



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN JALISCO  
UMAE CENTRO MEDICO NACIONAL DE OCCIDENTE**

**TÍTULO**

***“Validez y confiabilidad del cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) en  
pacientes de 11 a 17 años de edad de la UMAE Hospital de Pediatría del Centro Médico  
Nacional de Occidente, IMSS”***

**TESIS**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE  
LA ADOLESCENCIA**

**PRESENTA:**

Dr. Antonio de Jesús Medina Alejo

**TUTOR**

Dr. Luis Shigeo Cárdenas Fujita

**GUADALAJARA, JALISCO. FEBRERO 2024**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



## IDENTIFICACIÓN DE AUTORES

### ALUMNO

Dr. Antonio de Jesús Medina Alejo  
Residente de psiquiatría infantil y de la adolescencia  
UMAE, hospital de pediatría CMNO  
Av. Belisario Domínguez, No. 735 Col. Independencia,  
CP 44340, Guadalajara, Jalisco.  
Teléfono: (33) 36 17 0060 extensión 21230  
Correo electrónico: [dr.jesuspsq@gmail.com](mailto:dr.jesuspsq@gmail.com)

### DIRECTOR DE TESIS

Dr. Luis Shigeo Cárdenas Fujita  
Jefe del servicio de psiquiatría infantil y de la adolescencia  
UMAE, hospital de pediatría CMNO  
Av. Belisario Domínguez, No. 735 Col. Independencia,  
CP 44340, Guadalajara, Jalisco.  
Matrícula: 991433801  
Teléfono: (33) 36 17 0060 extensión 21230  
Correo electrónico: [shigeocardenas@gmail.com](mailto:shigeocardenas@gmail.com)



GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS  
DE ALTA ESPECIALIDAD  
UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA CIMNO  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIÓN

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

R-2023-1302-059

Rec En virtud de haber terminado de manera satisfactoria su tesis y contar con el aval de su director de tesis para obtener el grado de especialista en:

**PSIQUITRIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE**

SE AUTORIZA LA IMPRESIÓN DE TESIS DEL ALUMNO

**DR. ANTONIO DE JESÚS MEDINA ALEJO**

**"VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES (SDQ) EN PACIENTES DE 11 A 17 AÑOS DE EDAD DE LA UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL DE OCCIDENTE, IMSS"**

DIRECTOR DE TESIS

DR. LUIS SHIGEO CARDENAS FUJITA

ENC. DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. HORACIA CELINA VELARDE SCULL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud **1302**.  
HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE LIC IGNACIO GARCÍA TELLEZ, GUADALAJARA JALISCO

Registro COFEPRIS **17 CI 14 039 045**  
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 14 CEI 001 2018022**

FECHA **Lunes, 21 de agosto de 2023**

**Doctor (a) CARDENAS FUJITA LUIS SHIGEO**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**Validez y confiabilidad del cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) en pacientes de 11 a 17 años de edad de la UMAE Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional  
R-2023-1302-059

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Doctor (a) Ruth Alejandrina Castillo Sánchez**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1302

Firma



## **ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS**

**SDQ:** Cuestionario de capacidades y dificultades  
**UMAE:** Unidad Médica de Alta Especialidad  
**CMNO:** Centro Médico Nacional de Occidente  
**IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social  
**TDAH:** Trastorno por déficit de la atención con hiperactividad  
**CBCL:** Child Behavior Checklist  
**OMS:** Organización Mundial de la Salud  
**CIE-10:** Clasificación internacional de las Enfermedades; Décima edición  
**DSM-V:** Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición  
**PCS-17:** Lista de verificación de síntomas pediátricos  
**BITSEA:** Evaluación emocional y social breve para bebés y niños pequeños)  
**BITSEA/P:** escala de problemas de BITSEA  
**BITSEA/C:** Escala de competencias de BITSEA  
**COVID-19:** Enfermedad por Coronavirus de 2019  
**KMO:** Coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin  
 $\alpha$  : Coeficiente de alfa de Cronbach  
 $\omega$  : Coeficiente de Omega de McDonald  
**CIOMS:** Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas  
**X<sup>2</sup>:** Chi cuadrado  
**RSMR:** Valor Cuadrático Medio Estandarizado  
**RMSEA:** Error cuadrático medio de aproximación  
**CFI:** índice de ajuste comparativo  
**TLI:** índice de Tucker-Lewis  
**TRF:** Cuestionario sobre el comportamiento de los niños-versión para maestros  
**P<sub>CR</sub>:** Coeficiente de confiabilidad compuesto

## Contenido

1.- RESUMEN.....	9
2. MARCO TEÓRICO .....	13
2.1 INTRODUCCIÓN.....	13
2.2 TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	14
2.3 TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	15
2.4 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD .....	16
2.4.1 ETIOLOGÍA.....	17
2.4.2 DIAGNOSTICO.....	17
2.5 PROBLEMAS CON COMPAÑEROS .....	19
2.6 PROBLEMAS DE CONDUCTA.....	20
2.7 CONDUCTA PROSOCIAL.....	21
2.8 INSTRUMENTOS PARA EVALUAR .....	22
2.9 ANTECEDENTES .....	24
3.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	27
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	27
5.- JUSTIFICACION .....	27
6. OBJETIVOS.....	29
6.1 OBJETIVO GENERAL .....	29
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	29
7. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	30
8. METODOLOGÍA.....	30
8.1 TIPO DE ESTUDIO.....	30
8.3 TAMAÑO DE MUESTRA .....	30
8.4 OBTENCIÓN DE LA MUESTRA .....	30
8.5 TIPO DE INSTRUMENTO .....	31
8.6 PROCEDIMIENTO .....	31
8.7 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
8.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	31
8.8.1 Estadística descriptiva .....	32
8.8.2 Estadística psicométrica .....	32
8.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
8.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	32
8.11 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	33



8.12 VARIABLES .....	34
9 RECURSOS UTILIZADOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD .....	35
9.1 Recursos humanos .....	35
9.2 Recursos materiales .....	35
9.3 Recursos financieros.....	35
9.4 Factibilidad .....	36
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	37
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	41
12. RESULTADOS .....	42
12.1 Estadística descriptiva .....	42
12.2 Estadística psicométrica. ....	54
12.2.1 Confiabilidad .....	56
12.1.1 Validez.....	57
13. DISCUSION.....	61
14. CONCLUSIONES.....	70
15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	71
16. ANEXOS .....	77
16.1 ANEXO 1 .....	77
16.2 ANEXO 2 .....	78
16.3 ANEXO 3 .....	79
16.4 ANEXO 4 .....	80

## 1.- RESUMEN

**Introducción:** La presencia de trastornos mentales en la comunidad infantil y adolescente cada vez va en aumento; es por eso la importancia de considerar instrumentos válidos para la identificación de sintomatología sugerente de psicopatología.

Entre los síntomas predominantes más comunes encontrar en los pacientes pediátricos son los síntomas relacionados a depresión, una de las principales morbilidades psiquiátricas, que se caracteriza por la presencia de ánimo triste o irritable, que suelen estar acompañados de cambios cognitivos y/o somáticos que afectan el funcionamiento del individuo. En general, se caracteriza por ánimo triste, anhedonia, abulia, sentimientos de inutilidad, minusvalía y/o desesperanza. Algunos de los síntomas cognitivos son la falta de concentración, alteraciones de la memoria, anorexia y trastornos del sueño, síntomas que conllevan a un alto riesgo de abandono escolar.

El trastorno de ansiedad es un trastorno común y discapacitante que muy a menudo no es diagnosticado ni tratado adecuadamente. La característica de este trastorno es la sensación de ansiedad, así como preocupación excesiva, acompañado de síntomas psicológicos como: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, así como síntomas físicos como tensión muscular e insomnio

El trastorno por déficit de la atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo, donde se puede presentar con falta de atención, hiperactividad y/o impulsividad, presentando una prevalencia del 5%. Interfiere con el funcionamiento y/o desarrollo, impactando de manera negativa y directa en los aspectos sociales y académicos/ocupacionales de la persona que los padece.

Los problemas de conducta implican una variedad de comportamientos repetitivos y persistentes que violan los derechos de los demás, así como las reglas o normas sociales, además de la agresión a las personas, destrucción a la propiedad, robo o la violación de las reglas y se incluye además de la agresión; la

irritabilidad, delincuencia, comportamiento disruptivo y conducta desobediente y/o desafiante. Presenta una prevalencia entre el 1 y el 4% en la población general, no solo tienen una causa, es visto como el resultado de la confluencia de diversos factores; como socioemocionales, genéticos, familiares y sociales.

Si bien hay marcadores del comportamiento que suelen ser banderas rojas para la detección de psicopatología, también hay factores protectores, como la conducta prosocial.

El comportamiento prosocial es definido como el comportamiento voluntario destinado a beneficiar a los demás, y algunas acciones pueden ser: ayudar, cooperar, donar y compartir y es imprescindible para el desarrollo saludable de los niños y adolescentes.

Existen diversos instrumentos para su evaluación de los síntomas previamente mencionados, como el Child Behavior Checklist (CBCL), que cuenta con 118 ítems, funciona como cribado de principales trastornos psiquiátricos en población pediátrica, con el inconveniente de ser una prueba con periodo de aplicación relativamente prolongado. Asimismo, instrumentos que miden de manera específica (como la escala de depresión de Beck para depresión, Conners en su versión con 39 y 48 reactivos respectivamente y Vanderbilt para TDAH). Dichas escalas son muy específicas y no buscan posibles comorbilidades, por ende, no funcionan como instrumentos de cribado,

Es por ello importante contar con un instrumento de relativa fácil aplicación como screening de trastornos mentales, así como factores de protección ante estos. El Cuestionario de Capacidades y dificultades (SDQ, por sus siglas en inglés) consiste en 25 ítems con tres puntuaciones escala "likert" que consta en respuestas de: "no es verdad" (0 puntos) "Es verdad a medias" (1 punto) y "es completamente cierto" (2 puntos). Estos ítems puntúan diferentes aspectos conductuales: una subescala de problemas emocionales, subescala de problemas de conducta, escala de hiperactividad, escala de conductas prosociales y

subescala de problemas con compañeros. cada subescala da una puntuación máxima de 10 puntos.

Una alta puntuación en conductas prosociales es factor protector, mientras una puntuación alta en el resto de las cuatro subescalas indica problemas de conducta. Las puntuaciones se dividen en: normal, limítrofe y anormal.

En México, no existen estudios de validez y confiabilidad del SDQ en población adolescente en medio hospitalario, por lo cual, su validación puede ser un instrumento de tamizaje para detección de psicopatología en dicha población, donde por nivel de desarrollo, y factores y vulnerabilidad, resulta una población de interés tanto de investigación como clínico.

**Objetivo:** Determinar las propiedades psicométricas confiabilidad y validez del cuestionario de Capacidades y Dificultades en adolescentes de 11 a 17 años de la UMAE Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente IMSS

**Material y métodos:** Estudio transversal analítico de tipo psicométrico. El tipo de muestreo fue no probabilístico, para el cálculo del tamaño de muestra nos basamos en la relación **sujeto-ítem**, en este caso 5 sujetos por ítem del instrumento (25 ítems), obteniendo una respuesta mínima de 125 sujetos, donde en el estudio se tuvo una respuesta de 132 participantes. Se obtuvo la muestra en derechohabientes de 11 a 17 años que acudieron a la UMAE Hospital de Pediatría, del Centro Médico Nacional de Occidente, obteniendo con previo consentimiento informado la encuesta de datos sociodemográficos y el cuestionario Capacidades y Dificultades validado en su versión en español, que consta de 25 ítems que evalúan 5 variables: problemas emocionales, problemas de conducta, escala de hiperactividad, comportamiento prosociales y problemas con pares.

Una vez obtenidas las muestras se procedió a la revisión de las mismas para llevar a cabo el análisis del estudio con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 20.2 para realizar la estadística básica

Posteriormente determinó el alfa de Cronbach para confiabilidad.

**RESULTADOS:** se obtuvo la participación de 132 individuos, de los cuales 48 (26.4%) fueron hombres y 84 (63.6%) mujeres. La mayoría provenían de familias biparentales (53.8%), seguido de familias monoparentales (35.6%) 7.6% de familia extensa y 3% otros. Asimismo, se destacó un alto porcentaje de puntuaciones altas para psicopatología general (58.3), 31.8% presentó puntuaciones altas para síntomas externalizantes y 56.8% para síntomas internalizantes. En cuanto a la confiabilidad; presentó una alfa de Cronbach de 0.719 (considerado nivel aceptable) y omega de McDonald de 0.666 (valor limítrofe) limítrofe para ser aceptable, con una puntuación considerablemente baja (alfa de Cronbach 0.435 y omega de McDonald de 0.52) para la subescala de problemas con pares. En cuanto a su validez, arrojó un índice de KMO de 0.625; y el test de esfericidad de Bartlett con valores significativos ( $X^2 = 1229.889$ , 300 g/, p 0.0005)

**CONCLUSIONES.** Se determinó la validez del Cuestionario de Capacidades y Dificultades en pacientes 11 a 17 años de edad de la UMAE Hospital de pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente IMSS, por medio de prueba KMO y prueba de esfericidad de Bartlett, con resultados de KMO de 0.625, y prueba de esfericidad de Bartlett con valores significativos valor de  $p < 0.05$  ( $X^2 = 1229.889$ , 300 g/, p 0.0005); y una confiabilidad por medio de Alfa de Cronbach de 0.719 y Omega de McDonald de 0.666, los cuales se encuentran tanto en valores aceptables (alfa de Cronbach) como limítrofes para ser aceptables (Omega de McDonald)

Por resultado obtenidos, en adolescentes de 11 a 17 años que pertenecen a una población hospitalaria, el SDQ es un instrumento poco confiable para su empleo en subescalas, limítrofe para psicopatología general, sin embargo, en cuanto a su validez de constructo, el modelo original de 5 factores no se sustenta en dicha población.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad; y en específico, la salud mental es descrita como un estado de bienestar en donde el individuo es consciente de sus propias actitudes y aptitudes, puede afrontar los estresores de la vida, trabajar productivamente y contar con la capacidad de contribuir activamente dentro de su comunidad. (1)

La OMS define a la promoción de salud como “El proceso para habilitar a las personas acerca de su control y mejorar su salud”(2)

La calidad definida en términos de salud; implica que la felicidad, la sensación subjetiva de plenitud y la satisfacción de la vida, implica el bienestar en un individuo. En términos de salud mental; incluye no solo la ausencia de un trastorno mental o síntomas clínicamente relevantes; pero además percepciones satisfactorias acerca de la vida y el funcionamiento en múltiples dominios, como la autoeficacia, relaciones sociales, actividades de ocio y educación/trabajo. <sup>(25)</sup>

La salud mental corresponde alrededor del 2% del gasto público en total en salud a nivel mundial; además, representan el 12% de los años de vida ajustados por discapacidad, y 35% del total de los años de vida con discapacidad. (3) (4)

Además, en los países con ingresos económicos bajos utilizan el 0.5% de su presupuesto de salud para lo referido a bienestar mental, países con ingresos económicos medianos-bajos el 1.9%, países con ingresos económicos medianos-altos un 2.4% y países con ingresos económicos altos el 5.1% (5)

Se ha demostrado que hasta el 50% de los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años y el 75% de estos inician antes de los 24 años. (6)

Existen varios metaanálisis que intentan determinar la prevalencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes; Bronsard y colaboradores (2015) determinaron la prevalencia de 2104 niños y adolescentes: 1 de cada 2 niños cumplieron con criterios para algún trastorno mental, siendo el trastorno disruptivo (con un 27%) el diagnóstico más frecuente, que incluye el trastorno de la

conducta (20%) y el trastorno negativista desafiante (12%). Para los trastornos de ansiedad, la prevalencia fue del 18%, de los trastornos depresivos fue del 11.5%, del trastorno por déficit de atención con hiperactividad fue de 11%, y el trastorno de estrés postraumático tuvo la prevalencia más baja, con un 4%.<sup>(7)</sup>

Asimismo, Benton y colaboradores (2021) realizaron un metaanálisis que incluye 29 estudios con un total de 80,879 participantes, arrojando una prevalencia para depresión de 8.5% y 11.6% para ansiedad.<sup>(8)</sup>

Racine y colaboradores (2021) encuentran tasas as altas, siendo la prevalencia para depresión de 23.8% y para ansiedad 19% en niños y adolescentes.<sup>(9)</sup>

## **2.2 TRASTORNOS DEPRESIVOS**

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes en la infancia. Por mucho tiempo no fue evaluada como una enfermedad real.<sup>(10)</sup>

Algunas de las características de los trastornos depresivos son: presencia de ánimo triste o irritable, que suelen estar acompañados de cambios cognitivos y/o somáticos que afectan el funcionamiento del individuo. En general, se caracteriza por ánimo triste, anhedonia, abulia, sentimientos de inutilidad, minusvalía y/o desesperanza. Algunos de los síntomas cognitivos son la falta de concentración, alteraciones de la memoria, anorexia y trastornos del sueño.<sup>(11)</sup>

Algunos factores de riesgo son: sexo femenino, edad avanzada, habilidades para el afrontamiento del estrés inadecuada, enfermedades médicas, nivel de funcionamiento deteriorado, cognición reducida y duelo. <sup>(11)</sup>

En cuanto a anormalidades en la química cerebral, se encuentran alteraciones de neurotransmisores; como la serotonina, y en menor medida norepinefrina y dopamina.<sup>(12)</sup>

En cuanto a los criterios diagnósticos de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5, por sus siglas

en inglés) para un episodio depresivo mayor se requieren al menos 5 de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- Disminución del interés o placer en casi todas sus actividades la mayor parte del día.
- Cambio significativo de peso (>5%) o disminución, o aumento del apetito.
- Insomnio (a menudo insomnio terminal) o hipersomnía.
- Agitación o retardo psicomotor observado por otros.
- Fatiga.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa.
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
- Intento de suicidio. (13)(14)
- De estos síntomas, al menos uno debe ser ánimo triste la mayor parte del día o anhedonia, además debe presentar una disfunción clínicamente significativa en 2 o más ambientes en donde se desarrolla.

En niños y adolescentes, el ánimo es irritable, y la anhedonia puede estar dirigida en el juego.

