National Health Interview Surveys. *Advance Data*. 2005.
 16. Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen H-U, Rothenberger A, et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: Results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17 Suppl 1:22–33.
 17. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Psy*. 2003;42:1203–11.
 18. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1998;155:715–25.
 19. Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Prevalence of youth-reported DSM-IV psychiatric disorders among African, European, and Mexican American adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:1329–37.
 20. Domino ME, Burns BJ, Mario J, Reinecke MA, Vitiello B, Weller EB, et al. Service use and costs of care for depressed adolescents: Who uses and who pays? *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2009;38:826–36.
 21. Cohen P. Child development and personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31:477–93.
 22. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:709–17.
 23. Widiger TA, de Clercq B, de Fruyt F. Childhood antecedents of personality disorder: An alternative perspective. *Dev Psychopathology*. 2009;21:771–91.
 24. Welham J, Scott J, Williams GM, Najman JM, Bor W, O'Callaghan MJ, et al. Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: A 21 year birth cohort study. *Psychol Med*. 2009;39:625–34.
 25. Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. The children in the community study of developmental course of personality disorder. *J Per Disord*. 2005;19:466–86.
 26. Klein DN, Shankman SA, Lewinsohn PM, Seeley JR. Subthreshold depressive disorder in adolescents: Predictors of escalation to full-syndrome depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:703–10.
 27. Najman JM, Heron MA, Hayatbakhsh MR, Dingle K, Jamrozik K, Bor W, et al. Screening in early childhood for risk of later mental health problems: A longitudinal study. *J Psychiatr Res*. 2008;42:694–700.
 28. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:581–6.
 29. Ruchkin V, Jones S, Vermeiren R, Schwab-Stone M. The Strengths and Difficulties Questionnaire: The self-report version in American urban and suburban youth. *Psychol Assessment*. 2008;20:175–82.
 30. Vostanis P. Strengths and Difficulties Questionnaire: Research and clinical applications. *Curr Opin Psychiatr*. 2006;19:367–72.
 31. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1998;7:125–30.
 32. Black S, Pulford J, Christie G, Wheeler A. Differences in New Zealand secondary school students' reported strengths and difficulties. *New Zeal J Psychol*. 2010;39:19–23.
 33. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:372–80.
 34. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos Giraldez S, Muñiz J. Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 2011;16:15–25.
 35. Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Rot-sika V, Tountas Y. The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Ann Gen Psychiatry*. 2009;8:20.
 36. Koskelainen M, Sourander A, Vauras M. Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2001;10:180–5.
 37. Muris P, Meesters C, Eijkelenboom S, Vincken M. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)—further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12:1–8.
 38. Rønning JA, Helge Handegaard BH, Sourander A, Mørch W-T. The Strengths and Difficulties Self-Report Questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13:73–82.
 39. Svedin CG, Priebe G. The Strengths and Difficulties Questionnaire as a screening instrument in a community sample of high school seniors in Sweden. *Nord J Psychiatr*. 2008;62:225–32.
 40. Van Roy B, Veenstra M, Clench-Aas J. Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre-, early, and late adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:1304–12.
 41. Van Widenfelt BM, Goedhart AW, Treffers PD, Goodman R. Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12:281–9.
 42. Yao S, Zhang C, Zhu X, Jing X, McWhinnie CM, Abela JRZ. Measuring adolescent psychopathology: Psychometric properties of the self-report strengths and difficulties questionnaire in a sample of Chinese adolescents. *J Adolesc Health*. 2009;45:55–62.

43. Liu SK, Chien YL, Shang CY, Lin CH, Liu YC, Gau SS. Psychometric properties of the Chinese version of Strength and Difficulties Questionnaire. *Compr Psychiatry*. 2013;54:720–30.
44. Reinholdt-Dunne ML, Esbjorn BH, Hoyer M, Dahl S, Boesen AJ, Hansen SG, et al. Emotional difficulties in seventh grade children in Denmark. *Scand J Psychol*. 2011;52:433–9.
45. Muris P, Meesters C, van den Berg F. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)—Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12:1–8.
46. Prior M, Virasinghe S, Smart D. Behavioural problems in Sri Lankan schoolchildren: Associations with socio-economic status, age, gender, academic progress, ethnicity and religion. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40:654–62.
47. García P, Goodman R, Mazaira J, Torres A, Rodríguez-Sacristán J, Hervas A, et al. El cuestionario de Capacidades y Dificultades. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2000;1:12–7.
48. McLaughlin KA, Greif Green J, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:1151–60.
49. Van Roy B, Grøholt B, Heyerdahl S, Clench-Aas J. Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years: Age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15:189–98.
50. Armand S, Keypour M, Maracy MR, Attari A. Epidemiological study of youth mental health using Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Iran Red Crescent Med J*. 2012;14:371–5.
51. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Patrones desadaptativos de la personalidad del cluster B en adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013;6:129–38.
52. Arango C. Investigación en salud mental en España: algo más que brotes verdes. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5:211–3.