

L. Rivas Arribas*, P. García Cortázar**,
 C. Martínez Reglero***, Ó. Blanco Barca****,
 R. Leis Trabazo*****

* Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario
 Universitario de Pontevedra, Pontevedra.

** Servicio de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental
 Infanto-Juvenil de A Parda, Pontevedra.

*** Unidad de Metodología y Estadística, Instituto de
 Investigación Sanitaria Galicia Sur, Vigo (Pontevedra).

**** Sección de Neuropediatría, Servicio de Pediatría,
 Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo
 (Pontevedra).

***** Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario
 Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de
 Compostela (A Coruña).

Correspondencia:

Lucia Rivas Arribas
 c/ Loureiro Crespo no2, CP 36002, Pontevedra
 Lucia.rivas.arribas@sergas.es

*El Cuestionario de Capacidades
 y Dificultades (SDQ) como
 herramienta de cribado para el
 Trastorno por Déficit de Atención
 e Hiperactividad.*

*The Strengths and Difficulties
 Questionnaire (SDQ) as a
 screening tool for Attention Deficit
 and Hyperactivity Disorder*

RESUMEN

Introducción: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más prevalentes en la infancia y motivo de consulta frecuente en Atención Primaria.

Objetivo: Valorar si el Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) es una herramienta útil para discriminar a niños con TDAH de niños sin esta patología, con el propósito de optimizar las derivaciones a Atención Especializada.

Métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo, autorizado por el Comité de Ética de Investigación de Galicia. Se incluyeron 305 sujetos entre 4 y 16 años, siendo reclutados 226 pacientes en salud mental y 79 en pediatría.

Resultados: La versión del SDQ para padres alcanzó globalmente una sensibilidad y especificidad mayores que la versión para profesores o la autoevaluada. En

la versión para padres obtuvimos una sensibilidad del 81,00% (IC95% 72,81-89,19), con una especificidad del 53,66% (IC95% 46,59-60,73) y un área bajo la curva de 0,71 (IC95% 0,65-0,77). La sensibilidad alcanzada fue superior (en las diferentes versiones del SDQ, según el sexo y la edad) cuando analizamos los datos con un punto de corte de 6 puntos.

Conclusiones: El SDQ es una herramienta útil para discriminar a niños con TDAH en una población española. Este cuestionario podría facilitar la valoración de los niños con sintomatología compatible con TDAH en Atención Primaria, previa a su derivación a Atención Especializada. La detección precoz de los trastornos del neurodesarrollo repercutirá positivamente en la calidad de vida de nuestros pacientes y sus familias.

Palabras clave: Cribado; Cuestionario de capacidades y dificultades; Neuropediatría; Salud mental; Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

SUMMARY

Background: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most prevalent neurodevelopmental disorders in childhood and a reason for frequent consultation in primary care.

Objective: To assess whether the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) is a useful tool to discriminate children with ADHD from children without this condition, with the purpose of optimizing referrals to Specialized Care.

Method: Prospective descriptive observational study, authorized by the Research Ethics Committee of Galicia. We included 305 subjects between 4 and 16 years, 226 patients were recruited in mental health and 79 in pediatrics.

Results: The version of the SDQ for parents globally reached a greater sensitivity and specificity than the version for teachers or the self-evaluated one. In the parent version we obtained a sensitivity of 81.00% (95% CI 72.81-89.19), with a specificity of 53.66% (95% CI 46.59-60.73) and an area under the curve of 0.71 (95% CI 0.65-0.77). The sensitivity reached was higher (in the different versions of the SDQ, according to sex and age) when we analyzed the data with a cut-off point of 6 points.

Conclusions: The SDQ is a useful tool to discriminate children with ADHD in a Spanish population. This questionnaire could facilitate the assessment of children with symptoms compatible with ADHD in Primary Care, after referral to Specialized Care. The early detection of neurodevelopmental disorders will have a positive impact on the quality of life of our patients and their families.

Key words: Attention deficit / hyperactivity disorder; Screening; Strengths and Difficulties Questionnaire.

INTRODUCCIÓN

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes. La prevalencia global estimada es del 6% (1), pero la cifra varía según el tipo de estudio y los criterios diagnósticos utilizados (DSM-5 vs CIE-10) (2, 3), así en España la prevalencia estimada es del 8.6% y en Galicia algo inferior, rondando el 5% (4, 5).