De acuerdo con el DSM-V, los trastornos afectivos podrían estar conformados por:

- Trastorno depresivo persistente (previamente llamado distimia)
- Trastorno de disregulación disruptiva del estado de ánimo
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno depresivo debido a condición médica
- Trastorno específico no especificado.(14)(15)

## **2.3 TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

El trastorno de ansiedad es un trastorno común y discapacitante que muy a menudo no es diagnosticado ni tratado adecuadamente.(16)

la característica de este trastorno es la sensación de ansiedad, así como preocupación excesiva, acompañado de síntomas psicológicos como: inquietud,



fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, así como síntomas físicos como tensión muscular e insomnio.(16)

Asimismo, la ansiedad puede ser una respuesta esperada ante situaciones estresantes, aunque es considerado un trastorno cuando la sensación de ansiedad es discapacitante o difícil de controlar. (16)(17)

En cuanto al diagnóstico acorde al DSM-V se debe presentar ansiedad y preocupación excesiva durante un periodo de al menos 6 meses y que se asocia con tres o más de los siguientes síntomas:

- Dificultad para controlar la preocupación
- Inquietud o sensación de nerviosismo
- Fatiga
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Alteración del sueño

Además, la ansiedad da como resultado una angustia clínicamente significativa o un deterioro en las áreas laboral y social.

La ansiedad no se atribuye a ninguna causa médica.(15)

## **2.4 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

Es definido el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad (TDAH) como un trastorno del neurodesarrollo, donde se puede presentar con falta de atención, hiperactividad y/o impulsividad, presentando una prevalencia del 5%. (18)(19)

Interfiere con el funcionamiento y/o desarrollo, impactando de manera negativa y directa en los aspectos sociales y académicos/ocupacionales de la persona que los padece.

Los niños que presentan TDAH, tienen mayor riesgo de accidentes, pobre interacción con niños de la misma edad y padres, y peor calidad de vida que el resto de la población, además de bajo rendimiento escolar.(20)

Existe una asociación entre TDAH y deserción escolar, consumo de sustancias, (21)inicio de vida sexual temprana(22)(23) y embarazo adolescente.(24)

## **2.4.1 ETIOLOGÍA**

De múltiples causas, la teoría de las catecolaminas arroja posibilidad de alteraciones en las concentraciones de dopamina y noradrenalina, tanto en su producción como liberación, aunque en los últimos años se ha encontrado una asociación con el aumento de la densidad en transportadores presinápticos de catecolaminas, lo que conlleva como consecuencia en alteraciones en los niveles de neurotransmisores, específicamente disminución de niveles de dopamina.(20)

## **4.2.2 DIAGNÓSTICO**

Para el diagnóstico acorde al DSM-V requiere un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad/impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por:

**INATENCIÓN:** seis o más de los siguientes:

Con frecuencia

- Falla en prestar la debida atención a detalles, o por descuido comete errores en las tareas escolares u otras actividades (p ej. Pasa por alto o pierde detalles, no lleva a cabo el trabajo con precisión)
- Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada)
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de distracciones aparentes)
- No sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares (por ejemplo, inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad)
- Tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, organizar tareas secuenciales, poner materiales y pertenencias en orden, mala gestión del tiempo, descuido y desorganización del trabajo)

- Evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos)
- Pierde cosas necesarias para las tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos)
- Se distrae con facilidad por estímulos externos, con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer tareas)

**HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD:** seis o más de los siguientes:

- Juguetea con las manos y/o pies, o los golpea, o se retuerce en el asiento.
- Se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase)
- Corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado
- Es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas
- Actúa como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar quieto o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado)
- Habla excesivamente
- Responde inesperadamente o antes que haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación)
- Le es difícil esperar su turno
- Interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o pedir su permiso)

Tanto para los síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad, deben presentarse durante un periodo mínimo de 6 meses.(25)

## 2.5 PROBLEMAS CON COMPAÑEROS

El acoso escolar (bullying) ha sido catalogado por la OMS como un problema de salud pública. Se sabe que puede incrementar el riesgo de alteraciones en la salud, así como en resultados sociales y académicos en niños y adolescentes. Está caracterizado por revictimización continua, además de múltiples tipos de agresiones, como físicas, verbales y sociales. Actualmente, se puede dividir en 3 categorías: bullying tradicional, acoso sexual y ciberacoso (o cyberbullying).(26)

Se estima que el 20% de los jóvenes han sido intimidados dentro de la escuela, y 165 han recibido ciberacoso. Todo esto puede resultar en angustia emocional, depresión, ansiedad, aislamiento social, baja autoestima, evitación/rechazo escolar y abuso de sustancias tanto para la víctima, como para el agresor.(27)

En 2019, Zaborkis et.al. asoció el ciberacoso y acoso escolar con tendencias suicidas en adolescentes, encontrando que, del total de los adolescentes que recibieron bullying, el 17.8% contempló el suicidio, el 12% realizó un plan de suicidio, y el 9.55% intentó suicidarse, concluyendo que las víctimas de acoso escolar tuvieron un mayor riesgo para ideación suicida, así como plan de intento suicida.(28)

Asimismo, el sentimiento de soledad en la infancia es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos en la adultez, predominantemente depresión y ansiedad,(29) así como para ansiedad social.(30)

## 2.6 PROBLEMAS DE CONDUCTA

Los problemas de conducta, implican una variedad de comportamientos repetitivos y persistentes que violan los derechos de los demás, así como las reglas o normas sociales, además de la agresión a las personas, destrucción a la propiedad, robo o la violación de las reglas (31) (32), y se incluye además de la agresión; la irritabilidad, delincuencia, comportamiento disruptivo y conducta desobediente y/o desafiante.(33) Presenta una prevalencia entre el 1 y el 4% en la población general, no solo tienen una causa, es visto como el resultado de la confluencia de diversos factores; como socioemocionales, genéticos, familiares y sociales.

Uno de los más importantes, la hostilidad parental, presenta una asociación consistente (por ejemplo, disciplina hostil, supervisión deficiente y bajo nivel de calidez de los padres) con problemas con compañeros (de los niños) así como niveles elevados de delincuencia, rechazo, conducta antisocial y malas habilidades sociales con pares.(34)

Asimismo, hay características biológicas que hacen del sujeto más predispuesto a presentar problemas de conducta, como dificultades en el control inhibitorio; esto es, dificultad para controlar su propio comportamiento o impulsos, tales como cooperar, compartir, esperar su turno, eso antepone sus deseos ante las necesidades e intereses de los demás (indispensables para la interacción con pares, conductas prosociales).(34)

Esta función mental corresponde a funciones ejecutivas, que junto con la memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva son esenciales para la conducta del niño.<sup>(33)</sup>

Asimismo, existe asociación entre conducta delictiva, trastorno antisocial y fallas en el control inhibitorio. Y esta dificultad en el control de impulsos parece indicar una fuerte correlación entre factores genéticos.(34)

Los factores biológicos no son determinantes para el desarrollo de problemas de conducta, también el ambiente, como la presencia de abuso y/o negligencia

infantil,(35) abuso sexual,(36) ambiente hostil de los padres (37)(38)y antecedente de TDAH en la infancia (sobre todo en los trastornos de conducta en los adultos).(39)

## **2.7 CONDUCTA PROSOCIAL**

El comportamiento prosocial es definido como el comportamiento voluntario destinado a beneficiar a los demás, y algunas acciones pueden ser: ayudar, cooperar, donar y compartir(40) y es imprescindible para el desarrollo saludable de los niños y adolescentes.(41) Pueden ser incentivadas por diferentes motivos; como el altruismo, el cual está intrínsecamente relacionado, algunos otros pueden ser por factores extrínsecos (recompensas sociales, impedir el castigo o mejorar el propio bienestar)(40) y podría ser un factor protector para desarrollar problemas conductuales.(42)

La empatía, puede ser definida como una “respuesta afectiva que proviene de la aprehensión o comprensión del estado o condición emocional de otra persona, y que es idéntico o bastante similar a lo que la otra persona está sintiendo o esperaría sentir”, y la simpatía se refiere a “sentir pena o preocupación por el otro afligido o necesitado”. Se cree que tanto la empatía como la simpatía motivan al comportamiento prosocial.(40)

La conducta prosocial se ha asociado directamente con ajuste emocional, social y académico positivo, asimismo protege a los niños contra problemas emocionales en estratos socioeconómicos bajos.(43)

## 2.8 INSTRUMENTOS PARA EVALUAR

Existen diferentes instrumentos para medir diferentes trastornos, la mayoría de ellos son específicos en la búsqueda de síntomas en particular.

La escala de calificación de TDAH de Vanderbilt, es un instrumento que consta de 45 ítems cuyo objetivo es medir síntomas de TDAH y sus principales comorbilidades, como lo son trastorno de conducta, trastorno oposicionista desafiante, trastorno disocial, síntomas ansiosos, depresivos y funcionamiento psicosocial. Es una escala con estilo de puntuación “Likert”, que en su versión original en inglés cuenta con una consistencia interna de 0.87(44) lo que la hace un instrumento confiable para el TDAH.

La lista de verificación de síntomas pediátricos, o PCS-17, por sus siglas en inglés, es un instrumento breve de detección que permite identificar problemas conductuales y síntomas emocionales en población pediátrica. Cuenta con 35 ítems con calificación tipo likert con versión para ser llenada por padres y autoreporte a partir de 11 años. El PCS-17 surgió de su versión original de 35 ítems. El estudio original cuenta con estudios de para determinar propiedades psicométricas, donde reportan un alfa de Cronbach de 0.87 para la escala en general, 0.78 para síntomas internalizantes, subescala de atención 0.82 y externalizante 0.82 (45)

El cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) es una herramienta de screening que permite la evaluación de dificultades emocionales y comportamentales, así como del comportamiento prosocial en la infancia y adolescencia, desde una perspectiva multi-informante. (46)

El SDQ consiste en 25 ítems con tres puntuaciones escala” likert” que consta en respuestas de: “no es verdad” (0 puntos) “Es verdad a medias “(1 punto) y “es completamente cierto” (2 puntos). Existe en su versión autoaplicado, para padres y maestros. Estos ítems puntúan diferentes aspectos conductuales: una subescala de problemas emocionales, subescala de problemas de conducta, escala de hiperactividad, subescala de problemas con compañeros y escala de conductas prosociales.(47) dividiéndose así en 5 subescalas (48) cada subescala

da una puntuación máxima de 10 puntos. Para tener una puntuación de las dificultades, se realiza la suma de las 4 primeras subescalas.(49)

Una alta puntuación en conductas prosociales es factor protector, mientras una puntuación alta en el resto de las cuatro subescalas indica problemas de conducta. Las puntuaciones se dividen en: normal, limítrofe y anormal.(50)

El Inventario del Comportamiento infantil (ó CBCL, por sus siglas en inglés: Child Behavior Checklist) de fácil uso, además con búsqueda de múltiples síntomas sugerentes de psicopatología, (51) Es una escala que se contesta con ayuda de padres en las que se evalúan dificultades sociales, problemas emocionales y del comportamiento en niños y adolescentes de 6 a 18 años. Consta de 118 preguntas que se contestan como: “no es cierto” (puntuación 0), “algo o a veces es cierto (puntuación 1) o “muy cierto o a menudo cierto” (puntuación 2) dividiéndose en dos subescalas, síntomas internalizantes y externalizantes. (52)

Se ha observado que, los síntomas subclínicos tanto emocionales como del comportamiento en niños y adolescentes, conllevan al incremento del riesgo de desarrollar posteriormente un trastorno mental de tipo severo, como depresión y psicosis, así como el incremento de riesgo de desarrollar problemas de salud general de diversa índole.

Además, el cuestionario de Capacidades y dificultades es más corto, si se compara con la lista de verificación de comportamiento infantil (CBCL) y se ha encontrado que miden prácticamente las mismas características psicométricas ambas escalas. (53)

Actualmente existe una mayor consciencia por parte de los profesionales de la salud mental de las consecuencias relacionadas a la falta de detección temprana de dificultades, las cuales potencialmente pueden ser detectadas en infancia y adolescencia.

Asimismo, si de por si existen efectos adversos durante la infancia en la mayoría de los individuos, la presencia de enfermedad médica podría mermar aún más el desarrollo integral de los individuos, lo cual puede traducirse teóricamente el



riesgo aumentado de desarrollar psicopatología, que asimismo podría estar directamente relacionado con el desenlace de la enfermedad, lo que potencialmente puede traducirse en menores o mayores costos por hospitalización, recursos económicos, humanos, etc.

## **2.9 ANTECEDENTES**

En 1999, Goodman compara el Cuestionario de Capacidades y dificultades con el Inventario del Comportamiento infantil, o CBCL por sus siglas en inglés (Child Behavior Checklist) aplicando ambos instrumentos a madres de 132 niños de 4 a 7 años en una clínica dental infantil, y aplicando el resto en 3 centros de atención mental a niños, dividiendo las muestras en probabilidad alta de psicopatología y probabilidad baja. En los resultados, se arrojó que el SDQ y el CBCL estaban altamente correlacionados (puntuación encima de 0.8), encontrándose puntuaciones muy similares en ambas escalas.(54)

Goodman (2001) realiza confiabilidad de su instrumento aplicándolo en el año 1999 a adolescentes entre 11 a 15 años, recolectando una muestra de adolescentes británicos, encontrando una consistencia interna mediante el alfa de Cronbach de 0.73, específicamente en las dificultades totales. (55)

En un estudio multicéntrico, doble ciego de dos de grupos paralelos en Inglaterra; en búsqueda específica de TDAH en edades de 6 a 17 años se aplicó el SDQ, se encontró que las puntuaciones altas tenían valores predictores altos en la subescala de TDAH para desarrollo o diagnóstico de éste, mostrando su utilidad para predecir TDAH. Una limitante es que fue la versión para padres y maestros, donde el mismo estudio sugiere el SDQ en autoinforme, ya que podría dar precisiones en sospechas diagnósticas. Se realizaron estimaciones de confiabilidad para las escalas SDQ, únicamente comentando que no son lo suficientemente confiables para justificar su uso, aunque no especifica la puntuación.(56)

Se ha encontrado una consistencia interna de 0.71 de alfa de Cronbach en adolescentes chinos. (57)

En el 2019, se describen las propiedades psicométricas de la versión turca del SDQ en niños de 2 a 4 años realizadas en el año 2015, con una muestra de 159 participantes, agregándose asimismo la Evaluación emocional y social breve para bebés y niños pequeños (BITSEA, por sus siglas en inglés Brief Infant-Toddler Social and Emocional Assesment) esta escala está compuesta por 42 ítems que evalúan problemas sociales y emocionales. 31 ítems identifican síntomas psiquiátricos y constituyen la escala de problemas BITSEA (BITSEA/P) y 11 ítems que puntúan el desarrollo psicosocial constituyendo la escala de competencias BITSEA (BITSEA/C). Un BITSEA/P alto indica problemas emocionales y BITSEA/C bajo indica problemas de desarrollo social, con una consistencia interna por medio de alfa de Cronbach de BITSEA/C de 0.81- 0.83 y para BITSEA/P de 0.72, mostrando confiabilidad y validez en la población turca. Los resultados obtenidos para el SDQ se correlacionaron positivamente para la puntuación del BITSEA/P y negativamente con BITSEA/C. Además, las puntuaciones de conductas prosociales del SDQ se relacionaron positivamente con BITSEA/C y negativamente con BITSEA/P, demostrando la validez y confiabilidad del SDQ en población turca de 2 a 4 años. (58)

El SDQ es una herramienta eficaz para la detección oportuna de los principales trastornos mentales en los niños y adolescentes, y a diferencias de otras escalas, que únicamente miden síntomas de un solo trastorno mental, el SDQ mide sintomatología de los principales trastornos que se encuentran en la infancia y la adolescencia. Incluso en Reino unido, se ha propuesto al SDQ como una herramienta en el primer nivel de atención que podría ser eficaz para la detección oportuna de niños adolescentes que requieran atención psiquiátrica especializada.

La adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo del ser humano. La mayoría de los trastornos mentales diagnosticados en la población adulta tienen un origen antes o durante la adolescencia, haciendo este periodo como vital para una detección temprana y tratamiento oportuno.(48)

Se conoce que no se da atención a todos los niños y adolescentes que presentan un trastorno mental. Aunado a el incremento de la población que busca atención en servicios de salud mental derivado de la pandemia por el COVID-19, esto resultó en una sobresaturación de un ya de por si colapsado sistema de atención para los profesionales de la salud mental, prolongando aún más los tiempos de espera para recibir atención y tratamiento. Es por eso, que la implementación de instrumentos de evaluación que puedan captar a una población con alta vulnerabilidad a padecer un trastorno mental, priorizar la atención a adolescentes que requieran de manera inmediata la atención psiquiátrica, haciendo que pueda identificar sus dificultades para una correcta derivación a servicios de salud mental, resulta beneficioso para la población en general.(48)

El SDQ es muy utilizado en los servicios de salud mental infantil en la práctica clínica y con fines de investigación, cuenta con la facilidad de ser contestado, el tiempo corto de aplicación, y no cubre solo las dificultades del niño y adolescente, sino también sus fortalezas. (48)

A pesar de ser un instrumento ampliamente conocido, con múltiples traducciones, en México no hay antecedente de validación y confiabilidad del SDQ en población mexicana, asimismo, los estudios que se han realizado en otros países se centran sobre todo en edades de 2-4 años, o contestado por el padre, he aquí la importancia del presente trabajo.

### **3.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la Validez y confiabilidad del cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) en pacientes de 11 a 17 años de edad de la UMAE Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS?

### **4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En un mundo con constantes cambios, resulta imperante la detección oportuna de trastornos mentales en etapas críticas del desarrollo, en el contexto de temas de salud mental, como depresión y suicidio, así como problemas de salud pública y emergencia sanitaria a nivel mundial, para un diagnóstico temprano, así como tratamiento adecuado con base en la intensidad de los trastornos psiquiátricos y estrategias de prevención, ya que los padecimientos psiquiátricos presentan un curso crónico, con altos costes económicos a largo plazo.

Las propiedades psicométricas del Cuestionario de Capacidades y Dificultades han presentado una confiabilidad y validez en diversos países con un alfa de Cronbach de 0.8, no obstante, no hay estudios disponibles actuales en la población pediátrica mexicana. Los pocos estudios que se han realizado no obtuvieron resultados concluyentes.

### **5.- JUSTIFICACION**

#### **MAGNITUD**

En la práctica clínica diaria, el estilo de vida actual conlleva a un aumento de los niveles de estrés, que en consecuencia desencadenan un aumento significativo de psicopatología, en el desarrollo del niño y adolescente esto conlleva a una modificación importante en los estilos de vida en la adultez, que desencadena potenciales riesgos tanto para el desarrollo de enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, así como la cronificación de trastornos mentales que conllevan a una disminución de la calidad de vida y disminución de la esperanza de vida. Asimismo, los retos de la modernidad como el cambio

climático, afecta a la sociedad actual, incrementando el riesgo de psicopatología en la población general, aunado a hechos históricos recientes, como la pandemia de COVID-19, y conflictos bélicos de las potencias mundiales incrementan el riesgo de marginación, depresión, ansiedad, estrés postraumático, subrayando la importancia de contar con instrumentos eficaces que permitan la cuantificación precisa de patrones conductuales.

## **TRASCENDENCIA**

Existen pocos instrumentos validados en nuestro país que identifican el malestar en la población, ya que el juicio clínico, si bien es el estándar más alto para diagnóstico, puede prestarse a la subjetividad, así como difícil acceso a la población en general, precisando instrumentos consistentes que califiquen patrones de comportamiento. Asimismo, al ser un instrumento autoaplicado, facilita la obtención de información, acorta los periodos de contestar, y no es necesaria la participación de personal altamente especializado y calificado para la aplicación de estas, además es un instrumento con instrucciones precisas de medición, incluso con potencial como instrumento de tamizaje.

## **VULNERABILIDAD**

Una limitante de esta investigación pudo ser debida al tercer nivel de este hospital ya que los pacientes, generalmente son referidos del segundo nivel de atención con tratamientos previos, así como diagnósticos y representan únicamente los pacientes que acuden a este hospital aquellos con trastornos graves o con múltiples tratamientos representando un filtro de muchos niños con patología de intensidad menor y que pudiese cambiar los resultados finales de la presente investigación. Otra limitante es aún la estigmatización de los pacientes psiquiátricos, específicamente en puntos críticos del desarrollo, como lo es en la adolescencia, lo que merma y dificulta el acceso a personal de salud.

## **FACTIBILIDAD**

Este estudio fue factible, por la facilidad de aplicación del instrumento, la disponibilidad de población y consecuente obtención de muestra y la relativa facilidad para calificación del SDQ.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la Validez y confiabilidad del cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) en pacientes de 11 a 17 años de edad de la UMAE Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características clínicas emocionales (síntomas internalizantes) y conductuales (síntomas externalizantes), como así también a la especialidad de quien recibe tratamiento principal, factores sociodemográficos (edad, sexo, tipo de familia)
- Obtener la frecuencia de síntomas externalizantes
- Obtener la frecuencia de síntomas internalizantes
- Determinar las características descriptivas de los ítems del instrumento.
- Estimar la confiabilidad del Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) por medio del índice de consistencia interna mediante del alfa de Cronbach y omega de McDonald.
- Analizar la validez de constructo por medio de un análisis factorial exploratorio a través de la medida de kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y prueba de esfericidad de Bartlett, numero de componentes, cargas factoriales, porcentaje de varianza explicada.

## 7. HIPÓTESIS DE TRABAJO

La validez y confiabilidad del cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) son adecuadas en pacientes de 11 a 17 años de la UMAE Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

## 8. METODOLOGÍA

### 8.1 TIPO DE ESTUDIO

Transversal analítico de tipo psicométrico.

### 8.3 TAMAÑO DE MUESTRA

El tipo de muestreo fue no probabilístico, ya que no se tuvo la misma probabilidad que todos los individuos del universo fueran seleccionados, y no se contó con un marco de muestreo, a conveniencia, debido a la accesibilidad de los participantes, asimismo el periodo de tiempo para la recolección de datos e interpretación de estos.

Para el cálculo del tamaño de muestra nos basamos en la relación **sujeto-ítem**, en este caso 5 sujetos por ítem del instrumento (25 ítems), se consideró una probable tasa de no respuesta del 10%, por lo que la muestra mínima se estimó de 137 participantes.

### 8.4 OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

Derechohabientes de 11 a 17 años que acudieron a la UMAE Hospital de Pediatría, del Centro Médico Nacional de Occidente.

## **8.5 TIPO DE INSTRUMENTO**

Aplicación a derechohabientes de 11 a 17 años que acudieron a la UMAE Hospital de Pediatría, del centro médico Nacional de Occidente la encuesta de datos sociodemográficos y el cuestionario de Capacidades y Dificultades validado en su versión en español, que consta de 25 ítems que evalúan 5 variables: problemas emocionales, problemas de conducta, escala de hiperactividad, comportamiento prosociales y problemas con pares. En su versión en español, para personas de 11 a 17 años. Dicha prueba es autoaplicada, la contestó el sujeto en estudio. Este manual se encuentra disponible en la página de internet [sdqinfo.org](http://sdqinfo.org)

## **8.6 PROCEDIMIENTO**

Una vez aprobado, y obtenido registro de protocolo, teniendo el número de registro institucional R-2023-1302-059, por el comité local de investigación en salud 1302. se encuestó a los derechohabientes, aplicando el SDQ, una vez obtenidas las muestras se procedió a la revisión de las mismas para llevar a cabo el análisis del estudio con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 20.2 donde se realizó la estadística básica.

## **8.7 RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se entregó de manera personal el cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ, por sus siglas en inglés) encuesta de datos sociodemográficos y consentimiento informado en el periodo de septiembre del 2023. Una vez corroborado el llenado adecuado del SDQ, datos sociodemográficos y consentimiento se procedió a la recopilación de información.

## **8.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Una vez obtenida la información en el cuestionario de Capacidades y Dificultades, instrumento utilizado en esta investigación, se tabularon y graficaron los datos en el programa computarizado IBM SPSS Statistics versión 20.0 para su análisis estadístico, JAMOVI, asimismo para la recolección de la base de datos se utilizó el programa Microsoft Excel para Mac versión 16.47.



### **8.8.1 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA**

Se realizó estadística descriptiva obteniendo frecuencia y demás medidas de tendencia central, tales como media, mediana, modo, varianza y desviación estándar de algunas variables sociodemográficas, así como la frecuencia de cada una de las subescalas del cuestionario de Capacidades y Dificultades.

### **8.8.2 ESTADÍSTICA PSICOMÉTRICA**

En la estadística psicométrica, para la validación se realizó un análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales, con rotación ortogonal Varimax. Para la determinación de la confiabilidad, se aplicó alfa de Cronbach y Omega de McDonald, considerando el resultado como significativo con un valor de p igual o menor a 0.05.

### **8.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

\*Derechohabientes de edades entre 11 a 17 años 11 meses que acuden a la UMAE Hospital de pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS.

\*Cualquier causa médica por la que acudieron al hospital de pediatría

\*Tutor o familiar cuidador del paciente cuente con capacidad de lecto-comprensión mínima para contestar el instrumento.

\*Tutor o familiar cuidador del paciente que no cuente con capacidad de lecto-comprensión, pero que aceptó el apoyo de entrevistador.

### **8.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

\*Derechohabientes y/o tutores que se negaron a participar en el estudio

\*Pacientes con discapacidad intelectual grave o profunda

\*Pacientes con cualquier trastorno psicótico agudo

\*Tutor o familiar cuidador con barreras en la comunicación, haciendo poco fiable las respuestas del instrumento.

\*Pacientes que cuenten con patología que altere el estado de consciencia (delirium, coma, estupor, sedación farmacológica)

### **8.11 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

\*Instrumentos invalidados debido a que en 3 ítems de la escala global o 2 de la misma subescala existe doble calificación, no está calificado, o no fué clara la calificación

\*Retiro del consentimiento a participar en el estudio

## 8.12 VARIABLES

**Variable dependiente:** Validez y confiabilidad del instrumento Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ)

**Variables independientes:** Puntuación de los ítems

**Covariables:** síntomas externalizantes, síntomas internalizantes, psicopatología general, edad, sexo, especialidad a la que consulta, tipo de familia.

Variable	Definición conceptual	Definición operatoria	Tipo de Variable	Estadístico
<b>Síntomas externalizantes</b>	Son síntomas psicopatológicos que se manifiestan en el medio externo, haciéndolos más observables por terceros.	Se obtuvo de la sumatoria de las subescalas de hiperactividad y subescala de problemas de conducta del Cuestionario de capacidades y Dificultades (SDQ).	Cuantitativa discreta	-Media -Desviación estándar
			Cualitativa nominal	-Frecuencia -Porcentaje
<b>Síntomas internalizantes</b>	Son síntomas que se manifiestan en el medio interno del individuo, lo que lo hacen más percibidos por el mismo y no tanto por terceros	Se obtuvo de la sumatoria de las subescalas de Problemas emocionales y subescala de problemas con pares del Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ).	Cuantitativa discreta	-Media -Desviación estándar
			Cualitativa nominal	-Frecuencia -Porcentaje
<b>Psicopatología general</b>	Es cualquier signo o síntoma que perturba la salud mental y que ha sido obtenido a través de una evaluación psiquiátrica	Se obtuvo de la sumatoria total de los síntomas internalizantes y externalizantes del Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ).	Cuantitativa discreta	-Media -Desviación estándar
			Cualitativa nominal	-Frecuencia -Porcentaje
<b>Ítems del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ).</b>	Ítem: es la unidad que compone un test o cuestionario	Puntuación elegida por cada paciente	Cuantitativa discreta	-Media -Desviación estándar -Mínimo -Máximo
<b>Edad.</b>	Tiempo que ha vivido una persona.	Se obtuv de entrevista directa que es la edad cumplida en años	Cuantitativa discreta	-Media -Desviación estándar
<b>Sexo</b>	Condición orgánica	Se obtuvo de la entrevista	Cualitativa	-Frecuencias

	relacionada que distingue a los hombres de las mujeres	directa Hombre Mujer	nominal	- Porcentajes
<b>Especialidad a la que consulta</b>	Especialidad a la que acude el paciente por motivo de Diagnóstico principal del paciente y/o motivo de hospitalización.	Se obtuvo de la entrevista directa Oncología Neurología Hematología Endocrinología Nefrología Otra	Cualitativa nominal	-Frecuencias - Porcentajes
<b>Tipo de familia.</b>	Tipo de organización familiar.	Monoparental Biparental Extensa Otros	Cualitativa nominal	-Frecuencias - Porcentajes
<b>Validez</b>	Es una propiedad psicométrica para valorar si el instrumento mide lo que pretende medir.	Se realizó mediante la validez de constructo por medio de un análisis factorial exploratorio, usando la metodología de componentes principales.	Cuantitativa	-KMO. -Prueba de esfericidad de Bartlett.
<b>Confiabilidad</b>	Es una propiedad psicométrica cuyo objetivo es medir qué tanta confianza se deposita en los resultados del instrumento, así como su estabilidad.	Se analizó por medio del análisis de consistencia interna.	Cuantitativa	-Alfa de Cronbach. -Omega de McDonald.

## 9. RECURSOS UTILIZADOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

### 9.1 Recursos humanos

- Un investigador quien es médico residente del segundo año en el curso de especialidad médica en psiquiatría infantil y del adolescente
- Un asesor teórico y metodológico

### 9.2 Recursos materiales

- 2 paquetes de 500 hojas blancas
- Paquete de 10 bolígrafos
- Computadora personal

### 9.3 Recursos financieros

- No se requirieron recursos financieros adicionales

#### **9.4 Factibilidad**

- El estudio fue factible, ya que el procedimiento se realizó en dicha instalación, se aplicaron y calificaron encuestas por personal calificado, y no se requirieron recursos financieros adicionales.

## 10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este protocolo respetó las normas nacionales e internacionales como lo son; el reglamento de la Ley General de Salud en su última reforma en 2014; las pautas éticas internacionales para la investigación relacionadas con la salud con seres humanos, elaboradas por el consejo de Organizaciones Internacionales de las ciencias médicas (CIOMS) y las buenas prácticas clínicas.

Con base al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título segundo: “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos” Capítulo I:

La participación de los niños y adolescentes, así como de sus padres y/o tutores en esta investigación fue voluntaria. Durante este estudio se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándose solo cuando los resultados lo requieran y el padre o tutor legal de éste lo autorizó.

Ninguno de los participantes recibió remuneración económica por participar en esta investigación.

Se solicitó la aprobación de este protocolo de investigación por parte del comité de ética en investigación. Una vez aceptado, con el número de registro institucional R-2023-1302-059. Para dicha investigación; se inició con la aplicación de dicho instrumento por parte del investigador presentador de tesis (alumno), se proporcionó una explicación clara y completa del contenido informado, que el cuestionario de Capacidades y Dificultades es un instrumento para detectar síntomas conductuales, depresivos, ansiosos y de TDAH que pudieran ayudar en una detección oportuna y poder iniciar un tratamiento en caso de ser requerido, que se busca validar este instrumento para la población mexicana para poder usarlo en otros niños y adolescentes, por lo cual su participación puede ser de gran ayuda en la detección temprana de dichos síntomas, de tal forma que se aseguró que tanto el padre o tutor, y derechohabiente lo comprenda en los aspectos estipulados; la justificación y los objetivos de esta investigación, los procedimientos que se usarán y su propósito, las molestias y los riesgos esperados, los beneficios que pudieran observarse, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los

procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con esta investigación; la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ellos se creen prejuicios para continuar la atención médica. La seguridad de confidencialidad de datos personales, el compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad tanto del sujeto como de su tutor para continuar participando y que si existen gastos adicionales estos serían absorbidos por el presupuesto de la investigación. Tanto a los participantes como los tutores de éstos se les explicó el procedimiento, se le invitó a participar en el estudio explicando que consta de la aplicación de 2 encuestas, se informó que el tiempo aproximado para contestar dichas encuestas fue aproximadamente de 10 minutos, la cual una consta de datos sociodemográficos, y la otra es el cuestionario de Capacidades y Dificultades, solicitando firmar autorización en consentimiento informado por medio de firma por triplicado, para paciente, familiar y un último que se anexa para la investigación. Asimismo, se le otorgó un número de folio el cual fue el único en ser registrado en el cuestionario.

Posterior al llenado del cuestionario el sujeto participante si lo desea pudo solicitar la puntuación de acuerdo al cuestionario de Capacidades y Dificultades, y si la puntuación resultó con puntuaciones altas en las subescalas problemas emocionales, problemas de conducta, problemas con pares y escala de hiperactividad, además de puntuaciones bajas en la subescala prosocial se le sugirió acompañamiento psicoterapéutico.

Se resguarda la confidencialidad de los datos de los sujetos de estudio, de conformidad a lo establecido a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública gubernamental, capítulo 2, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública gubernamental, capítulo 4. La información recabada durante esta investigación permanecerá resguardada en un casillero cuya llave únicamente tendrá acceso el investigador responsable, y de forma digital en medios de almacenamiento (nube) durante 5 años, posterior a lo cual serán eliminados mediante una trituradora de papel (información física) y por los medios de eliminación de la aplicación digital correspondiente.

El estudio se consideró una investigación sin riesgo con base al artículo 17. Fracción I del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

Se consideró una investigación sin riesgo, ya que en solo constó de la aplicación del cuestionario de Capacidades y Dificultades. De acuerdo con los lineamientos establecidos por el instituto de investigaciones biomédicas para la investigación en humanos, el proyecto no presentó riesgo evidente, ya que no se realizó ningún procedimiento invasivo en los sujetos participantes.

Este estudio salvaguarda y protege los derechos y el bienestar de cada uno de los participantes, teniendo prioridad en el respeto a la dignidad, de acuerdo a lo dictaminado en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud 2014 en los artículos 13,14,16,17,20,21,22,34,35,36 y 39.

En esta investigación, debido a que se estuvo en contacto directo con los sujetos de estudio para la obtención de información, se llevó a cabo a través de la aplicación de escalas psicométricas; los datos obtenidos se manejaron con la debida confidencialidad y la información personal de los médicos del estudio, se les otorgó una clave (siglas del nombre), para poder codificarlos como sujetos de estudio anónimos. Así se manejaron los datos que se obtuvieron con discreción, tanto al momento de la recolección como en el procesamiento y presentación de resultados basados en el Reglamento de la Ley de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica (artículos 19 y 25).

La presente tesis de investigación se rige dentro del marco de las pautas éticas internacionales para la investigación de la salud en seres humanos, las cuales fueron elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que, representa de gran interés social y científico, la salud mental pediátrica es prioritaria en cualquier ambiente, respecto al riesgo de participar en el estudio, éste es mínimo y con beneficio solo de tipo indirecto, en caso de detectar sujetos que sugiera la presencia de psicopatología, se le sugirió seguimiento y atención clínica, y la participación de la comunidad se llevó a cabo mediante el uso operativo y de las experiencias previas de investigación dentro de la unidad de salud mental.



**Balance riesgo/beneficio:** Los pacientes no corrieron ningún riesgo ni obtuvieron beneficio alguno, sin embargo, se tuvo un beneficio social, para los derechohabientes del IMSS, ya que los resultados generados de esta investigación permitirán generar información de calidad que permita mejorar los procesos de atención a la población estudiada.

**Confidencialidad:** La participación en esta investigación fue confidencial, y la información almacenada es resguardada bajo las más estrictas medidas de seguridad, manteniéndose confidencialidad de toda la información, sin revelarse a terceros. No se recolectó información considerada como sensible a la normativa vigente en México, la identificación de los casos fue mediante número de seguridad social únicamente, sin recolectarse algún otro identificador de los participantes.

**Aspectos de Bioseguridad:** El presente trabajo de investigación se apega a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, la cual establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de enero del 2013.