Aunque la sintomatología puede ser heterogénea,

dependiendo del sexo, la edad del paciente y la comorbilidad, coexisten en grado variable síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad. Estos síntomas se inician en la infancia, pero tienden a mantenerse en el adulto, produciendo un impacto negativo en el individuo y en su calidad de vida. Los pediatras de Atención Primaria (AP) son los encargados de detectar este trastorno y derivar a los pacientes a Atención Especializada (AE) en los casos seleccionados (6).

El diagnóstico de TDAH es clínico, no precisa pruebas complementarias para confirmarlo. Los cuestionarios para padres, profesores y los autoadministrados ayudan, junto con la entrevista, en la evaluación del paciente al aportar información sobre el comportamiento del niño fuera de la consulta, pero no sustituirán al diagnóstico emitido en la entrevista clínica (7).

El Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) es un cuestionario de screening de psicopatología infantil que puede aplicarse a niños de entre 4-16 años (8). Ha sido utilizado con éxito en AP al ser bien aceptado por sus ventajas, como su brevedad: las preguntas se extienden en una carilla, lo que lo hace rápido y sencillo de contestar. Además de preguntar por aspectos negativos (dificultades), también lo hace sobre aspectos positivos (capacidades), evitando el rechazo que puede generar un cuestionario que sólo pregunte sobre síntomas negativos (9).

El cuestionario está disponible gratuitamente y se puede descargar en: www.sdqinfo.com, donde se pueden encontrar versiones en diferentes idiomas y se explican las normas para su puntuación. Ha sido traducido a más de 40 idiomas, y la inglesa es la versión más extensamente validada, pero también ha sido validado en castellano (8, 10).

El SDQ ha sido utilizado en diferentes países para valorar su capacidad de identificar a niños con TDAH, con resultados generales satisfactorios (11, 12).

En Galicia se ha realizado un estudio para la validación inicial del SDQ, en el que se concluye que es una herramienta adecuada para discriminar a niños con trastornos psiquiátricos de niños sin psicopatología (13).

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro trabajo es valorar si el SDQ es una herramienta útil para discriminar a niños con TDAH de niños sin esta patología en una población española

y, por lo tanto, si este cuestionario podría ser utilizado como herramienta de cribado para TDAH en AP antes de la derivación a AE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo. Los pacientes se incluyeron de forma consecutiva durante el año 2016 hasta alcanzar el número deseado. Se obtuvo una población total de 305 niños de 4-16 años.

Se calculó el tamaño muestral considerando una sensibilidad del 80%, una precisión de 5,2% y seleccionando 1 niño sano por cada 3 enfermos. Los pacientes se seleccionaron en los servicios de psiquiatría (N= 226 “casos”) y de pediatría (N= 79 “controles”) del Hospital Provincial de Pontevedra.

VARIABLES: edad, sexo, antecedentes perinatales, situación familiar, adopción, escolarización, diagnóstico y puntuaciones del SDQ. El SDQ está compuesto por 25 preguntas sobre 5 áreas: conducta, hiperactividad, emociones, problemas de relación y conducta prosocial. Existen tres versiones del cuestionario: padres, profesores y una autoadministrada que pueden contestar los niños de 11 años o más. La puntuación de la escala de hiperactividad (EH) varía de 0 a 10, considerándose el resultado “normal” de 0-5, “límite” 6 y “patológico” ≥ 7 puntos. La puntuación es igual para las tres versiones, por lo que en todas ellas consideramos a un niño TDAH si la puntuación era ≥ 7 (8).

La USMIJ de Pontevedra consta de dos psiquiatras infantiles y una psicóloga. Se consideró como diagnóstico definitivo (gold standard) el realizado por las psiquiatras tras una entrevista semiestructurada. Se utilizaron los criterios diagnósticos CIE-10 (2). El diagnóstico fue emitido sin conocer los resultados del SDQ. Fueron recogidos sólo los diagnósticos principales.

En la muestra de psiquiatría, se incluyeron los pacientes derivados desde AP por sospecha de TDAH. Se excluyeron los pacientes que fueron ya valorados previamente en psiquiatría. En nuestra área sanitaria la mayoría de los niños con sospecha de TDAH son derivados a la USMIJ, por ese motivo se decidió reclutar a los pacientes en este nivel y no en neuropediatría.