## 11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

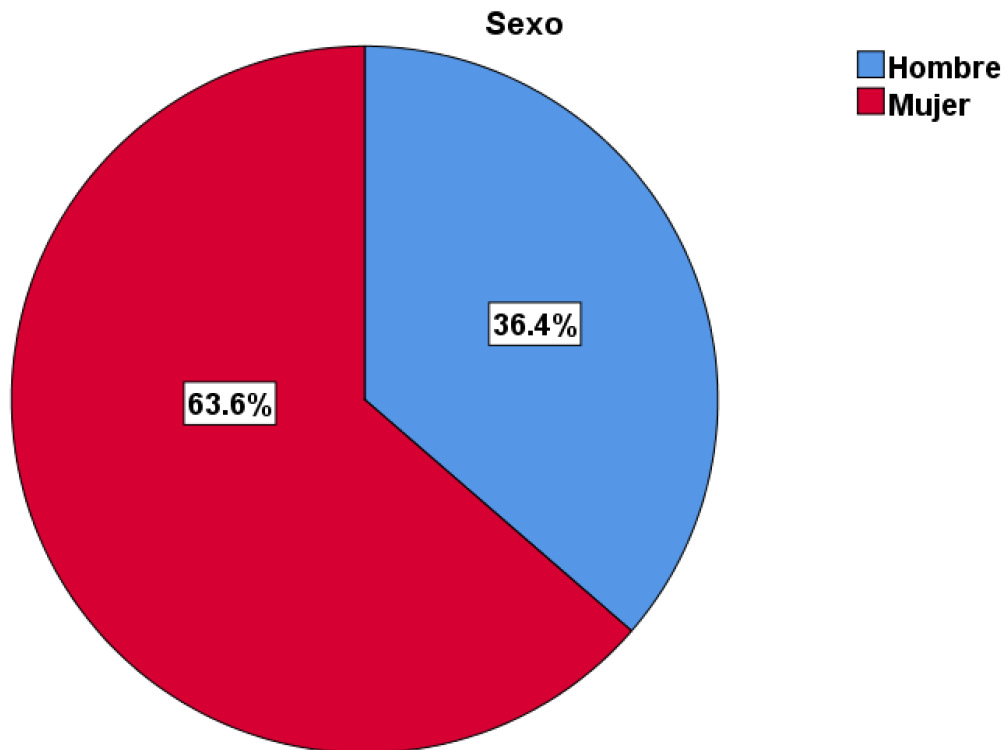
	<b>Año 2023</b>								
	<b>Marzo 2023</b>	<b>Abril 2023</b>	<b>Mayo 2023</b>	<b>Junio 2023</b>	<b>Julio 2023</b>	<b>Agosto 2023</b>	<b>Septiembre 2023</b>	<b>Octubre 2023</b>	<b>Noviembre 2023</b>
<b>Elaboración de protocolo MARCO TEORICO</b>									
<b>Trabajo de campo ( aplicación de encuestas</b>									
<b>Proceso de los datos</b>									
<b>Análisis de los datos</b>									
<b>Información final</b>									

## 12. RESULTADOS

### 12.1 Estadística descriptiva

Se obtuvieron 132 participantes, de los cuales, el 100% realizó de manera completa la aplicación del SDQ; instrumento a evaluar. De los cuales, 48 fueron hombres y 84 mujeres (**Gráfica 1, Tabla 1**)

**Gráfica 1. Sexo en porcentaje de los participantes del estudio**

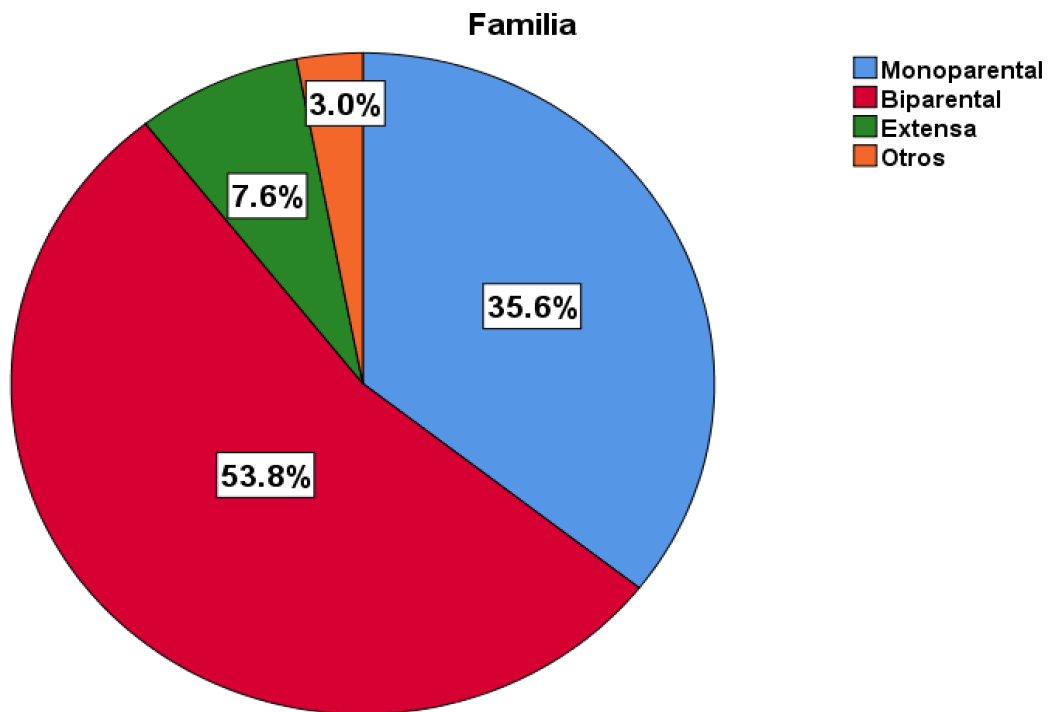


**Tabla 1: Frecuencia y porcentaje por sexo de los participantes.**

Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	48	36.4%
Mujer	84	63.6%

Asimismo, se realizó distribución por tipo de familia de la muestra. El 35.6% (n= 47) pertenecía a familia monoparental, el 53.8% (n=71) a familia biparental, el 7.6% (n=10) pertenecía a familia extensa; mientras el 3% (n=4) pertenecía a otro tipo de familia. **(Gráfica 2, Tabla 2)**

**Grafica 2: tipo de familia**

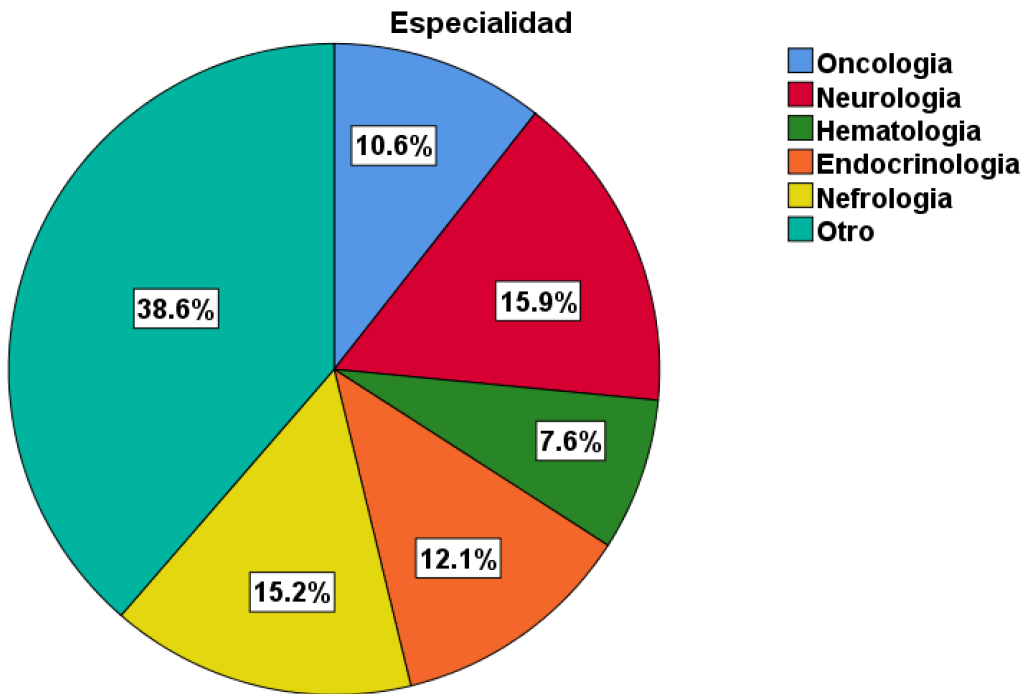


**Tabla 2: tipo de familia**

Tipo de Familia		
	Frecuencia	Porcentaje
Monoparental	47	35.6%
Biparental	71	53.8%
Extensa	10	7.6%
Otros	4	3%

En cuanto a los servicios médicos a los que acudieron los pacientes fueron: Oncología 10.6% (N=14), Neurología 15.9% (N=21), Hematología 7.6% (N=10), Endocrinología 12.1% (N=16), Nefrología 15.2% (N=20) y otros servicios; 38.6% (N=5) **(Gráfica 3, Tabla 3)**

**Gráfica 3: Especialidad a cuál acudieron**

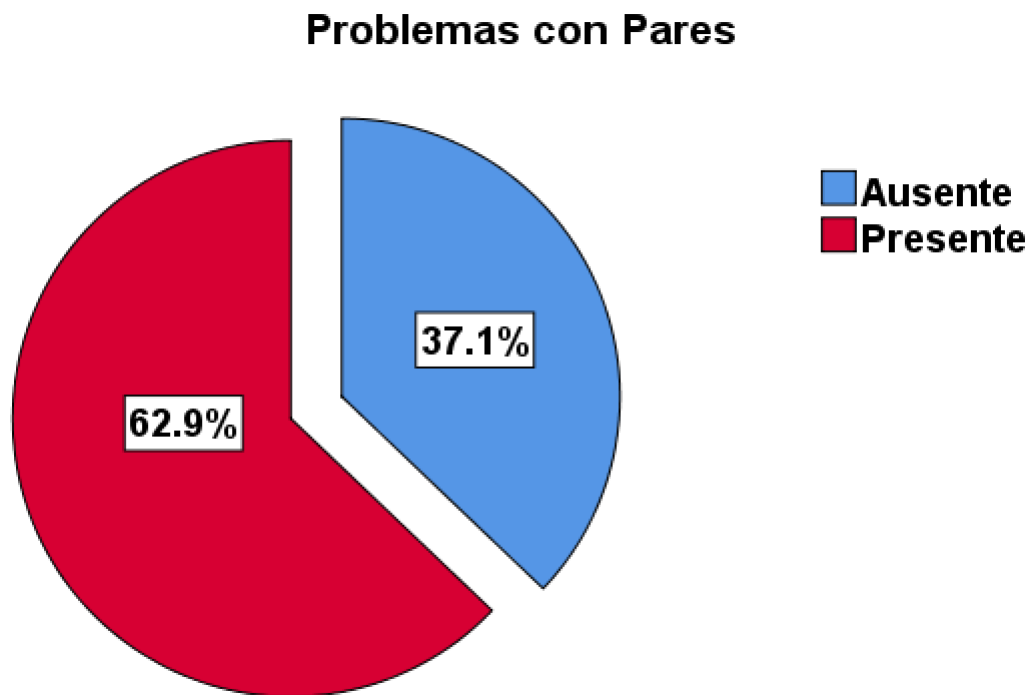


**Tabla 3. Especialidades al cual acudieron**

Especialidad a la cual acudieron		
	Frecuencia	Porcentaje
Oncología	14	10.6%
Neurología	21	15.9%
Hematología	10	7.6%
Endocrinología	16	12.1%
Nefrología	20	15.2%
Otro	51	38.6%

Asimismo, en relación a las subescalas, los problemas con pares se presentaron en un 62.9% (N=83) (**Gráfica 4, Tabla 4**) los problemas emocionales en un 42.4% (N=56) (**Gráfica 5, Tabla 5**), los problemas de conducta se reportaron en un 31.8% (N=42) (**Gráfica 6, Tabla 6**), la subescala de hiperactividad mostro puntuación alta de 28.8% (N= 38) (**Gráfica 7, Tabla 7**), mientras que la subescala de habilidades prosociales ( de las cuales; puntuaciones altas son indicativas como factor protector frente a psicopatología) mostraron puntuaciones bajas en 28.8% (N=38) (**Gráfica 8, Tabla 8**, y la presencia de psicopatología general en un 58.3% (N=77) (**Gráfica 9, Tabla 9**)

**Grafica 4. Problemas con pares**



**Tabla 4. Problemas con pares**

<b>Problemas con pares</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ausente	49	37.1%
Presente	83	62.9%

Gráfica 5. Problemas emocionales

### Problemas Emocionales

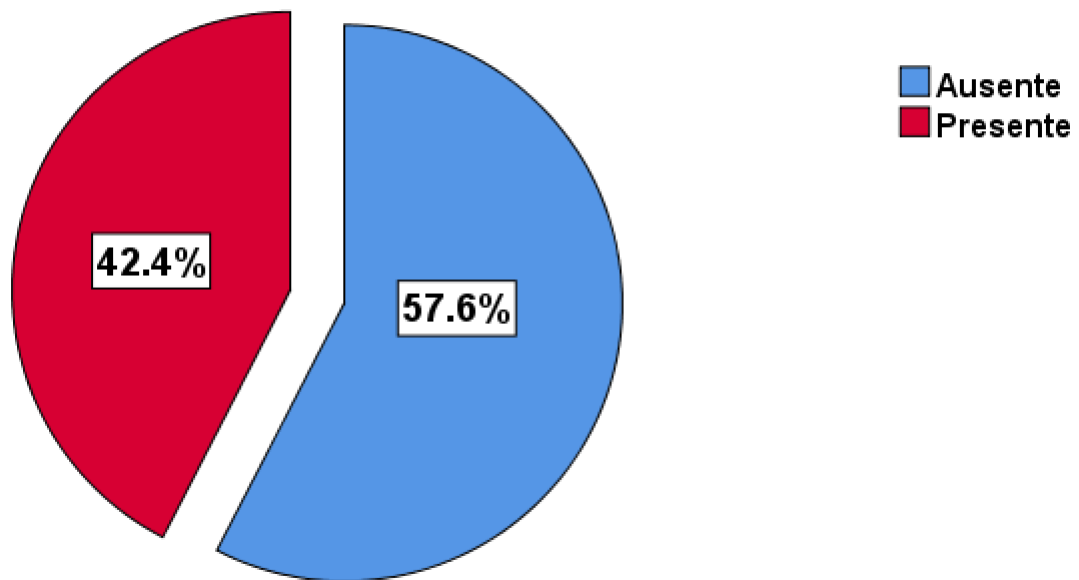


Tabla 5: problemas emocionales

Problemas emocionales		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	76	57.6%
Presente	56	42.4%

Gráfica 6. Problemas de conducta

## Problemas de Conducta

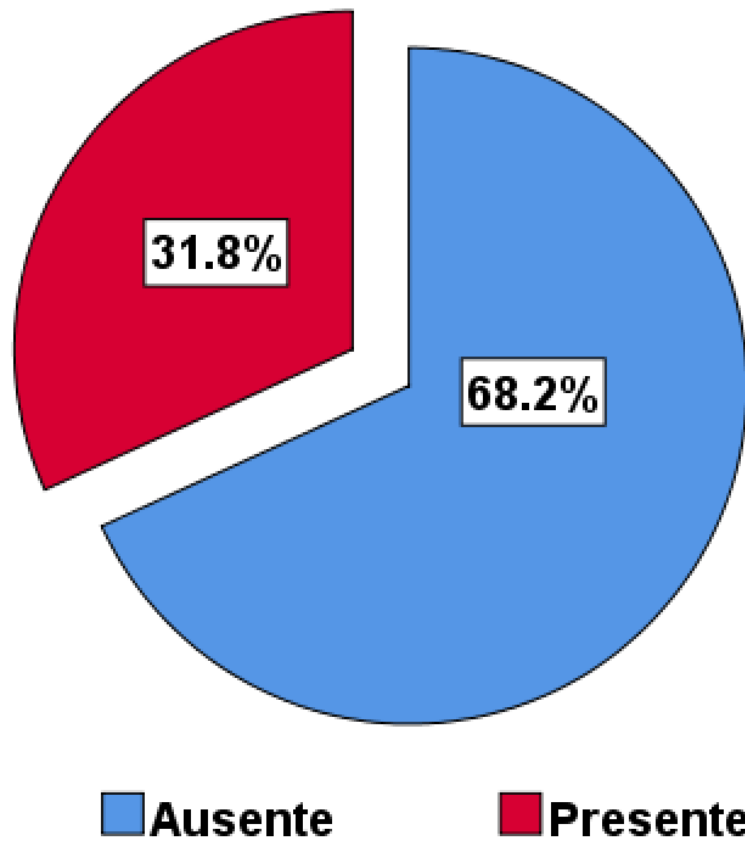


Tabla 6. Problemas de conducta

Problemas de conducta		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	90	68.2%
Presente	42	31.8%

Gráfica 7. Hiperactividad



## Problemas de Hiperactividad e Inatención

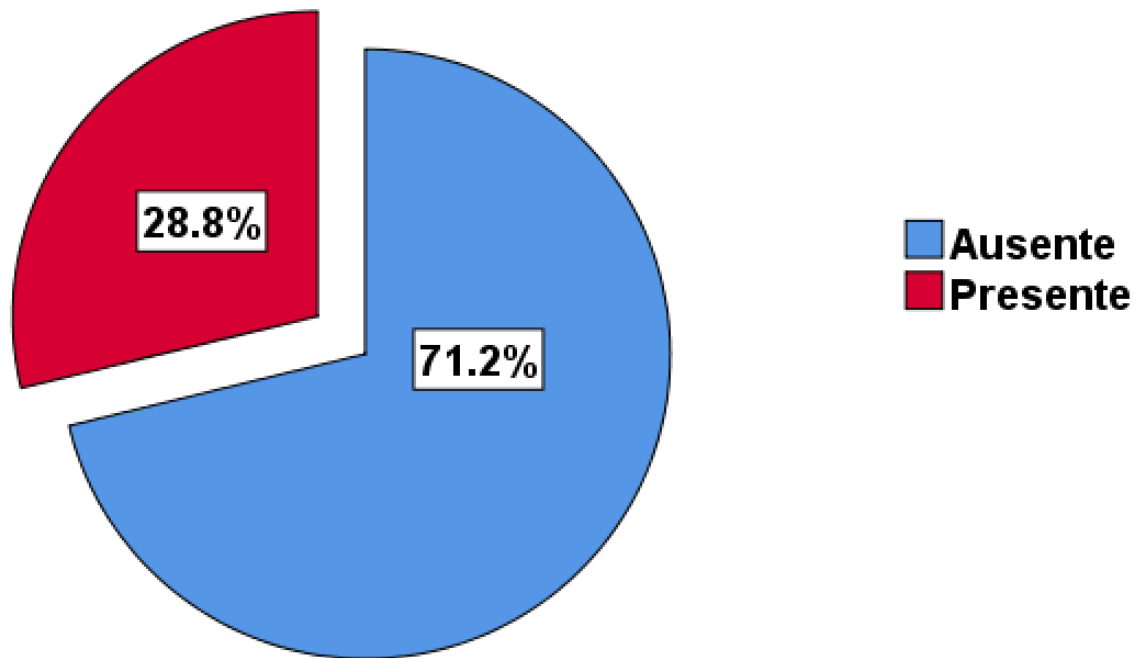


Tabla 7. Hiperactividad

Hiperactividad		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	94	71.2%
Presente	38	28.8%