En la muestra procedente de pediatría (grupo control) se incluyeron los pacientes que acudían al Hospital de día de Pediatría. Se excluyeron a los que previamente hubieran sido diagnosticados de alguna psicopatología y,

en ambos grupos, a los que no firmaron el consentimiento informado.

Se administró la versión para padres a los tutores legales y la autoadministrada a los sujetos ≥ 11 años. El SDQ fue completado mientras los pacientes esperaban a ser atendidos. En la muestra de psiquiatría también se facilitó la versión para profesores, previo consentimiento por parte de los padres, y adjuntando una carta de colaboración para los profesores.

Las variables cualitativas se describen con su frecuencia absoluta y porcentaje e intervalo de confianza (IC) del 95%, las cuantitativas mediante su media y desviación estándar. Para la asociación de variables cualitativas se utilizó la prueba Chi-cuadrado o test Exacto de Fisher. Para las variables cuantitativas, se analizó la normalidad y se aplicó el test t-student o Mann-Whitney para comparar los valores y descubrir si existían diferencias y su significación.

Se calculó la sensibilidad, especificidad y razones de verosimilitud para el SDQ y se analizaron las diferencias según el sexo y edad (preescolares ≤ 5 , niños 6-12 y adolescentes ≥ 13 años). También se realizó la curva ROC (Receiver Operating Characteristic).

El nivel de significación α aceptado fue de 0,05. Software SPSS versión 19 y Epidat versión 3.1.

Se obtuvo la autorización del Comité de Ética e Investigación de Galicia nº 2013/122. Se solicitó por escrito el consentimiento informado a los tutores legales y el asentimiento informado a los pacientes ≥ 11 años. El acceso a la historia clínica se realizó de acuerdo con la legislación vigente, garantizando la confidencialidad según la Ley 15/1999.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 305 pacientes entre 4-16 años, 226 niños en la muestra de psiquiatría y 79 en la de pediatría. Las características clínico-epidemiológicas de los pacientes se describen en la tabla 1. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, salvo en la variable sexo (con menor predominio de varones en la muestra de pediatría); consideramos que este dato no distorsiona los resultados del estudio ya que es habitual un predominio de varones en las muestras de psiquiatría infantil (14).

Los 226 niños de la muestra de psiquiatría fueron remitidos desde AP por sospecha de TDAH, confirmándose el diagnóstico en un 44,2%. El resto de

Tabla 1: Características clínico-epidemiológicas de los pacientes.

Variable	Casos	Controles	p
Edad <i>media</i> (sd)	9,45 (3,20)	8,92 (3,34)	0,21
Sexo <i>n</i> (%)			0,04
Varones	175 (77,4%)	52 (65,8%)	
Mujeres	51 (22,6%)	27 (34,2%)	
A. Perinatales			0,74
RN a término	204 (91,9%)	58 (90,6%)	
Prematuridad	18 (8,1%)	6 (9,4%)	
Situación familiar <i>n</i> (%)			0,27
Normalizada	193 (85,4%)	66 (90,4%)	
D. sociofamiliar	33 (14,6%)	7 (9,6%)	
Adopción <i>n</i> (%)			0,98
No	220 (97,3%)	75 (97,4%)	
Si	6 (2,7%)	2 (2,6%)	
Escolarización <i>n</i> (%)			0,03
Pública	158 (71,8%)	45 (58,4%)	
Privada/concertada	62 (28,2%)	32 (41,6%)	

^aantecedentes perinatales; ^bDisfunción sociofamiliar.

Tabla 2: Sensibilidad, especificidad y razones de verosimilitud para el diagnóstico de TDAH de las tres versiones del SDQ.

Versión SDQ ^a	Puntuación S ^b (IC 95%) ^c	E ^d (IC 95%)	RV ⁺ (IC 95%)	RV ⁻ (IC 95%)
Padres				
≥7	63,00% (53,04-72,96)			
≥6	81,00% (72,81-89,19)			
66,34% (59,63-73,05)				
53,66% (46,59-60,73)				
1,87 (1,47-2,39)				
1,75 (1,47-2,08)				
0,56 (0,42-0,73)				
0,35 (0,23-0,54)				
Autoevaluado				
≥7	39,53% (23,76-55,31)			
≥6	48,84% (32,73-64,94)			
67,80% (55,03-80,57)				
57,63% (44,17-71,08)				
1,23 (0,73-2,07)				
1,15 (0,75-1,77)				

pacientes fueron agrupados en los siguientes diagnósticos: trastorno de aprendizaje (16,8%), retraso madurativo/dificultad cognitiva (9,7%), trastorno emocional (7,1%), TEA/trastorno de conducta (3,1%) y otros (10,6%); en esta última se incluyen: trastorno por tics, trastorno del sueño, trastorno específico del lenguaje y sospecha de personalidad disfuncional. No se detectó ninguna patología psiquiátrica en el 8,4% de los casos.

El SDQ fue respondido por los todos los padres y por los pacientes ≥11 años. De la versión para profesores

se obtuvo respuesta en el 48,3% de los cuestionarios entregados.

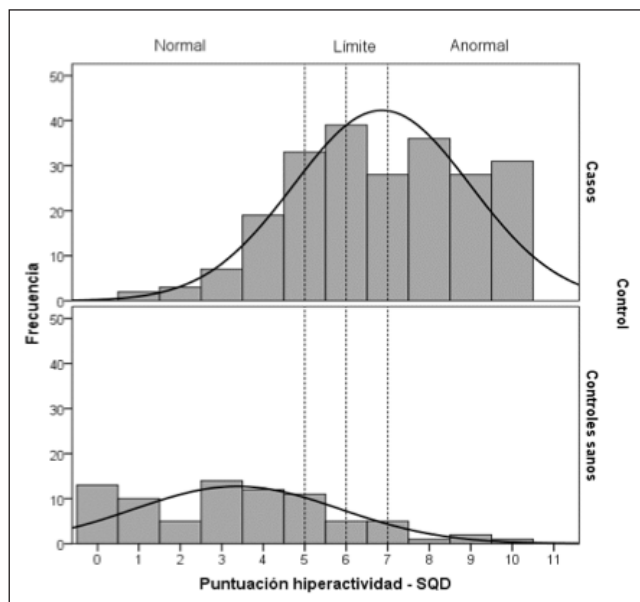
La figura 1 representa las puntuaciones y límites de normalidad de la EH; como cabe esperar los pacientes derivados con sospecha de TDAH presentan puntuaciones superiores a los del grupo control, encontrándose la distribución media en rango normal para la muestra de pediatría y en rango límite-patológico para la de psiquiatría. Con los resultados obtenidos analizamos la sensibilidad, especificidad, las razones de verosimilitud positivas y negativas y sus IC 95% para el diagnóstico de TDAH. Se realizaron dos cálculos: con puntuaciones ≥7 (resultado patológico) y ≥6 puntos (valores límites y patológicos), los resultados se resumen en las tablas 2 y 3. La versión para padres alcanzó globalmente una sensibilidad y especificidad mayores que la versión para profesores o la autoadministrada. En todas las versiones se alcanzó una sensibilidad mayor cuando consideramos el punto de corte ≥6. De la versión para profesores se realizó

Tabla 2: Sensibilidad, especificidad y razones de verosimilitud de la versión para padres del SDQ según sexo y grupo etario.

SDQ ^a padres	S ^b (IC 95%) ^c	E ^d (IC 95%)	RV ⁺ (IC 95%)	RV ⁻ (IC 95%)
Punto de corte 7/10				
Sexo				
Varón	67,50% (56,61-78,39)			
Mujer	45,00% (20,70-69,30)			
	61,90% (53,71-70,10)			
	77,59% (65,99-89,18)			
	1,77 (1,37-2,29)			
	2,01 (1,02-3,97)			
	0,53 (0,37-0,74)	0,71 (0,47-1,08)		
Edad				
Preescolares				
Niños				

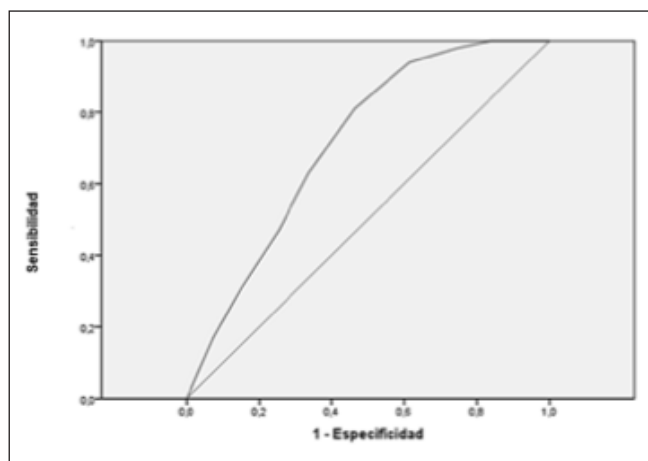
el análisis global y otro específico para los profesores de los <12 años, ya que los <12 años acuden a colegios y los mayores a institutos. Haciendo esta diferenciación, sólo se obtuvo una sensibilidad ligeramente mayor en el grupo de profesores de colegio. En relación al sexo existen diferencias en la sensibilidad cuando se valoran puntuaciones ≥7, que desaparecen cuando se analizan

Figura 1: Puntuaciones y límites de normalidad de la escala de hiperactividad del SDQ.