Gráfica 8. Habilidades prosociales

## Fortalezas Prosociales

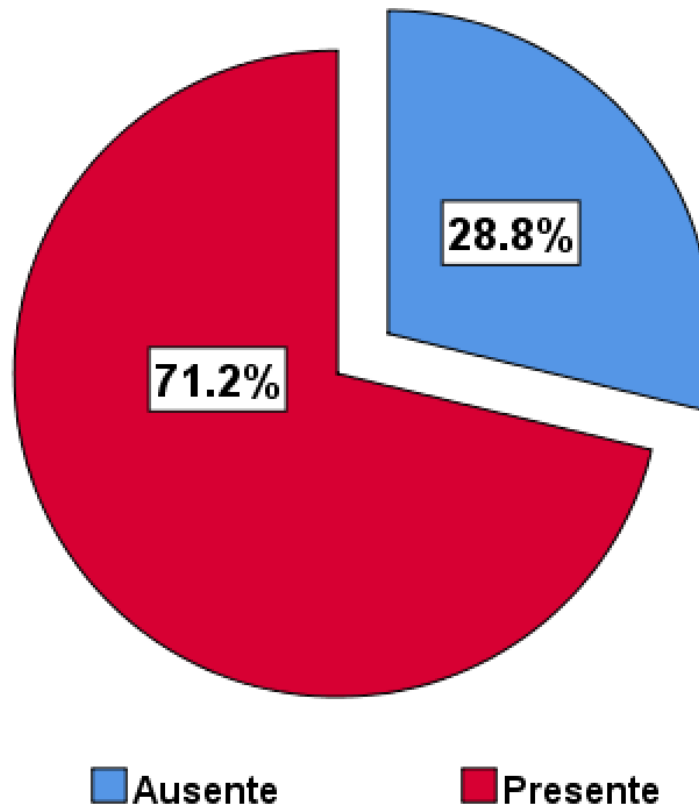


Tabla 8. Habilidades prosociales

Habilidades prosociales		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Ausente</b>	38	28.8%
<b>Presente</b>	94	71.2%

Gráfica 9. Psicopatología general

## Presencia de Psicopatología Global

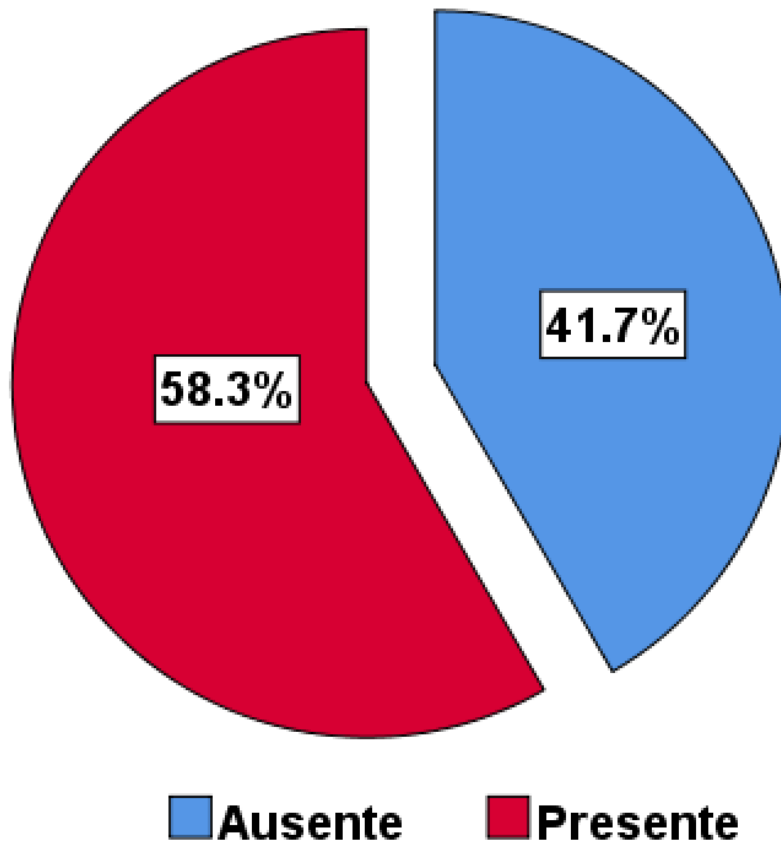


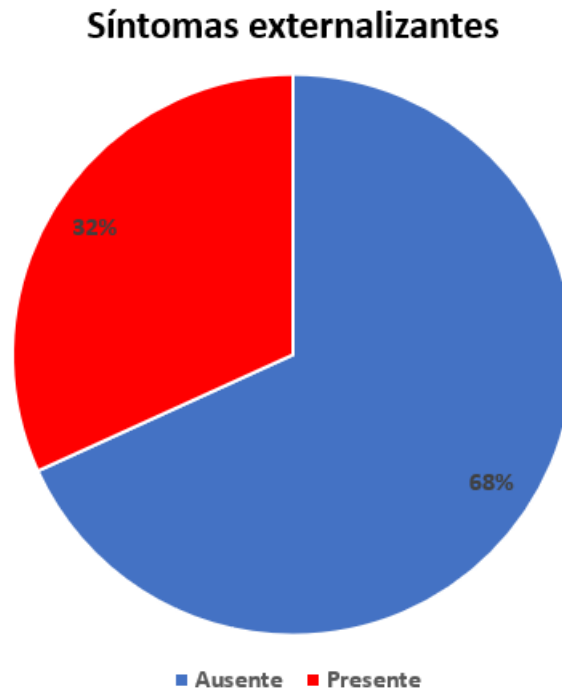
Tabla 9. Psicopatología general

Psicopatología general		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Ausente</b>	55	41.7%
<b>Presente</b>	77	58.3%

En cuanto a los síntomas externalizantes, 42 participantes tuvieron puntuaciones altas (tomando el punto de corte puntuaciones iguales o mayores a 11 en la suma de las subescalas hiperactividad y problemas de conducta) siendo un 31.8%, y 75

sujetos (56.8%) presentaron puntuaciones altas para síntomas internalizantes (tomando como punto e corte valores mayores a 9 en la sumatoria de problemas emocionales con problemas con pares) (**Grafica 9 y 10, Tabla 10 y 11**)

**Gráfica 10. Síntomas externalizantes**



**Tabla 10: síntomas externalizantes**

<b>Síntomas externalizantes</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>porcentaje</b>
<b>Ausente</b>	<b>90</b>	<b>68.2%</b>
<b>Presente</b>	<b>42</b>	<b>31.8%</b>

**Gráfica 11. Síntomas internalizantes**

## Síntomas internalizantes

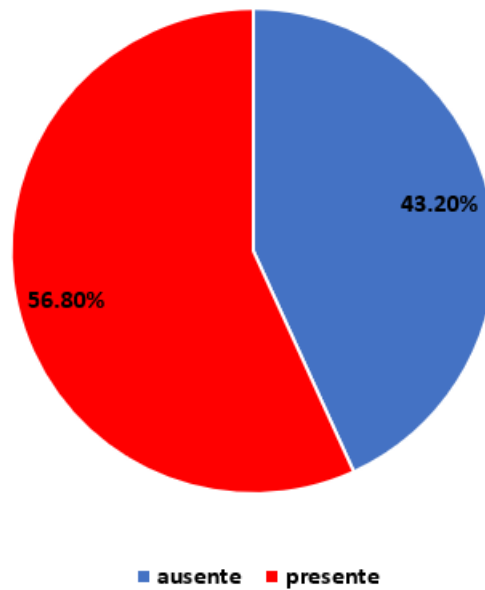


Tabla 11. Síntomas internalizantes

Síntomas internalizantes		
	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	57	43.2%
Presente	75	56.8%

Si bien, cabe mencionar que, aunque no fueron objetivo principal de esta investigación, se encontraron en general, valores cercanos a 1 en la media de cada ítem, con valores menores a uno en general en todos los ítems del SDQ, indicando una pobre dispersión de los datos respecto a la media, dando como indicador la homogeneidad de las características de los participantes, similar a lo encontrado en estudios en población general. Como era de esperarse, el valor mínimo fue 0 y el valor máximo 2. El resto de los estadísticos descriptivos se muestran en la **tabla 12**. (como dato orientativo para entender a profundidad la tabla, el número de ítem es seguido por la abreviatura de cada una de las subescalas, tomando como: **PRO**: conducta prosocial, **HIP**: Hiperactividad, **EMO**: Problemas emocionales **CON**: Problemas con pares, **PAR**: Problemas con pares)

**Tabla 12. Estadísticos descriptivos ítems**

Estadístico descriptivos ítems						
ítem	Media	Desviación estándar	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo
1 (PRO)sentimientos	1.38	0.62	1	1	0	2
2 (HIP) hiperactivo	1.14	0.82	2	1	0	2
3 (EMO)queja somática	0.95	0.86	0	1	0	2
4 (PRO) comparte	1.40	0.68	2	2	0	2
5 (CON)enojo	0.92	0.77	1	1	0	2
6 (PAR) solitario	1.21	0.76	2	1	0	2
7 (CON) obediente	0.88	0.75	1	1	0	2
8 (EMO)asustado	1.05	0.80	1	1	0	2
9 (PRO)ayudar	1.35	0.76	2	2	0	2
10 (HIP) moverse	1.03	0.77	1	1	0	2
11 (PAR)amigos	0.55	0.78	0	0	0	2
12 (CON) pelea	0.64	0.67	0	1	0	2
13 (EMO) infeliz	1.12	0.74	1	1	0	2
14 (PAR) agradable	0.77	0.69	1	1	0	2
15 (HIP)distraido	1.09	0.83	2	1	0	2
16 (EMO)nervioso	1.20	0.79	2	1	0	2
17 (PRO) trato bien	1.64	0.59	2	2	0	2
18 (CON) mentir	0.63	0.75	0	0	0	2
19 (PAR)acosado	0.64	0.78	0	0	0	2
20_PRO_acomedido	1.27	0.71	1	1	0	2
21 (HIP) impulsividad	0.86	0.67	1	1	0	2
22 (CON) robar	0.30	0.52	0	0	0	2
23 (PAR)mejor adultos	1.18	0.76	1	1	0	2
24(EMO)miedoso	0.82	0.75	1	1	0	2
25(HIP)concentracion	0.96	0.67	1	1	0	2

Asimismo, los resultados de las medianas y desviaciones de las subescalas, así como de la psicopatología total muestran discretamente mayor heterogeneidad.(Tabla 13)

<b>Tabla 13. Estadístico descriptivo subescalas y psicopatología general</b>						
Subescala	Media	Desviación estándar	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>Problemas con pares</b>	4.27	2.115	3	4	0	10
<b>Problemas emocionales</b>	5.09	2.725	7	5	0	10
<b>Problemas de conducta</b>	3.35	2.344	2	3	0	10
<b>Hiperactividad</b>	4.97	2.553	6	6	1	9
<b>Fortalezas prosociales</b>	7.17	2.32	8	8	0	10
<b>Síntomas internalizantes</b>	8.25	4.082	8	8	1	16
<b>Síntomas externalizantes</b>	9.29	4.056	7	10	1	19
<b>Psicopatología general</b>	17.55	6.843	23	18	3	31

## 12.2 Estadística psicométrica.

Asimismo, en la correlación ítem-test, para conocer la relación de cada ítem con el resultado total de la escala por medio de correlación de Pearson, en general, la mayoría de todos los ítems se tuvieron un valor considerable aceptable (mayores a 0.3) únicamente en el ítem 23 (el cual puntúa para subescala problemas con pares); el cual arrojó un valor de 0.161, así como otros ítems pertenecientes a misma subescala apenas alcanzaron valores limítrofes para ser considerados aceptables. Asimismo, acorde a lo esperado en estudios anteriores y a lo que rige la teoría, los ítems de la subescala de conducta prosociales tuvieron valores negativos, aunque poco significativos, ya que ninguno tuvo una puntuación menor a -0.3. tomando en cuenta que, por consenso, los valores mínimos aceptables son de 0.3, tomando 0.3 a 0.5 como moderado, y arriba de 0.5 una correlación alta. (Tabla 14) (como dato orientativo para entender a profundidad la tabla, el número de ítem es seguido por la abreviatura de cada una de las subescalas, tomando como: **PRO:** conducta prosocial, **HIP:** Hiperactividad, **EMO:** Problemas emocionales **CON:** Problemas con pares, **PAR:** Problemas con pares, **INT:** Síntomas internalizantes, **EXT:** síntomas externalizantes

Tabla 14. Correlaciones ítems con escala total, correlaciones entre ítems

	1 PRO	2 HIP	3 EMO	4 PRO	5 CON	6 PAR	7 CON	8 EMO	9 PRO	10 HIP	11 PAR	12 CON	13 EMO	14 PAR	15 HIP	16 EMO	17 PRO	18 CON	19 PAR	20 PRO	21 HIP	22 CON	23 PAR	24 EMO	25 HIP	
1 PRO	1																									
2 HIP	-.177 <sup>**</sup>	1																								
3 EMO	-0.109	.290 <sup>**</sup>	1																							
4 PRO	.252 <sup>**</sup>	-.017	-.073	1																						
5 CON	-.172 <sup>**</sup>	.441 <sup>**</sup>	.258 <sup>**</sup>	-.0140	1																					
6 PAR	0.054	0.039	.305 <sup>**</sup>	-.196 <sup>**</sup>	0.017	1																				
7 CON	-.289 <sup>**</sup>	.213 <sup>**</sup>	0.038	-.339 <sup>**</sup>	.298 <sup>**</sup>	0.099	1																			
8 EMO	.210 <sup>**</sup>	-.010	0.136	0.022	0.043	.172 <sup>**</sup>	0.047	1																		
9 PRO	.555 <sup>**</sup>	-.0440	0.047	.409 <sup>**</sup>	0.076	0.056	-.312 <sup>**</sup>	0.137	1																	
10 HIP	-.0119	.699 <sup>**</sup>	.174 <sup>**</sup>	0.035	.222 <sup>**</sup>	-.0115	0.033	0.109	-.0109	1																
11 PAR	-.0088	0.024	.218 <sup>**</sup>	-.0163	0.102	0.058	0.050	-.0089	0.020	0.161	1															
12 CON	-.289 <sup>**</sup>	.287 <sup>**</sup>	.381 <sup>**</sup>	0.005	.207 <sup>**</sup>	0.123	.200 <sup>**</sup>	0.098	-.289 <sup>**</sup>	0.110	-.0.085	1														
13 EMO	-.0166	.413 <sup>**</sup>	.390 <sup>**</sup>	-.0.052	.431 <sup>**</sup>	.238 <sup>**</sup>	.204 <sup>**</sup>	.428 <sup>**</sup>	0.087	.314 <sup>**</sup>	.228 <sup>**</sup>	1														
14 PAR	-.293 <sup>**</sup>	.243 <sup>**</sup>	.174 <sup>**</sup>	-.387 <sup>**</sup>	0.135	.222 <sup>**</sup>	.312 <sup>**</sup>	-.0.022	-.325 <sup>**</sup>	.213 <sup>**</sup>	.317 <sup>**</sup>	0.084	.232 <sup>**</sup>	1												
15 HIP	0.139	.486 <sup>**</sup>	.282 <sup>**</sup>	0.125	.273 <sup>**</sup>	0.126	-.0.019	0.143	.214 <sup>**</sup>	.483 <sup>**</sup>	0.039	-.0.091	-.180 <sup>**</sup>	-.0.058	1											
16 EMO	0.105	0.122	-.293 <sup>**</sup>	0.031	0.154	.270 <sup>**</sup>	-.0.099	.312 <sup>**</sup>	.198 <sup>**</sup>	.216 <sup>**</sup>	0.100	0.028	.375 <sup>**</sup>	0.127	.262 <sup>**</sup>	1										
17 PRO	.346 <sup>**</sup>	-.0135	-.0.062	.389 <sup>**</sup>	-.0.082	-.0.034	-.2.68 <sup>**</sup>	0.147	.310 <sup>**</sup>	.182 <sup>**</sup>	0.033	-.175 <sup>**</sup>	-.0.092	-.3.09 <sup>**</sup>	0.097	-.0.039	1									
18 CON	-.335 <sup>**</sup>	.304 <sup>**</sup>	.167 <sup>**</sup>	-.248 <sup>**</sup>	.423 <sup>**</sup>	0.167	.450 <sup>**</sup>	0.087	-.389 <sup>**</sup>	.285 <sup>**</sup>	0.145	.233 <sup>**</sup>	.248 <sup>**</sup>	.308 <sup>**</sup>	.288 <sup>**</sup>	0.156	-.249 <sup>**</sup>	1								
19 PAR	-.0128	0.100	0.111	-.0.103	-.0.037	0.140	0.147	.172 <sup>**</sup>	-.187 <sup>**</sup>	.182 <sup>**</sup>	.211 <sup>**</sup>	0.086	.338 <sup>**</sup>	.341 <sup>**</sup>	0.073	-.0.160	.334 <sup>**</sup>	1								
20 PRO	0.013	-.182 <sup>**</sup>	0.007	.446 <sup>**</sup>	0.124	0.036	-.240 <sup>**</sup>	0.127	.294 <sup>**</sup>	-.183 <sup>**</sup>	-.0.019	0.082	0.156	-.2.65 <sup>**</sup>	-.0.028	-.0.002	.2.62 <sup>**</sup>	-.0.072	0.117	1						
21 HIP	-.330 <sup>**</sup>	.242 <sup>**</sup>	-.0.089	-.197 <sup>**</sup>	.227 <sup>**</sup>	-.0.062	.253 <sup>**</sup>	-.2.88 <sup>**</sup>	-.338 <sup>**</sup>	.285 <sup>**</sup>	0.111	.177 <sup>**</sup>	0.003	.341 <sup>**</sup>	-.0.046	-.1.77 <sup>**</sup>	-.332 <sup>**</sup>	.339 <sup>**</sup>	0.124	-.1.79 <sup>**</sup>	1					
22 CON	-.206 <sup>**</sup>	.246 <sup>**</sup>	0.115	-.210 <sup>**</sup>	.347 <sup>**</sup>	-.0.121	.307 <sup>**</sup>	-.0.108	-.0.127	0.130	0.064	.245 <sup>**</sup>	0.025	0.103	0.026	0.038	-.0.151	.3.64 <sup>**</sup>	0.035	-.0.048	0.159	1				
23 PAR	-.0.001	0.107	0.059	0.124	0.065	.210 <sup>**</sup>	-.0.135	0.125	0.088	-.0.009	-.0.029	-.0.139	0.164	-.0.066	0.155	0.014	.2.63 <sup>**</sup>	-.0.028	-.0.044	0.037	-.0.130	-.0.118	1			
24 EMO	-.0.031	.277 <sup>**</sup>	.329 <sup>**</sup>	.191 <sup>**</sup>	0.132	.228 <sup>**</sup>	0.055	.332 <sup>**</sup>	-.0.062	0.062	-.204 <sup>**</sup>	.2.63 <sup>**</sup>	.2.80 <sup>**</sup>	0.052	.2.22 <sup>**</sup>	.347 <sup>**</sup>	-.0.009	.1.79 <sup>**</sup>	.2.27 <sup>**</sup>	0.005	-.0.080	0.060	0.072	1		
25 HIP	-.0.057	.428 <sup>**</sup>	.314 <sup>**</sup>	.219 <sup>**</sup>	0.156	-.0.104	0.127	0.060	0.056	.327 <sup>**</sup>	0.098	.2.95 <sup>**</sup>	.317 <sup>**</sup>	0.113	.2.80 <sup>**</sup>	.2.89 <sup>**</sup>	0.004	0.140	-.0.011	-.0.140	0.124	.2.29 <sup>**</sup>	0.044	0.153	1	
PAR	-.0.158	.180 <sup>**</sup>	.313 <sup>**</sup>	-.244 <sup>**</sup>	0.099	.5.96 <sup>**</sup>	0.164	0.131	-.0.118	0.154	.8.68 <sup>**</sup>	0.030	.433 <sup>**</sup>	.5.13 <sup>**</sup>	0.125	.2.73 <sup>**</sup>	-.0.087	.3.31 <sup>**</sup>	.6.00 <sup>**</sup>	-.0.024	0.095	-.0.015	.3.89 <sup>**</sup>	0.135	0.048	
CON	-.376 <sup>**</sup>	.477 <sup>**</sup>	.294 <sup>**</sup>	-.2.82 <sup>**</sup>	.702 <sup>**</sup>	0.099	.6.94 <sup>**</sup>	0.053	-.304 <sup>**</sup>	.237 <sup>**</sup>	0.092	.5.51 <sup>**</sup>	.3.9.6 <sup>**</sup>	.2.92 <sup>**</sup>	0.157	0.085	-.2.78 <sup>**</sup>	.7.66 <sup>**</sup>	.1.75 <sup>**</sup>	-.0.044	.3.53 <sup>**</sup>	.6.26 <sup>**</sup>	-.0.098	.2.08 <sup>**</sup>	.2.64 <sup>**</sup>	
HIP	-.0.150	.840 <sup>**</sup>	.297 <sup>**</sup>	0.052	.400 <sup>**</sup>	-.0.025	.173 <sup>**</sup>	0.024	-.0.051	.770 <sup>**</sup>	0.099	.211 <sup>**</sup>	.3.71 <sup>**</sup>	.2.44 <sup>**</sup>	.6.92 <sup>**</sup>	.2.20 <sup>**</sup>	-.0.122	.4.31 <sup>**</sup>	0.142	-.2.07 <sup>**</sup>	.3.94 <sup>**</sup>	.2.29 <sup>**</sup>	0.059	.2.00 <sup>**</sup>	.6.25 <sup>**</sup>	
PRO	.628 <sup>**</sup>	-.0.158	-.0.049	.731 <sup>**</sup>	-.0.046	-.0.022	-.4.19 <sup>**</sup>	.1.97 <sup>**</sup>	.77.6 <sup>**</sup>	-.0.135	-.0.063	-.1.80 <sup>**</sup>	-.0.007	-.4.55 <sup>**</sup>	0.162	0.093	.6.44 <sup>**</sup>	-.3.81 <sup>**</sup>	-.0.133	.610 <sup>**</sup>	-.4.02 <sup>**</sup>	-.2.14 <sup>**</sup>	0.145	0.028	0.026	
EXT	-.305 <sup>**</sup>	.785 <sup>**</sup>	.348 <sup>**</sup>	-.0.127	.641 <sup>**</sup>	0.041	.497 <sup>**</sup>	0.045	-.202 <sup>**</sup>	.607 <sup>**</sup>	0.113	.440 <sup>**</sup>	.4.81 <sup>**</sup>	.3.15 <sup>**</sup>	.5.14 <sup>**</sup>	.1.83 <sup>**</sup>	-.2.31 <sup>**</sup>	.6.91 <sup>**</sup>	.1.86 <sup>**</sup>	-.0.152	.441 <sup>**</sup>	.4.93 <sup>**</sup>	-.0.018	.241 <sup>**</sup>	.533 <sup>**</sup>	
INT	-.0.081	.310 <sup>**</sup>	.618 <sup>**</sup>	-.0.108	.252 <sup>**</sup>	.651 <sup>**</sup>	0.133	.604 <sup>**</sup>	0.019	.254 <sup>**</sup>	.3.52 <sup>**</sup>	.23.6 <sup>**</sup>	.709 <sup>**</sup>	.44.5 <sup>**</sup>	.2.83 <sup>**</sup>	.823 <sup>**</sup>	-.0.046	.3.39 <sup>**</sup>	.6.29 <sup>**</sup>	0.044	-.0.071	0.019	.2.90 <sup>**</sup>	.515 <sup>**</sup>	.2.91 <sup>**</sup>	
SOQ	-.236 <sup>**</sup>	.667 <sup>**</sup>	.581 <sup>**</sup>	-.0.142	.545 <sup>**</sup>	.3.52 <sup>**</sup>	.3.98 <sup>**</sup>	.3.27 <sup>**</sup>	-.0.113	.524 <sup>**</sup>	.27.9 <sup>**</sup>	.411 <sup>**</sup>	.6.98 <sup>**</sup>	.4.88 <sup>**</sup>	.4.98 <sup>**</sup>	.481 <sup>**</sup>	-.0.170	.627 <sup>**</sup>	.4.28 <sup>**</sup>	-.0.088	.230 <sup>**</sup>	.315 <sup>**</sup>	0.161	.454 <sup>**</sup>	.477 <sup>**</sup>	