En la parte superior del gráfico se recogen los resultados de la muestra de psiquiatría (N = 226) y en la parte inferior los resultados de la muestra de pediatría (N = 79).

Figura 2: Curva ROC de la puntuación de hiperactividad del cuestionario para padres.



los resultados con el punto de corte ≥ 6 . Clasificando a los pacientes por grupos etarios obtuvimos 29 pacientes

“preescolares”, 202 “niños” y 74 “adolescentes”. En los preescolares obtuvimos una sensibilidad del 100%, pero dado que sólo 29 pacientes pertenecían al grupo, consideramos que estos resultados hay que interpretarlos con cautela.

Finalmente, la capacidad del SDQ para discriminar a los pacientes TDAH de los niños “no TDAH” fue evaluada utilizando las curvas ROC. Para ello consideramos TDAH a los niños diagnosticados por las psiquiatras infantiles, y consideramos “no TDAH” a todos los niños de la muestra de pediatría y a los niños de psiquiatría que no fueron diagnosticados de TDAH. La Figura 2 muestra la curva ROC obtenida para la puntuación de la EH del cuestionario cubierto por los padres. Cuanto mejor es la discriminación, más se aproxima la curva a la esquina superior izquierda del gráfico. El área bajo la curva (AUC) proporciona una medida de discriminación: sería 1,0 para un instrumento perfecto y 0,5 para un instrumento que no discrimine mejor que el azar. En nuestro estudio obtuvimos un AUC de 0,71 (IC95% 0,65-0,77), identificando el punto de corte ideal del SDQ en 6 puntos. Con este punto de corte obtendríamos una sensibilidad del 81,00% (IC95% 72,81-89,19) y una especificidad del 53,66% (IC95% 46,59-60,73).

DISCUSIÓN

El TDAH es un motivo de consulta frecuente en AP. En nuestro estudio, al igual que en otros trabajos publicados en España (15), se confirmó el diagnóstico en menos de la mitad de los niños remitidos desde AP. Además, un 8.4% de los niños no presentaban psicopatología. Las condiciones de las consultas de AP (escaso tiempo, gran volumen y presión asistencial) dificultan la valoración de niños con dificultades en la esfera de neuropediatría-psiquiatría, siendo los cuestionarios una herramienta de gran ayuda (16).

El SDQ se ha propuesto como una de las mejores escalas para utilizar a nivel de AP en países donde los niños son evaluados por puericultores en este nivel asistencial (17). Asimismo, la Guía de práctica clínica de TDAH de España también propone su uso para valorar TDAH (18).

El SDQ es un instrumento valioso para la evaluación de la salud mental infantil. Se ha comparado frente a otros cuestionarios con resultados equivalentes/superiores (8, 19). Se han estudiado sus propiedades psicométricas, se ha validado en diferentes idiomas, ha sido ampliamente

utilizado a nivel de AP y también como herramienta de screening en estudios epidemiológicos en diferentes culturas (en población general y de alto riesgo) (20-23). Se ha validado su uso en preescolares y se ha estudiado su capacidad para ser utilizado evolutivamente (24-32). En España ha sido utilizado en estudios comunitarios, se han analizado sus propiedades psicométricas y la capacidad de la EH de detectar los subtipos de TDAH en niños ya diagnosticados, obteniendo resultados buenos para la detección de los subtipos combinado e hiperactivo/impulsivo y peores para el inatento (33-36). Hasta la fecha, no se había valorado la capacidad del SDQ de detectar TDAH en una muestra de pacientes con sospecha clínica, pero sin confirmación diagnóstica, en una muestra de niños españoles.