p < 0,05\* (bilateral); < 0,01 \*\* (bilateral).



### 12.2.1 Confiabilidad

Para determinar la confiabilidad en el cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) en niños y adolescentes de 11 a 17 años, se utilizó el alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) arrojando una puntuación de  $\alpha=0.719$ , que, de acorde a bibliografía y consenso general se encuentra en el rango para ser considerado aceptable (59) (60). (Tabla 10); así como omega de Mac Donald, ( $\omega$ ) de 0.666 con un valor limítrofe en cuanto a aceptabilidad (los valores ideales son de 0.7 a 0.9, (61) algunos otros autores consideran el valor mínimo aceptable de 0.75 (62) En cuanto a la confiabilidad de las subescalas, síntomas externalizantes  $\alpha=0.766$   $\omega=0.666$ , síntomas internalizantes  $\alpha=0.69$ ,  $\omega=0.705$  problemas emocionales  $\alpha=0.70$ ,  $\omega=0.709$ , problemas con pares  $\alpha=0.43$ ,  $\omega=0.452$  hiperactividad  $\alpha=0.69$ ,  $\omega=0.74$ , y conducta prosocial  $\alpha=0.70$ ,  $\omega=0.715$ . (Tabla 15,16)

**Tabla 15. Confiabilidad determinada por alfa de Cronbach y Omega de McDonald en el cuestionario de capacidades y dificultades**

Cuestionario de capacidades y dificultades		
Omega de McDonald	Alfa de Cronbach	Número de ítems.
0.666	0.719	25
<b>N=132</b>		

**Tabla 16. Confiabilidad por alfa de Cronbach y Omega de McDonald del cuestionario de capacidades y dificultades**

<b>Subescala</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Omega de McDonald</b>
<b>Síntomas externalizantes</b>	0.766	0.666
<b>Síntomas internalizantes</b>	0.691	0.705
<b>Problemas con pares</b>	0.435	0.452
<b>Problemas emocionales</b>	0.707	0.709
<b>Problemas conducta</b>	0.685	0.7
<b>Hiperactividad</b>	0.696	0.74
<b>Prosocial</b>	0.706	0.715

### 12.1.1 Validez

Para determinar la validez del instrumento, se realizó a través de la validez de constructo, por medio del Análisis factorial exploratorio, con la metodología de componentes principales, utilizando rotación ortogonal varimax con normalización de Kaiser. arrojando un índice de KMO de 0.625. (para comprender mejor, el índice de KMO varía entre 0 a 1, y en cuanto más cerca se encuentre el valor a 1, presenta mayor índice de adecuación, considerando valores menores a 0.5 como inaceptables, 0.5 a 0.59 como pobres, 0.6 a 0.79 como regulares, y 0.8 a 1 como meritorios) (63) Asimismo; mediante el test de esfericidad de Bartlett, se encontró que tuvo significancia estadística, por un valor de  $p < 0.05$ , ( $X^2$  1229.889, 300 gl, p 0.0005).

Los valores de las comunalidades obtenidas se encontraron dentro del 0.471 a 0.830 (tabla 17)

**Tabla. 17. Valores de las comunalidades del cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) con los 25 ítems**

<b>Comunalidades</b>		
<b>Ítems</b>	<b>Inicial</b>	<b>Extracción</b>
1. Procuero ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las personas	1.000	0.665
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	1.000	0.753
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	1.000	0.694
4. Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc.	1.000	0.749
5. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	1.000	0.746
6. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	1.000	0.654
7. Por lo general soy obediente	1.000	0.560
8. A menudo estoy ocupado	1.000	0.575
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	1.000	0.726
10. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado.	1.000	0.716
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	1.000	0.762
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	1.000	0.731
13. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	1.000	0.664
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	1.000	0.615
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	1.000	0.689
16. Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	1.000	0.614
17. Trato bien a los niños/as más pequeños/as	1.000	0.471
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	1.000	0.678
19. Otra gente de mie edad se mete conmigo o se burla de mí	1.000	0.745
20. A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	1.000	0.830
21. Pienso las cosas antes de hacerlas	1.000	0.483
22. Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	1.000	0.558
23. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	1.000	0.735
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	1.000	0.661
25. Terminó lo que empiezo, tengo buena concentración	1.00	0.626
<b>Método de extracción: análisis de componentes principales.</b>		

Se obtuvieron 8 componentes con autovalores mayores a 1, y una varianza total explicada del 66.8% (**Tabla 18**)

**Tabla 18. Varianza total explicada**

<b>Componente</b>	<b>Autovalores iniciales total</b>	<b>Porcentaje de Varianza</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
1	4.731	18.925	18.925
2	3.346	13.386	32.311
3	1.954	7.816	40.127
4	1.629	6.514	46.641
5	1.377	5.506	52.148
6	1.285	5.139	57.286
7	1.226	4.905	62.192
8	1.153	4.611	66.803
9	0.972	3.889	70.692
10	0.907	3.627	74.319
<b>Cargas factoriales obtenidas en matriz de componente rotado</b>			

En cuanto a la distribución de los ítems, estos se agruparon en 8 factores, destacando que la mayoría de estos, tuvieron carga a más de un factor. (Tabla 19)

**Tabla 19. Matriz de componente Rotado del Cuestionario de Capacidades y dificultades con 25 ítems y 8 factores**

Matriz con carga factorial de cada ítem								
	Factores							
	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	<b><u>0.788</u></b>					0.289		
1. Procuero ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las personas	<b><u>0.765</u></b>							
21. Pienso las cosas antes de hacerlas	-0.590			<b><u>0.321</u></b>	<b><u>0.755</u></b>			
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	-0.430		0.247			-0.398	<b><u>0.427</u></b>	
10. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado.		<b><u>0.805</u></b>						
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo		<b><u>0.734</u></b>		<b><u>0.305</u></b>	0.247			
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	0.268	<b><u>0.711</u></b>						0.224
25. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración		<b><u>0.565</u></b>			<b><u>0.516</u></b>			
19. Otra gente de mie edad se mete conmigo o se burla de mí	-0.333		<b><u>0.725</u></b>				0.269	
8. A menudo estoy ocupado	0.272		<b><u>0.660</u></b>				-0.207	
16. Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	<b><u>0.324</u></b>	0.228	<b><u>0.522</u></b>		<b><u>0.381</u></b>			
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente			<b><u>0.499</u></b>		<b><u>0.374</u></b>		-0.483	
13. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar		0.221	<b><u>0.483</u></b>	0.263	<b><u>0.437</u></b>		0.234	
5. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control		0.238		<b><u>0.782</u></b>				
22. Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios				<b><u>0.637</u></b>				-0.299
7. Por lo general soy obediente	-0.289			<b><u>0.596</u></b>		-0.312		
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	-0.390	0.271	<b><u>0.327</u></b>	<b><u>0.572</u></b>				
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas					<b><u>0.755</u></b>			
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	-0.384			0.205	<b><u>0.673</u></b>		-0.203	
20. A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)		-0.259				<b><u>0.834</u></b>		
4. Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc.	0.216	0.235		-0.331		<b><u>0.689</u></b>	-0.228	
17. Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<b><u>0.414</u></b>					<b><u>0.414</u></b>		0.297
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos							<b><u>0.8662</u></b>	
23. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad.								<b><u>0.828</u></b>
6. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad		-0.222	<b><u>0.373</u></b>		0.276	-0.291		<b><u>0.541</u></b>

### 13. DISCUSION

Acorde a los resultados obtenidos; se lograron los objetivos del estudio, los cuales fueron determinar las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) del Cuestionario de Capacidades y Dificultades) en derechohabientes de 11 a 17 años que acuden al UMAE Hospital de pediatría del Centro médico nacional de occidente.

Respecto a los datos encontrados, hubo una mayor participación de mujeres, obteniendo un porcentaje del 63.6%, ya que en estudios previos, en las versiones autoreporte del SDQ, existe una discreta participación mayor de hombres, con una participación entre el 50.1 al 53% aproximadamente (64)(65) (66)(67)(68) (69)(70)

Solo un estudio mostró una participación discretamente mayor en hombres; del 56.4% (71), aunque en esta investigación, la participación por el sexo femenino fue significativamente mayor, algo que contrasta con la bibliografía previamente mencionada. Asimismo, hay diversos estudios con diferentes versiones del SDQ (padres y maestros) así como aplicación en diversos grupos de edades.

En cuanto a la especialidad de origen, los dos servicios identificados que presentaron mayor frecuencia fue Neurología con 15.9%, seguido de Nefrología con 15.2%. El 38.6% correspondió a otros servicios, estrato que se identificaría con las 29 subespecialidades médicas restantes con las que cuenta nuestra unidad de atención (72)

En cuanto a la psicopatología general, se encontró una prevalencia del 58.3%. Cifra significativamente más elevada respecto a otros estudios que muestran prevalencias menores, como de Heuvel y cols. En el 2017 (68) con una prevalencia de 9.3%, considerando tomar los mismos puntos de corte que en nuestro estudio (igual o mayores a percentil 90), ya que otros estudios, como el realizado por Hawes y cols. consideraron puntuaciones superiores a percentil 80, arrojó una prevalencia de psicopatología de 36.1% (73) aunque es importante considerar que en ambos estudios se utilizó el SDQ versión diferente a la

autoaplicada, en diferentes grupos de edad si se compara con los resultados de nuestro estudio, asimismo las publicaciones comentadas, tomaron muestras de la comunidad en general. Es esperado que la presencia de enfermedad crónica y/o discapacidad en el niño y adolescente: sea un factor de riesgo *per se* para el desarrollo de psicopatología general, pudiendo explicar dicho fenómeno.

En nuestra investigación se tuvo un porcentaje mayor en las subescalas de dificultades totales; en contraste con Lundh et. Al (74), quien en una muestra de 986 adolescentes de 14 y 15 años de edad, la subescala de pares tuvo un una media de porcentaje del 12.9%, en hiperactividad 11.2%, síntomas emocionales 10.3%, seguido de problemas de conducta con 7.8%, fortalezas prosociales con 93%, y en dificultades totales 10.8%. , resultados consistentes con otras investigaciones como por Smejde et al. (75) (76) (64)(77)

En cuanto a fortalezas prosociales, nuestra investigación identifico al 71.2% con un puntaje que sugiere que si cuentan con dicho atributo, en contraste a los estudios referidos con anterioridad. agregándose una gran heterogeneidad de diferentes prevalencias en otros estudios (76) (64)(77)(75) (74)describiendo incluso diferencias de prevalencias entre sexos, con diferencias significativas en múltiples subescalas, algo que en nuestro estudio no se realizó. En general, la subescala prosocial presentó prevalencias similares a las reportadas en la bibliografía mencionada. Esto podría ser debido a la interacción entre la resiliencia y estresores, y ver como estos dos componentes interactúan en el proceso de enfermedad y desarrollo de psicopatología, pudiendo desarrollar el inicio de posibles futuras investigaciones; en este caso, aplicado en la población hospitalaria.

El presente estudio arroja confiabilidad con un alfa de Cronbach ( $\alpha=0.719$ ) en valores aceptables, ya que, en la mayoría de los estudios y consensos, se considera confiable con una puntuación  $\geq 0.7$ . (78) otros consideran valores aceptables si es  $\geq 0.80$ ) (79) dicho resultado es acorde a investigaciones previas en varios países donde se aplicó a la misma población en autorreporte, presentando consistencias similares, mayores a 0.7 (70) (75) incluso un estudio

español reportó una consistencia interna mayor a 0.8 (71) así como otros estudios que aplicaron SDQ versión padres y/o maestros , con valores mayores a 0.7 (80) (67) (81) a excepción de un estudio sueco con 934 participantes de 17-19 años, con la versión del SDQ autoaplicada, arrojó un alfa de Cronbach de 0.66 (64)

En cuanto a las subescalas, obtuvimos un  $\alpha = 0.707$  en la subescala de problemas emocionales,  $\alpha = 0.696$  para hiperactividad,  $\alpha = 0.685$  en problemas emocionales,  $\alpha = 0.435$  problemas con pares, y  $\alpha = 0.706$  para conducta prosocial. Asimismo, la subescala de síntomas internalizantes reporta  $\alpha = 0.69$  y síntomas externalizantes  $\alpha = 0.766$ .

Respecto a estudios previos, concuerdan los valores excesivamente bajos en la subescala problemas con pares, aunque en otros estudios la subescala que presentó mejor consistencia interna fue para hiperactividad. Solo un estudio tuvo un valor similar al presentado en esta investigación, que fue de 0.66 (64)

en cuanto al omega de McDonald, los resultados concuerdan que la subescala problemas con pares no cuenta con la confiabilidad, ya que en los estudios donde se ha realizado muestra valores menores a 0.5, similares a los resultados en este estudio.

En general, los valores expuestos concuerdan con investigaciones psicométricas previas, (78) (79) (70) (75) (80) (67) (81) (64) en que la subescala problemas con pares no cuenta con la confiabilidad suficiente, y que el resto apenas alcanzan valores limítrofes para considerarse adecuados para la confiabilidad, aunque la escala en total presenta un valor aceptable, sugiriendo ser cautelosos al aplicar solo una subescala para considerar la posibilidad del diagnóstico que engloba la subescala, siendo mejor tomar el valor total de los 25 ítems (escala global).