Varios trabajos realizados fuera de España han valorado la capacidad del SDQ de identificar a niños TDAH. Algorta et al. aplicaron el SDQ a una cohorte y lo analizaron mediante las curvas ROC obteniendo buenos resultados (AUC 0.81-0.96), sin objetivar diferencias significativas según la edad o el sexo, por lo que concluyen que es una herramienta válida para screening de TDAH (11). Russell et al. también valoraron la capacidad del SDQ de predecir la presencia de TDAH obteniendo un AUC de 0.90 (37). En nuestro estudio valoramos si el SDQ es una herramienta útil para discriminar a niños TDAH de niños sin esta patología en Pontevedra (Galicia), cuya área sanitaria abarca 300.000 habitantes, siendo cerca de 40.000 ≤ 16 años. Para ello, incluimos una muestra de niños sanos y otra de niños con sospecha de TDAH, obteniendo un AUC de 0.71. El TDAH suele presentar comorbilidades (38, 39); en nuestro estudio en los pacientes en los que se detectó comorbilidad, se clasificaron como TDAH a aquellos cuyo trastorno principal se derivaba de síntomas nucleares de TDAH. Nuestros resultados son relativamente inferiores a los estudios citados, pudiendo deberse a que clasificamos a los pacientes únicamente por el diagnóstico principal.

Ullebø et al. realizaron un estudio aplicando el SDQ y otro cuestionario específico para TDAH a niños de 7-9 años. Se valoró el subtipo TDAH y se calculó el AUC. Para una buena discriminación, proponen el punto de corte en $\geq 4-5$, en lugar de ≥ 7 puntos (12). Nuestros resultados también van a favor de un punto de corte inferior al recomendado, siendo en nuestro caso el valor ideal ≥ 6 puntos.

El SDQ ha sido valorado de manera conjunta con otros

cuestionarios, tanto para detectar psicopatología como TDAH, en población general. En ellos detectan un nivel adecuado de validez y consistencia interna, y observan que el uso de más de un cuestionario mejora la detección (40-43). En nuestro estudio únicamente se valoró el SDQ.

En relación a las versiones del SDQ, en nuestro trabajo los resultados varían según la versión analizada. Estas discrepancias han sido objetivadas en otros trabajos. En 2011, se realizó un estudio a pacientes españoles derivados a la USMIJ por sospecha de TDAH, padres y profesores cubrieron el cuestionario de Conners obteniendo una concordancia moderada (44). Una revisión sistemática valoró las propiedades psicométricas de la versión para padres y profesores del SDQ en niños de 4-12 años. Aunque la concordancia fue alta, en alguna subescala la consistencia interna fue baja, pudiendo deberse a que padres y profesores observan a los niños en contextos diferentes (45). A su vez, los niños < 12 años están escolarizados en colegios, y suelen tener un profesor por aula, mientras que en los institutos tienen varios profesores, que comparten menos tiempo con los alumnos. En nuestro estudio la mayoría de niños acudía a colegio, lo que explicaría que al realizar el análisis excluyendo a los profesores de instituto, no obtuviéramos grandes diferencias.

De nuestro trabajo cabe destacar algunas ventajas, como que se incluyan pacientes de manera consecutiva, que limita la aparición de un posible sesgo de selección. También que se analizaran las tres versiones del SDQ. Otra ventaja es que los niños derivados a la USMIJ tenían sintomatología TDAH, pero no habían sido previamente diagnosticados, y las psiquiatras desconocían los resultados del SDQ antes de emitir su diagnóstico. Además, el SDQ fue administrado por la misma persona, lo que evita las diferencias que puedan surgir de la explicación del mismo por distintos profesionales. También que se incluyan niños de áreas urbanas y rurales, y que no se haya limitado la edad.

Una limitación sería que valoramos sólo el SDQ, sin comparar con otros cuestionarios. Tampoco analizamos los subtipos de TDAH, teniendo en cuenta que el SDQ discrimina peor a los pacientes inatentos, este hecho pudo influir en nuestros resultados. Además, se consideró el diagnóstico principal, sin valorar la presencia de TDAH comórbido, lo que pudo afectar a los resultados alcanzados y a la curva ROC.

Nuestro estudio es el primero que valora la utilización

del SDQ como herramienta de cribado de TDAH en una población infanto-juvenil española, con el objetivo de detectar esta patología precozmente y mejorar la calidad de las derivaciones a AE. Los resultados sugieren que el SDQ es un cuestionario útil para discriminar a niños con TDAH. El hecho de ser estrictos en la clasificación de los pacientes pudo infravalorar los casos de TDAH; a pesar de ello obtuvimos una sensibilidad alta, por lo que consideramos que el SDQ es una herramienta apropiada para utilizar en AP ante la valoración de un niño con sintomatología TDAH, antes de su derivación a AE.