Respecto a la correlación entre ítems con la escala total, se detecta como era de esperarse, valores negativos en la subescala prosocial, sin embargo, ninguno de estos valores mayores a -0.3, sugiriendo que dicha subescala muestra una pobre relación, pudiendo deberse a que se trata de constructos distintos, no se pudo encontrar bibliografía que hable respecto a la correlación entre ítems.



En cuanto al análisis factorial exploratorio, arroja que el instrumento podría explicar mejor la varianza en un modelo con 8 factores, resultado diferente la propuesta de 5 factores por Goodman; acorde a la propuesta original, explica 52.1% de la varianza total, siendo un valor aceptado, aunque limítrofe. Existen diversos estudios con resultados similares respecto a la validez de constructo, donde el modelo de 5 factores explicó solo el 44% de la varianza total, (64) valores incluso menores a los presentados a los nuestros.

En cuanto a el modelo de 8 factores, la única subescala que presenta valores aceptables es problemas con pares, ya que el ítem 12 (peleas frecuentes) presenta una carga factorial menor a los valores esperados, y además tiene una carga en otro factor. La subescala hiperactividad es la que sigue, con valores aceptables a excepción del ítem 21 (pienso las cosas antes de hacerlas) con valores en 2 factores distintos, la subescala prosocial y emocional presentan cargas cruzadas. En general, la subescala prosocial presenta cargas cruzadas en los ítems: 2,4,17 (subescala prosocial) 7,12 y 18 (subescala problemas de conducta) 21 y 25 (subescala hiperactividad) 6,14 y 19 (subescala problemas con pares) y los ítems 13 y 24 (subescala problemas emocionales). **(Tabla 20)**

**Tabla 20. CARGAS FACTORIALES**

	Factores									
	1	2	3	4	5	6	7	8		
1. Procuero ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las personas	0.765									Prosocial
4. Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc.	0.216	0.235		-0.331		0.689	-0.228			
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	0.788					0.289				
17. Trato bien a los niños/as más pequeños/as	0.414					0.414		0.297		
20. A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)		-0.259				0.834				
5. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control		0.238		0.782						conducta
7. Por lo general soy obediente	-0.289			0.596		-0.312				
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	-0.384			0.205	0.673		-0.203			
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	-0.390	0.271	0.327	0.572						
22. Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios				0.637				-0.299		
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo		0.734		0.305	0.247					hiperactividad
10. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado.		0.805								
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	0.268	0.711						0.224		
21. Pienso las cosas antes de hacerlas	-0.590			0.321	0.755					
25. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración		0.565			0.516					
6. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad		-0.222	0.373		0.276	-0.291		0.541		Pares
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos							0.8662			
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	-0.430		0.247			-0.398	0.427			
19. Otra gente de mie edad se mete conmigo o se burla de mí	-0.333		0.725				0.269			
23. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad.								0.828		
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas					0.755					Emocional
8. A menudo estoy ocupado	0.272		0.660				-0.207			
13. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar		0.221	0.483	0.263	0.437		0.234			
16. Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	0.324	0.228	0.522		0.381					
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente			0.499		0.374		-0.483			

Destaca que varios de estos ítems puntúan negativamente a la hora de calificar el SDQ y que presentan cargas cruzadas (ítem 7,14,21,15) lo que muchos autores proponen que podría ser la asociación de estos, aunque también destacan la presencia de otros ítems. (82)

Si bien, no realizamos análisis factorial confirmatorio, éste podría corroborar algunos de los puntos antes mencionados. Los valores de referencia para determinar un buen ajuste del modelo son: índice de ajuste comparativo (CFI)

$\geq 0.90$ , error cuadrático de medio de aproximación (RMSEA)  $\leq 0.06$  o  $0.8$ , TLI  $\geq 0.90$ , SRMR  $\leq 0.08$ , (83) (84).

Un estudio transversal Sueco que incluyó a 8,838 estudiantes de 12 a 18 años, el SDQ mostro una consistencia interna con in índice de alfa de Cronbach en cuanto a la subescala emocional 0.68, problemas de conducta 0.42, hiperactividad 0.63, problemas con pares 0.42, y subescala prosocial 0.61(65)

En un estudio holandés con 3,384 participantes, mostró un alfa de 0.77 para la escala de dificultades total, problemas emocionales, problemas de conducta 0.39, hiperactividad problemas con pares 0.7 y prosocial 0.75. en cuanto a su validez concurrente, con la escala CBCL, la escala de dificultades total mostro una correlación alta de 0.73, sin embargo las subescalas problemas con pares y síntomas emocionales correlacionaron moderadamente a la escala internalizante del CBCL con 0.59 y 0.40 respectivamente, en cuanto a la correlación para la subescala externalizante del CBCL problemas de conducta fue de 0.59 y problemas de conducta 0.42 siendo todas las correlaciones con una valor de  $p$  menor a 0.01 (80)

En estudio transversal de adolescentes de 12 a 17 años, con una muestra 4,053 participantes, con diferentes versiones del SDQ (autoaplicado y para padres) las omega de McDonald obtenidas para población clínica, 0.85, hiperactividad, conducta prosocial 0.77, problemas de conducta 0.65 y problemas con pares 0.69. en cuanto a la validez de constructo, encontraron que los índices de ajuste no coinciden con el modelo original de 5 factores propuesto por Goodman; pues se obtuvo un TLI 0.83 CFI 0.85 RMSEA 0.67  $X^2/df$  de 18.4 (66)

En otro estudio realizado, con 250 participantes, los índices de ajuste con el modelo indicadores en el SDQ versión para padres, muestra un RMSEA de 0.021 y CFI de .976 NNFI de 0.96, lo que lo hace mas confiable dicha versión(85)

En una muestra realizada en adolescentes portugueses ( Careniros et. Al) la consistencia interna de la versión SDQ versión adolescente auto aplicado arrojó alfas de subescala internalizante 0.67, externalizante 0.69 y prosocial 0.57 mostrando mejores resultados predictivos si se compara la versión padres y maestros, que autoreporte versus padres o maestros. (67)

En un estudio holandés de validación del SDQ versión para maestros, realizado en 387 escolares, el valor alfa de Cronbach obtenido el grupo etario de 8-10 años fue de 0.75 para síntomas emocionales, 0.64 problemas de conducta, 0.84 para hiperactividad, 0.65 problemas con pares, 0.75 conducta prosocial y 0.79 para puntaje de dificultades totales. En dicho estudio, se realizó la validez concurrente con el instrumento TRF (Teacher's Report form) mediante correlación de Spearman, obteniendo valores para la escala global de 0.63, síntomas emocionales 0.46, problemas con pares 0.51, problemas de conducta 0.51, hiperactividad 0.64 y conducta prosocial -0.38, lo cual refleja correlaciones mayormente moderadas. (68)

En un estudio sueco, dirigido por Karlsson y cols. Analizaron la validez de constructo del SDQ autoaplicado en adolescentes, apoyada en una muestra representativa nacional de 5549 adolescentes de 15 a 16 años, obtuvieron un alfa de Cronbach de 0.70 para problemas emocionales, 0.55 problemas con pares, problemas de conducta 0.52, hiperactividad 0.76, subescala prosocial 0.65. en cuanto a la validez de constructo por medio de análisis factorial confirmatorio, los índices de ajuste no logran ajustarse adecuadamente, con puntuaciones de: RMSEA 0.66, CFI 0.84, y TLI 0.82,  $\chi^2$ -GL de 25.9 (81)

En un estudio realizado con una muestra de 6,483 adolescentes de USA, de 13 a 18 años, empleando la versión de SDQ para padres. El análisis factorial confirmatorio presenta índices favorables, ( $\chi^2$ , CFI, TLI, RMSEA) los cuales dan soporte del modelo propuesto de 5 subescalas, asimismo, se realizan diferentes modelos, los cuales persisten y son consistentes acorde a sexo, etnia, edad, y estatus socioeconómico. (86)

En un estudio publicado en el 2011, realizado con Adolescentes en noruega, se aplicó SDQ versión autoaplicado, comparando población étnica noruega con minorías de características étnicas, aplicando el coeficiente de confiabilidad compuesto ( $P_{cr}$ ), se encontró que solo en la subescala de problemas emocionales, llegaba a valores adecuados en la población general, detectando variaciones entre minorías étnicas comparado con población noruega, las cuales arrojaron puntuaciones mayores a 0.7 (a excepción de problemas de conducta, con 0.689) dando el coeficiente de la varianza promedio explicada siendo solo satisfactorio para síntomas emocionales, y no así para las demás subescalas. Si se encuentra la estructura de 5 factores propuesta por Goodman, sin embargo, no se detectó que no tengan suficiente confiabilidad, ni que sus ítems expliquen con confianza la varianza del fenómeno que pretende medir. (87)

En el estudio de validación psicométrica, realizado por Hawes y colaboradores, en una muestra comunitaria de 1,359 escolares emplearon SDQ versión para padres, encontrando la escala de mayor confiabilidad de dificultades totales e hiperactividad, siendo de menor confiabilidad problemas con pares, problemas de conducta y problemas emocionales, con un total de 45% de la varianza total explicada en el modelo original propuesto de 5 factores, para niños, y en niñas se arrojó un total de 50.2%. cabe mencionar que, en la publicación, las pruebas KMO y esfericidad de Bartlett no están descritas, las cuales son idóneas al momento de hacer un análisis factorial exploratorio, por lo que se debe tomar con precaución el modelo de 5 factores. (73)

En otro estudio Danés, con una muestra de 71,840 participantes, se empleó la versión danesa SDQ para padres y maestros, para calificar a una población de 5 a 12 años de edad, encontrando en dicho estudio que la estructura de 5 factores queda confirmada (88)

Otro estudio psicométrico holandés, con una muestra de 970 participantes de los cuales, 268 fueron en su versión autaplicada, padres, maestros, asimismo se comparó con CBCL y TDR en adolescentes. 11 a 16 años. En la versión

autoaplicada, las dificultades totales se obtuvieron las siguientes alfas de Cronbach: dificultades totales 0.70, síntomas emocionales 0.73, problemas con pares, 0.39, problemas de conducta 0.47, hiperactividad 0.66, y conducta prosocial 0.60. en dicho artículo, se emplea la metodología de validez concurrente, pero no la validez de constructo. (69)

En otro estudio de validación psicométrica noruego, con una muestra de 26,269 niños y adolescentes de 10 a 19 años, que realizan SDQ autoaplicado, cumplió de manera satisfactoria en 4 indicadores, dando soporte al modelo original de 5 factores. En cuanto a validez las alfas de Cronbach, síntomas emocionales 0.70, problemas de conducta 0.54, hiperactividad 0.66, problemas con pares 0.60 y conducta prosocial 0.64; mostrando unas puntuaciones de confiabilidad por debajo de lo recomendado. (70)

En un estudio español, con una muestra de 6,775 estudiantes, de 5 a 17 años, donde emplearon las 3 versiones de SDQ (padre, maestro, autoaplicado), el puntaje del SDQ versión autoreporte, muestra un alfa de dificultades totales de 0.82, prosocial 0.64, problemas con pares 0.52, hiperactividad 0.78, problemas de conducta 0.59, problemas emocionales 0.71, así también omegas en autoaplicable: psicopatología total 0.88, síntomas emocionales 0.81, problemas de conducta 0.7, hiperactividad 0.83, pares 0.7, conducta prosocial 0.79. en cuanto al modelo de 5 factores, es satisfactorio a 3 índices de ajuste (CFI, TLI, RMSEA), no así para  $X^2$  y grados de libertad (71)

por último, comparando estudios previos, la validez y confiabilidad del Cuestionario de Capacidades y Dificultades, suele tener menores valores frente a otras versiones como las versiones para padres y maestros.

## 14. CONCLUSIONES

- La confiabilidad del Cuestionario de Capacidades y Dificultades en pacientes 11 a 17 años de edad de la UMAE Hospital de pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente IMSS, presenta un  $\alpha=0.719$ , y un  $\omega=0.666$ .
- En conclusión, el Cuestionario de Capacidades y Dificultades, para edades de 11 a 17 años, es confiable para medir psicopatología global en adolescentes de población clínica de hospital general; de la misma manera la subescala problemas emocionales; con un  $\alpha$  de cronbach de 0.719 y 0.707 respectivamente.
- Las subescalas prosocial, problemas con pares, problemas emocionales e hiperactividad, no cuentan con la suficiente consistencia interna para ser consideradas confiables.
- La escala Cuestionario de Capacidades y Dificultades, versión castellana autoaplicado, no demostró contar con validez de constructo suficiente.
- La frecuencia de psicopatología detectada en la población adolescente clínica de hospital general fue bastante elevada.
- Lo obtenido por nuestra investigación, apunta a que la escala Cuestionario de Capacidades y Dificultades, versión castellano autoaplicado, tiene una utilidad apenas marginal, para medir con intención de cribado síntomas de dificultades emocionales, conductuales, relacionales interpersonales, así como fortalezas dirigidas a conductas prosociales, en adolescente de población clínica hospitalaria.
- Al ser un instrumento con validez de contenido y criterio ampliamente reportado a nivel internacional, sería importante realizar una adaptación cultural de diversos ítems, como una posible estrategia de mejora psicométrica.

## 15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GUÍA DE BOLSILLO DE LA CLASIFICACIÓN CIE-tO. Organización Mundial de la Salud. 2000;10:89–108.
2. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, De Micheli A, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV, et al. What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*. 2020 Feb 1;31:33–46.
3. Putrik P, Kant Ij, Hoofs H, Reijs R, Jansen M. Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) Score as a Predictor of Early School Dropout: Results From a Longitudinal Study in 24,988 Dutch Children. *SSRN Electronic Journal*. 2021;
4. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2).
5. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents during COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2021;175(11).
6. Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, et al. The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System A Systematic Review and Meta-Analysis. [cited 2022 Dec 7]; Available from: [www.md-journal.com](http://www.md-journal.com)
7. Vigo D V., Kestel D, Pendakur K, Thornicroft G, Atun R. Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. *Lancet Public Health*. 2019 Feb 1;4(2):e89–96.
8. Bruha L, Spyridou V, Forth G, Ougrin D. London Journal of Primary Care Global child and adolescent mental health: challenges and advances. *London J Prim Care (Abingdon)* [Internet]. 2018 [cited 2022 Dec 7];10(4):108–9. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=tlpc20>
9. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents during COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2021 Nov 1;175(11):1142–50.
10. Giuseppe M, Tavormina M, Tavormina R. DEPRESSION IN EARLY CHILDHOOD Key words: infant depression-anaclitic depression hospitalism-early childhood depression-depressive position-attachement e mother-infant dyad. *Psychiatr Danub*. 2022;34.
11. ^ngela Ribeiro A, Ribeiro JP, von Doellinger O. Depression and psychodynamic psychotherapy.
12. Daut RA, Fonken LK. Circadian regulation of depression: A role for serotonin. Vol. 54, *Frontiers in Neuroendocrinology*. Academic Press Inc.; 2019.
13. Bell SL, Audrey S, Gunnell D, Cooper A, Campbell R. The relationship between physical activity, mental wellbeing and symptoms of mental health disorder in



- adolescents: a cohort study. [cited 2022 Dec 7]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0901-7>
14. Perlis RH SM. IMPLICATIONS FOR CLINICAL PRACTICE AND RESEARCH OF CHANGES FROM DSM-IV. . JAMA.
  15. Cientifico M, Pharma SNC. DSM-5 : evolución conceptual. Dsm 5. 2012.
  16. DeMartini J, Patel G, Fancher TL. Generalized anxiety disorder. *Ann Intern Med*. 2019 Apr 2;170(7):ITC49–64.
  17. Showraki M, Showraki T, Brown K. Generalized Anxiety Disorder: Revisited. *Psychiatric Quarterly*. 2020 Sep 1;91(3):905–14.
  18. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. 2020 [cited 2022 Dec 7]; Available from: <https://doi.org/>
  19. Mcgrath J. ADHD and Covid-19: current roadblocks and future opportunities. [cited 2022 Dec 7]; Available from: <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.53>
  20. Caye A, Swanson JM, Coghill D, Rohde LA. Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. Vol. 24, *Molecular Psychiatry*. Nature Publishing Group; 2019. p. 390–408.
  21. Galéra C, Melchior M, Chastang JF, Bouvard MP, Fombonne E. Childhood and adolescent hyperactivity-inattention symptoms and academic achievement 8 years later: The GAZEL Youth study. *Psychol Med*. 2009 Nov;39(11):1895–906.
  22. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Abuse. 2014 [cited 2022 Dec 7]; Available from: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2014-0992](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2014-0992)
  23. Molina BSG, Howard AL, Swanson JM, Stehli A, Mitchell JT, Kennedy TM, et al. Substance use through adolescence into early adulthood after childhood-diagnosed ADHD: findings from the MTA longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018 Jun 1;59(6):692–702.
  24. Galéra C, Messiah A, Melchior M, Chastang JF, Encrenaz G, Lagarde E, et al. Disruptive behaviors and early sexual intercourse: The GAZEL Youth Study. *Psychiatry Res*. 2010 May;177(3):361–3.
  25. Childress AC, Stark JG. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool-aged children. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018 Nov 1;28(9):606–14.
  26. Armitage R, Armitage4@ R. Bullying in children: impact on child health. 2021 [cited 2022 Dec 7];5:939. Available from: <http://bmjpaedsopen.bmj.com/>
  27. Stephens MM, Cook-Fasano HT, Sibbaluca K. Childhood Bullying: Implications for Physicians. 2018 [cited 2022 Dec 7];97(3). Available from: [www.aafp.org/afphttp://www.aafp.org/afp/2004/1101/p1729.html](http://www.aafp.org/afphttp://www.aafp.org/afp/2004/1101/p1729.html).
  28. Zaborskis A, Ilionsky G, Tesler R, Heinz A. The Association Between Cyberbullying, School Bullying, and Suicidality Among Adolescents. *Crisis*. 2019 Mar;40(2):100–14.
  29. Copeland WE, Xerxa Y, Rescorla LA, Shanahan L, Tiemeier H. Psychological Medicine Childhood loneliness as a specific risk factor for adult psychiatric disorders. [cited 2022 Dec 7]; Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291721001422>
  30. Maes M, Nelemans SA, Danneel S, Fernández-Castilla B, Van den Noortgate W, Goossens L, et al. Loneliness and social anxiety across childhood and adolescence: Multilevel meta-analyses of cross-sectional and longitudinal associations. *Dev Psychol*. 2019 Jul;55(7):1548–65.
  31. Wesseldijk LW, Bartels M, Vink JM, Catharina ·, Van Beijsterveldt EM, Ligthart · Lannie, et al. Genetic and environmental influences on conduct and antisocial

- personality problems in childhood, adolescence, and adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2018 [cited 2022 Dec 7];27:1123–32. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1014-y>
32. Patwardhan I, Nelson TD, McClelland MM, Mason WA. Childhood Cognitive Flexibility and Externalizing and Internalizing Behavior Problems: Examination of Prospective Bidirectional Associations. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2021 Apr 1;49(4):413–27.
  33. Bolhuis K, Muetzel RL, Stringaris A, Hudziak JJ, Jaddoe VWV, Hillegers MHJ, et al. Structural Brain Connectivity in Childhood Disruptive Behavior Problems: A Multidimensional Approach. *Biol Psychiatry*. 2019 Feb 15;85(4):336–44.
  34. Leve LD, Griffin AM, Natsuaki MN, Harold GT, Neiderhiser JM, Ganiban JM, et al. Longitudinal examination of pathways to peer problems in middle childhood: A siblings-reared-apart design. *Dev Psychopathol*. 2019 Dec 1;31(5):1633–47.
  35. Liu S, Zhou N, Dong S, Wang Z, Hao Y. Maternal childhood emotional abuse predicts Chinese infant behavior problems: Examining mediating and moderating processes. *Child Abuse Negl*. 2019 Feb 1;88:307–16.
  36. Hébert M, Langevin R, Oussaid E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *J Affect Disord*. 2018 Jan 1;225:306–12.
  37. Sauv e M, Cyr C, St-Laurent D, Am ed e LM, Dubois-Comtois K, Tarabulsy GM, et al. Transmission of parental childhood trauma to child behavior problems: Parental Hostile/Helpless state of mind as a moderator. *Child Abuse Negl*. 2022 Jun 1;128.
  38. Colonnese C, Zeegers MAJ, Majdandžić M, van Steensel FJA, B ogels SM. Fathers' and Mothers' Early Mind-Mindedness Predicts Social Competence and Behavior Problems in Childhood. *J Abnorm Child Psychol*. 2019 Sep 15;47(9):1421–35.
  39. Fairchild G. Adult outcomes of conduct problems in childhood or adolescence: further evidence of the societal burden of conduct problems. Vol. 27, *European Child and Adolescent Psychiatry*. Dr. Dietrich Steinkopff Verlag GmbH and Co. KG; 2018. p. 1235–7.
  40. Spinrad TL, Gal DE. Fostering prosocial behavior and empathy in young children. Vol. 20, *Current Opinion in Psychology*. Elsevier B.V.; 2018. p. 40–4.
  41. Li J, Shao W. Influence of Sports Activities on Prosocial Behavior of Children and Adolescents: A Systematic Literature Review. Vol. 19, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI; 2022.
  42. Zondervan-Zwijnenburg M, Dobbelaar S, van der Meulen M, Achterberg M. Longitudinal associations between prosocial behavior and behavioral problems across childhood: A robust random-intercept cross-lagged panel model. *Dev Psychol*. 2022 Jun;58(6):1139–55.
  43. Armstrong-Carter E, Miller JG, Hill LJB, Domingue BW. Young Children's Prosocial Behavior Protects Against Academic Risk in Neighborhoods With Low Socioeconomic Status. *Child Dev*. 2021 Jul 1;92(4):1509–22.
  44. Wolraich ML, Bard DE, Neas B, Doffing M, Beck L. The Psychometric Properties of the Vanderbilt Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Diagnostic Teacher Rating Scale in a Community Population [Internet]. 2013. Available from: [www.jdbp.org](http://www.jdbp.org)
  45. Leiner MA, Balcazar H, Straus DC, Shirsat P, Handal G. / Marzo-Abril. Vol 59.; 2007.
  46. Googman et al. Strengths and Difficulties Questionnaire. SDQ. Youth in mind. .

47. Doi S, Fujiwara T, Isumi A. Association between maternal adverse childhood experiences and mental health problems in offspring: An intergenerational study. *Dev Psychopathol.* 2021 Aug 1;33(3):1041–58.
48. Bezborodovs N, Kočāne A, Rancāns E, Villeruša A. Clinical Utility of the Parent-Report Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Latvian Child and Adolescent Psychiatry Practice. *Medicina (Lithuania).* 2022 Nov 1;58(11).
49. Miyake Y, Tanaka K, Okubo H, Sasaki S, Arakawa M. Maternal consumption of vegetables, fruit, and antioxidants during pregnancy and risk for childhood behavioral problems. *Nutrition.* 2020 Jan 1;69.
50. Miyake Y, Tanaka K, Okubo H, Sasaki S, Tokinobu A, Arakawa M. Maternal consumption of soy and isoflavones during pregnancy and risk of childhood behavioural problems: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *Int J Food Sci Nutr.* 2021;72(8):1118–27.
51. Biederman J, DiSalvo M, Vaudreuil C, Wozniak J, Uchida M, Woodworth KY, et al. The child behavior checklist can aid in characterizing suspected comorbid psychopathology in clinically referred youth with ADHD. *J Psychiatr Res.* 2021 Jun 1;138:477–84.
52. Blanco FA sustentante. Adaptación de la escala de conducta infantil (cbcl 1 1/2-5) de Achenbach y Rescorla a población mexicana. 2015.
53. Vugteveen J, de Bildt A, Timmerman ME. Normative data for the self-reported and parent-reported Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for ages 12–17. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2022 Dec 1;16(1).
54. Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is Small Beautiful? Vol. 27, *Journal of Abnormal Child Psychology.* 1999.
55. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(11):1337–45.
56. Hall CL, Guo B, Valentine AZ, Groom MJ, Daley D, Sayal K, et al. The validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for children with ADHD symptoms. *PLoS One.* 2019 Jun 1;14(6).
57. Liang L, Yang J, Yao S. Measurement equivalence of the SDQ in Chinese Adolescents: A horizontal and longitudinal perspective. *J Affect Disord.* 2019 Oct 1;257:439–44.
58. Dursun OB, Öğütlü H, Esin İS. Psychometric properties of Turkish version of the strength and difficulties questionnaire for age 2-4. *Noropsikiyatri Arsivi.* 2020 Mar 1;57(1):44–9.
59. Okada K. Bayesian meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha to evaluate informative hypotheses. *Res Synth Methods.* 2015 Dec 1;6(4):333–46.
60. Liang L, Yang J, Yao S. Measurement equivalence of the SDQ in Chinese Adolescents: A horizontal and longitudinal perspective. *J Affect Disord.* 2019 Oct 1;257:439–44.
61. Álvarez-Ramírez LY. Scale of attitudes towards politics among adult population in the City of Bucaramanga, Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.* 2014 Mar 11;12(1):291–308.
62. Katz MH. *Multivariable Analysis : a Practical Guide for Clinicians and Public Health Researchers.* Cambridge University Press; 2011. 251 p.
63. Martínez CM, Sepúlveda MAR. Introducción al análisis factorial exploratorio. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2012 Mar;41(1):197–207.

64. Göran Svedin C, Priebe G. The Strengths and Difficulties Questionnaire as a screening instrument in a community sample of high school seniors in Sweden. *Nord J Psychiatry*. 2008 Jan 12;62(3):225–32.
65. Hagquist C. The psychometric properties of the self-reported SDQ - An analysis of Swedish data based on the Rasch model. *Pers Individ Dif*. 2007 Oct;43(5):1289–301.
66. Vugteveen J, de Bildt A, Serra M, de Wolff MS, Timmerman ME. Psychometric Properties of the Dutch Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Adolescent Community and Clinical Populations. *Assessment*. 2020 Oct 1;27(7):1476–89.
67. Carneiro FA, Costa PA, Leal I. Construct-related validity of the strengths and difficulties questionnaires with three and five dimensions: A multitrait-multimethod analysis. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2023 Oct 1;28(4):1595–611.
68. Van Heuvel M Den, Jansen DEMC, Stewart RE, Smits-Engelsman BCM, Reijneveld SA, Flapper BCT. How reliable and valid is the teacher version of the Strengths and Difficulties Questionnaire in primary school children. *PLoS One*. 2017 Apr 1;12(4).
69. Van Widenfelt BM, Goedhart AW, Treffers PDA, Goodman R. Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12(6):281–9.
70. 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(12):1304–12.
71. Español-Martín G, Pagerols M, Prat R, Rivas C, Sixto L, Valero S, et al. Strengths and Difficulties Questionnaire: Psychometric Properties and Normative Data for Spanish 5- to 17-Year-Olds. *Assessment*. 2021 Jul 1;28(5):1445–58.
72. Villaseñor T. Hospitales de Ginecología y Pediatría cumplen 50 años. *El informador*. 2017 Aug 17;
73. Hawes DJ, Dadds MR. Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. 2015.
74. Lundh LG, Wangby-Lundh M, Bjärehed J. Self-reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15-year-old adolescents: A study with the self-report version of the strengths and difficulties questionnaire. *Scand J Psychol*. 2008 Dec;49(6):523–32.
75. Smedje H, Broman JE, Hetta J, von Knorring AL. Psychometric properties of a Swedish version of the “Strengths and Difficulties Questionnaire.” *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Jun 30;8(2):63–70.
76. Malmberg M, Rydell A margret, Smedje H. Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nord J Psychiatry*. 2003 Jan 12;57(5):357–63.
77. Gustafsson BM, Gustafsson PA, Proczkowska-Björklund M. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for preschool children—a Swedish validation. *Nord J Psychiatry*. 2016 Nov 16;70(8):567–74.
78. Bujang MA, Omar ED, Baharum NA. A review on sample size determination for cronbach’s alpha test: A simple guide for researchers. *Malaysian Journal of Medical Sciences*. 2018;25(6):85–99.
79. Alkhadim GS. Cronbach’s Alpha and Semantic Overlap Between Items: A Proposed Correction and Tests of Significance. *Front Psychol*. 2022 Feb 10;13.
80. Theunissen MHC, de Wolff MS, Eekhout I, Mieloo CL, Stone LL, Reijneveld SA. The Strengths and Difficulties Questionnaire Parent Form: Dutch norms and validity. *BMC Pediatr*. 2022 Dec 1;22(1).

81. Karlsson P, Larm P, Svensson J, Raninen J. The factor structure of the Strength and Difficulties Questionnaire in a national sample of Swedish adolescents: Comparing 3 and 5- factor models. *PLoS One*. 2022 Mar 1;17(3 March).
82. Kim MH, Ahn JS, Min S. Psychometric properties of the self-report version of the strengths and difficulties questionnaire in Korea. *Psychiatry Investig*. 2015 Oct 1;12(4):491–9.
83. Supplemental Material for Is It Time to Revise the SDQ? The Psychometric Evaluation of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Psychol Assess*. 2023;
84. Schreiber JB, Stage FK, King J, Nora A, Barlow EA. Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. Vol. 99, *Journal of Educational Research*. Routledge; 2006. p. 323–38.
85. Hall CL, Guo B, Valentine AZ, Groom MJ, Daley D, Sayal K, et al. The validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for children with ADHD symptoms. *PLoS One*. 2019 Jun 1;14(6).
86. He JP, Burstein M, Schmitz A, Merikangas KR. The strengths and difficulties questionnaire (SDQ): The factor structure and scale validation in U.S. Adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2013 May;41(4):583–95.
87. Richter J, Sagatun Å, Heyerdahl S, Oppedal B, Røysamb E. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) - Self-Report. An analysis of its structure in a multiethnic urban adolescent sample. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 Sep;52(9):1002–11.
88. Niclasen J, Teasdale TW, Andersen AMN, Skovgaard AM, Elberling H, Obel C. Psychometric properties of the Danish strength and difficulties questionnaire: The SDQ assessed for more than 70,000 raters in four different cohorts. *PLoS One*. 2012 Feb 27;7(2).

**16. ANEXOS**  
**16.1 ANEXO 1**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Protocolo de investigación

*Validez y confiabilidad del cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) en pacientes de 11 a 17 años de edad de la UMAE Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS*

**CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**INSTRUCCIONES**

Este cuestionario es parte de un estudio que está realizando en esta unidad. Las preguntas son únicamente **con fines de investigación médica**. Para que el estudio se factible es **MUY IMPORTANTE QUE CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS** con el **MAYOR CUIDADO Y SINCERIDAD POSIBLE. TODAS LAS PREGUNTAS SON Estrictamente Confidenciales y ninguno de los participantes podrá ser identificado.**

**NO ES UN EXAMEN.** No hay preguntas correctas o incorrectas. **FOLIO:** \_\_\_\_\_

<b>Edad :</b> ____ Años	<b>Sexo:</b>	1.Hombre <input type="checkbox"/>	2. Mujer <input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------	-----------------------------------	-----------------------------------

**Tipo de Familia:** 1. Monoparental (un padre)  2. Biparental (ambos padres)  
3.extensa  Otros

**Especialidad a la que consulta**

- ( ) Oncología
- ( ) Neurología
- ( ) Hematología
- ( ) Endocrinología
- ( ) Nefrología
- ( ) Otro.

16.2 ANEXO 2

**Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)**

A 11-17

Por favor ponga una cruz en el cuadro que crea que corresponde a cada una de las preguntas: No es verdad, Es verdad a medias, Verdaderamente sí. Es importante que responda a todas las preguntas lo mejor que pueda, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas según como le han ido las cosas en los últimos seis meses.

Nombre .....

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

	No es verdad	Es verdad a medias	Verdaderamente sí
Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general soy obediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo estoy preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tienes algún comentario o preocupación en particular que quieras plantear ?

FOLIO: \_\_\_\_\_

**16.3 ANEXO 3**  
**Hoja de Recolección de Datos**

**PROTOCOLO**

Validez y Confiabilidad del cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) en pacientes de 11 a 17 años de edad de la UMAE Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente IMSS

**Datos del sujeto**

**Edad:** \_\_\_\_\_ años

**FOLIO:** \_\_\_\_\_

**Numero de registro institucional:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**

(1) Hombre

(2) Mujer

**Tipo de Familia:**

(1) Monoparental

(2) Biparental

( 3 ) extensa

( 4) Otros

**Especialidad a la que consulta**

(1) Oncología

(2) Neurología

(3) Hematología

(4) Endocrinología

(5) Nefrología

( 6) Otro.

**Puntuaciones de subescalas:**

Problemas con pares \_\_\_\_puntos

Problemas emocionales \_\_\_\_ Puntos

Problemas de conducta \_\_\_\_ Puntos

Subescala conducta prosocial \_\_\_\_ Puntos

Subescala hiperactividad \_\_\_\_ Puntos

**Síntomas externalizantes**

- Suma de subescala hiperactividad + problemas de conducta: \_\_\_\_ Puntos

- suma de problemas emocionales + problemas con pares: \_\_\_\_ Puntos

**Psicopatología general**

- Suma síntomas internalizantes + síntomas externalizantes: \_\_\_\_ Punto

**Síntomas internalizantes**



## 16.4 ANEXO 4

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad).

**Nombre del estudio:** Validez y confiabilidad del cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) en pacientes de 11 a 17 años de edad de la UMAE Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Número de registro institucional \_\_\_\_\_

FOLIO

**Justificación y objetivo del estudio:** El investigador me ha informado que las molestias emocionales (tristeza, ira, miedo, alegría) y los problemas de la forma como se comportan son comunes en niños y adolescentes, además, que hay fortalezas que contrarrestan las molestias emocionales. Es por eso que si los identificamos y tratamos a tiempo les ayudará más adelante en su vida. Este estudio trata de obtener un cuestionario que nos ayude a encontrar esos problemas de forma fácil.

**Mi participación en el estudio consistiría en** contestar unas preguntas sobre las emociones y la forma como se comporta mi hijo. La escala se llama Cuestionario de Capacidades y dificultades (SDQ) y son 25 preguntas de opción múltiple y la contestaré en 10 minutos. Debido a que me van a preguntar sobre problemas psicológicos, el riesgo de daño es mínimo, ya que podría sentir molestias en algunas preguntas.

**Mi participación en el estudio es voluntaria,** puedo decir que mi hijo y yo podremos retirarnos en cualquier momento del estudio. Es decisión mía y de mi hijo participar o no en el estudio. También es importante que sepa que, si en un momento dado ya no queremos continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quiero responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, aunque comprendo que entre más respuestas sean contestadas, la participación de mi hijo será más completa en este estudio.

**Posibles riesgos y molestias:** estoy de acuerdo y enterado de que la escala que contestaré no es un riesgo para mi salud ni la de mi hijo, las posibles molestias que se pueden presentar son cambios momentáneos en el estado de ánimo, como emociones o sentimientos no placenteros y pueden pasar algunos minutos para regresar a mi estado de ánimo habitual. Esto quiere decir que el malestar será transitorio.

**Posibles beneficios al participar en el estudio:** entiendo que mi hijo y yo no tendremos ningún beneficio económico por el hecho de que responda este cuestionario. Este estudio ayudará a la búsqueda de información sobre las molestias emocionales y problemas de la forma de comportarse y pueden considerarse para seguimiento médico.

**Esta información será privada y confidencial.** Esto quiere decir que no compartirán con nadie mis respuestas o resultados sin que yo lo autorice, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. El cuestionario será guardado por 5 años a partir del día de hoy y en ese momento será destruido con una trituradora de papel; en forma digital se guardará en la nube y se eliminará de dicha aplicación.

**Información sobre los resultados y alternativas de tratamiento:** los resultados de la escala son personales y, en caso de solicitarlo, se me informará el resultado. Además, en caso de que se encuentre un problema que necesite atención, se le dará seguimiento en el área de Psiquiatría Infantil y del Adolescente.

Doy fe y testimonio que a mi hijo se le explicó de manera clara en toda la información previamente comentada, asimismo que mi hijo comprendió la información, y que decidió participar en el estudio.

**Declaración de consentimiento:**

Después de haber leído y habiéndome explicado, a mi como a mi hijo, todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto

Sí acepto que mi hijo y yo participemos en este estudio y estudios futuros, conservando nuestra información hasta por 5 años tras lo cual se destruirá la misma.

Investigadora o Investigador  
Responsable:

Dr. Luis Shigeo Cárdenas Fujita //

[shigeocardenas@gmail.com](mailto:shigeocardenas@gmail.com) // 33 36 17 00 60

extensión 21230

Colaboradores:

Dr. Antonio de Jesús medina alejo //

[Dr.jesuspsq@gmail.com](mailto:Dr.jesuspsq@gmail.com) // 33 36 17 00 60 extensión

21230

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: [comité.eticainv@imss.gob.mx](mailto:comité.eticainv@imss.gob.mx).

Nombre y firma de ambos padres o  
tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