CONCLUSIONES

Consideramos que es muy importante valorar adecuadamente el estado de salud mental y el neurodesarrollo de los niños. Teniendo en cuenta que el SDQ además de valorar TDAH, también evalúa síntomas emocionales y problemas de conducta, consideramos que su uso en AP puede favorecer la detección precoz tanto de TDAH como de otras psicopatologías, permitiendo instaurar un tratamiento precoz, reducir las consecuencias negativas (fracaso escolar, problemas de relación, baja autoestima...) y vigilar la aparición de comorbilidades (trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante, ansiedad...). Con esta actuación podríamos mejorar la atención de nuestros pacientes y optimizar las derivaciones a AE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942-8.
2. Gutiérrez Miras MG. Trastornos mentales y del comportamiento. Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Edición ed2000. p. 204-7.
3. Ayuso JL, Vieta E, Arango C. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Sección II. 5ª Edición. ed 2014.
4. Catalá-López F, Peiró S, Ridao M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá MA. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*. 2012;12:168.
5. Carballal Mariño M, Gago Ageitos A, Ares Alvarez J, Del Rio Garma M, García Cendón C, Goicoechea Castaño A, et al. [Prevalence of neurodevelopmental, behavioural and learning disorders in Pediatric Primary Care]. *An Pediatr (Barc)*. 2017.
6. Wolraich M, Brown L, Brown RT, DuPaul G, Earls M, Feldman HM, et al. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011;128(5):1007-22.
7. Montañés-Rada F, Gastaminza-Pérez X, Catalá MA, Ruiz-Sanz F, Ruiz-Lázaro PM, Herreros-Rodríguez O, et al. [GEITDAH consensus on attention deficit hyperactivity disorder]. *Rev Neurol*. 2010;51(10):633-7.
8. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(5):581-6.
9. Borg AM, Salmelin R, Kaukonen P, Joukamaa M, Tamminen T. Feasibility of the Strengths and Difficulties Questionnaire in assessing children's mental health in primary care: Finnish parents', teachers' and public health nurses' experiences with the SDQ. *J Child Adolesc Ment Health*. 2014;26(3):229-38.
10. García P, Goodman R, Mazaira J, Torres A, Rodríguez-Sacristán J, Hervas A, et al. El Cuestionario de Capacidades y Dificultades. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*. 2000;1:12-7.
11. Algorta GP, Dodd AL, Stringaris A, Youngstrom EA. Diagnostic efficiency of the SDQ for parents to identify ADHD in the UK: a ROC analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(9):949-57.
12. Ullebø AK, Posserud MB, Heiervang E, Gillberg C, Obel C. Screening for the attention deficit hyperactivity disorder phenotype using the strength and difficulties questionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(9):451-8.
13. García P, Mazaira JA, Goodman R. Validación inicial de la versión gallega del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ). *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*. 2000;2:95-100.
14. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, Pastor P, Ghandour RM, Gfroerer JC, et al. Mental health surveillance among children--United States, 2005-

2011. MMWR Suppl. 2013;62(2):1-35.
15. Rivas-Juesas C, de Dios JG, Benac-Prefaci M, Colomer-Revuelta J. Analysis of the factors linked to a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in children. *Neurologia*. 2017;32(7):431-9.
 16. Alda JA, Serrano-Troncoso E. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: concordancia entre la Impresión clínica y el cuestionario de cribado SNAP-IV (Estudio CONCOR). *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;41(2):76-83.
 17. Ougrin D, Chatterton S, Banarsee R. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): review for primary care clinicians. *London J Prim Care (Abingdon)*. 2010;3(1):45-51.
 18. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y adolescentes. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d' Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2010. Guías Práctica Clínica en el SNS. 2010.
 19. Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol*. 1999;27(1):17-24.
 20. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(11):1337-45.
 21. Niclasen J, Skovgaard AM, Andersen AM, Sømhøvd MJ, Obel C. A confirmatory approach to examining the factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a large scale cohort study. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(3):355-65.
 22. Rodríguez-Hernández PJ, Betancort M, Ramírez-Santana GM, García R, Sanz-Álvarez EJ, De las Cuevas-Castresana C. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *Int J Clin Health Psychology*. 2012;12:265-79.
 23. Gaete J, Montero-Marin J, Valenzuela D, Rojas-Barahona CA, Olivares E, Araya R. Mental health among children and adolescents: Construct validity, reliability, and parent-adolescent agreement on the 'Strengths and Difficulties Questionnaire' in Chile. *PLoS One*. 2018;13(2):e0191809.
 24. Vostanis P. Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19(4):367-72.
 25. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2000;177:534-9.
 26. Johnson S, Hollis C, Marlow N, Simms V, Wolke D. Screening for childhood mental health disorders using the Strengths and Difficulties Questionnaire: the validity of multi-informant reports. *Dev Med Child Neurol*. 2014;56(5):453-9.
 27. Mullick MS, Goodman R. Questionnaire screening for mental health problems in Bangladeshi children: a preliminary study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(2):94-9.
 28. Croft S, Stride C, Maughan B, Rowe R. Validity of the strengths and difficulties questionnaire in preschool-aged children. *Pediatrics*. 2015;135(5):e1210-9.
 29. Goodman A, Goodman R. Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(4):400-3.
 30. Lavigne JV, Meyers KM, Feldman M. Systematic Review: Classification Accuracy of Behavioral Screening Measures for Use in Integrated Primary Care Settings. *J Pediatr Psychol*. 2016;41(10):1091-109.
 31. Hoofs H, Jansen NW, Mohren DC, Jansen MW, Kant IJ. The context dependency of the self-report version of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ): a cross-sectional study between two administration settings. *PLoS One*. 2015;10(4):e0120930.
 32. Theunissen MH, Vogels AG, de Wolff MS, Crone MR, Reijneveld SA. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial problems among 3 to 4-year olds. *BMC Pediatr*. 2015;15:84.
 33. Fajardo Bullón F, León Del Barco B, Felipe Castaño E, Ribeiro Dos Santos EJ. [Mental health in the age group 4-15 years based on the results of the national survey of health 2006, Spain]. *Rev Esp Salud Publica*. 2012;86(4):445-51.
 34. Ezpeleta L, Granero R, de la Osa N, Penelo E,

- Domènech JM. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire(3-4) in 3-year-old preschoolers. *Compr Psychiatry*. 2013;54(3):282-91.
35. Fenollar-Cortés J, Calvo-Fernández A, García-Sevilla J, Cantó-Díez TJ. La escala Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) como predictora del TDAH: comportamiento de las subescalas SDQ respecto a las dimensiones “Hiperactividad/Impulsividad” e “Inatención” en una muestra clínica. *Anales de psicología*. 2016;32(2):313-9.
36. Carballo JJ, Rodríguez-Blanco L, García-Nieto R, Baca-García E. Screening for the ADHD Phenotype Using the Strengths and Difficulties Questionnaire in a Clinical Sample of Newly Referred Children and Adolescents. *J Atten Disord*. 2014.
37. Russell G, Rodgers LR, Ford T. The strengths and difficulties questionnaire as a predictor of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS One*. 2013;8(12):e80247.
38. Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(9):149-59.
39. Colombi C, Ghaziuddin M. Neuropsychological Characteristics of Children with Mixed Autism and ADHD. *Autism Res Treat*. 2017;2017:5781781.
40. Vogels AG, Crone MR, Hoekstra F, Reijneveld SA. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: a randomized method. *BMC Public Health*. 2009;9:489.
41. Crone MR, Vogels AG, Hoekstra F, Treffers PD, Reijneveld SA. A comparison of four scoring methods based on the parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire as used in the Dutch preventive child health care system. *BMC Public Health*. 2008;8:106.
42. Doyle AE, Biederman J, Seidman LJ, Weber W, Faraone SV. Diagnostic efficiency of neuropsychological test scores for discriminating boys with and without attention deficit-hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(3):477-88.
43. Posserud MB, Ullebø AK, Plessen KJ, Stormark KM, Gillberg C, Lundervold AJ. Influence of assessment instrument on ADHD diagnosis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(4):197-205.
44. Cáceres J, Herrero D. [Quantification and concordance assessment among parents and teachers in attention deficit hyperactivity disorder diagnosis]. *Rev Neurol*. 2011;52(9):527-35.
45. Stone LL, Otten R, Engels RC, Vermulst AA, Janssens JM. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4- to 12-year-olds: a review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2010;13(3):254-74.