

AVANCES PEDIÁTRICOS

## TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS INFANTILES DE ETIOLOGÍA NEUROBIOLÓGICA Y SU DESPISTAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA

P.J. Rodríguez Hernández

*Pediatra especializado en Psiquiatría Infantil y Juvenil  
Hospital de Día Infantil y Juvenil «Diego Matías Guigou y Costa»  
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife*

### RESUMEN

Las enfermedades psiquiátricas infantiles de etiología neurobiológica más frecuentes son el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). La detección precoz mejora el pronóstico y reduce la morbilidad. Debido a ello, se necesitan métodos de evaluación útiles y fáciles de utilizar que permitan realizar una aproximación específica a estos y otros problemas psiquiátricos infantiles en Atención Primaria.

Este artículo presenta las características más importantes de los tres trastornos mencionados, y además desarrolla las bases teóricas y prácticas para una correcta utilización del cuestionario de despistaje de trastornos psicológicos y psiquiátricos más utilizado en los últimos años, el Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ), además de presentar las ventajas e inconvenientes de su utilización.

**Palabras clave:** Salud mental, infancia, despistaje

### CHILD NEUROBIOLOGIC MENTAL DISEASES AND ITS SCREENING IN AMBULATORY PEDIATRIC CARE

#### SUMMARY

Attention Hyperactivity Deficit Disorder, Autistic Spectrum Disorders, and Obsessive-Compulsive Disorder are considered the most frequent psychiatric childhood diseases associated with neurobiological aetiology. The early detection improves

prognosis and decreases mobility. This is the reason of the requirement of useful and easy evaluation methods, to solve our clinical daily questions about specific patients with psychiatric problems in ambulatory paediatric care.

This current article reports on the main characteristics of the three psychiatric childhood diseases mentioned above, and develops the theoretical and practical bases for appropriate use of the SDQ and an assessment of the advantages and disadvantages that are related to its use.

**Key words:** Mental health, childhood, screening

BSCP Can Ped 2006; 30 (1): 9-18

### INTRODUCCIÓN

La etiología de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia es múltiple y comprende distintos factores que interaccionan y, muchas veces, se potencian entre sí. No podemos desdeñar la importancia de las variables del entorno y del área de desarrollo próximo debido a que son de suma importancia en la construcción psicológica del niño. Sin embargo, existen algunas enfermedades psíquicas cuya etiopatogenia se encuentra especialmente ligada a defectos neurobiológicos y del desarrollo cerebral. Las más importantes son el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad, los Trastornos Generalizados del Desarrollo y el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Todas tienen en común una prevalencia elevada y un cortejo sintomatológico que produce, en mayor o menor medida, dificultades en el niño y disfunción familiar.

#### Correspondencia:

Pedro Javier Rodríguez Hernández  
Secretaría de Psiquiatría  
Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria  
Ctra. del Rosario, s/n - 38010 Santa Cruz de Tenerife  
e-mail: pedrojavierrodriguezhernandez@yahoo.es

Es de suma importancia, para el pediatra, conocer las características diferenciales de cada una de ellas. En la actualidad existen instrumentos para un adecuado diagnóstico precoz y un correcto tratamiento. La precocidad en la identificación de los síntomas nucleares y en la categorización de los síntomas mejora de manera sustantiva el pronóstico y el rendimiento terapéutico. Sin embargo, las dificultades a las que se enfrenta el pediatra en el momento de abordar un problema relacionado con la salud mental son múltiples. Entre las más importantes figuran el tiempo limitado en las consultas, el déficit en formación específica y la falta de entrenamiento en el uso de instrumentos propios del campo de la psiquiatría (test, entrevistas semiestructuradas o estrategias psicoterapéuticas y psicofarmacológicas). Un test como el SDQ puede ayudar a realizar una primera aproximación a las características psicológicas del niño, así como puede servir de instrumento de despistaje de trastornos relacionados con la esfera psíquica. En el presente artículo se exponen las características principales del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad y se realiza una breve aproximación a los Trastornos Generalizados del Desarrollo y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Para finalizar, se mencionan distintos aspectos relacionados con la utilización del SDQ.

## EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

### Marco histórico y conceptual

Aunque el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) o Trastorno Hiperactivo es una entidad que en los últimos años ha adquirido una importancia creciente, las primeras descripciones datan de finales del siglo XIX. Hoffman, en 1845, y Bourneville, en 1897, mencionan algunas características de unos niños que destacan por su comportamiento hiperactivo e inestable. Still, en 1902, detalla el temperamento violento, revoltoso, perverso, destructivo, inquieto y molesto de un grupo de niños. A lo largo del siglo XX el TDAH recibe distintos nombres. Quizás el más generalizado en esta época es el de disfunción cerebral mínima<sup>1</sup>.

El TDAH no es una «enfermedad» como tal, sino

que se constituye como un grupo de síntomas que se convierten en trastorno según las dificultades que generan en el entorno del niño.

Las teorías etiopatogénicas de mayor plausibilidad en el momento actual afirman que el origen del TDAH se encuentra en un defecto neurobiológico. Aunque los factores ambientales contribuyen a matizar la expresión sintomatológica del trastorno, cada día hay más datos acerca de las bases neurológicas del problema<sup>2,3</sup>.

La prevalencia estimada del TDAH se encuentra entre el 3 y el 5%<sup>4</sup>. En nuestra Comunidad Autónoma Canaria, un reciente estudio informa de una cifra de prevalencia del 3.9%<sup>5</sup>.

### Clínica

La clínica primaria viene conformada por la tríada: hiperactividad, déficit de atención e impulsividad. La impulsividad conlleva un deterioro en las relaciones sociales. Surgen las peleas y al final el niño se encuentra apartado del grupo. Es el niño al que nadie soporta. El déficit en el mantenimiento de la atención le impide concentrarse en clase y a la hora de hacer la tarea, en su casa. Sobreviene entonces el retraso escolar. La hipercinesia y la impulsividad lo convierte en un «niño difícil» en casa. Es muy frecuente que los padres acudan a las consultas de los profesionales con la frase «no puedo más. Por favor, ayúdeme» como presentación al problema<sup>6</sup>.

Por todo esto, de la sintomatología primaria (impulsividad, déficit de atención e hiperactividad) derivan una serie de síntomas secundarios que van a matizar la severidad del cuadro: Alteraciones conductuales y en las relaciones sociales, problemas escolares y de aprendizaje, trastornos del lenguaje y de la comunicación, alteraciones de la memoria, los procesos ejecutivos y otras habilidades cognitivas, incoordinación muscular e inmadurez motora, problemas de sueño y síntomas afectivos y de ansiedad.

Con esta suerte de dificultades, no es raro que el niño desarrolle síntomas ansiosos, frustración, problemas en el sueño, baja autoestima o incluso verdaderas depresiones infantiles que convierte el problema en un auténtico trastorno psiquiátrico<sup>7</sup>.

## Diagnóstico

El diagnóstico del TDAH es fundamentalmente clínico. Los criterios diagnósticos se recogen en las dos clasificaciones internacionales de enfermedades mentales (DSM-IV<sup>8</sup> y CIE-10<sup>9</sup>), y se exponen en las Tablas 1 y 2. La diferencia fundamental entre ambas clasificaciones estriba en la necesidad de la

coexistencia de los tres síntomas (impulsividad, déficit de atención e hiperactividad) para poder diagnosticar a un niño de Trastorno Hiperactivo, en la CIE-10. En cambio, en la clasificación DSM-IV, puede no estar presente la hiperactividad, denominándose entonces Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad.

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos DSM-IV para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad

<p><b>Inatención</b> (al menos 6 durante 6 meses)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A menudo no presta atención en los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar u otras actividades</li> <li>2. A menudo tiene dificultad para la atención sostenida en tareas y juegos</li> <li>3. A menudo no parece escuchar cuando le están hablando directamente</li> <li>4. A menudo no sigue las instrucciones o no consigue terminar los deberes, obligaciones...</li> <li>5. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades</li> <li>6. A menudo evita, rechaza tareas que requieren un esfuerzo mental continuado</li> <li>7. A menudo pierde cosas necesarias para tareas o actividades</li> <li>8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos externos</li> <li>9. A menudo es olvidadizo en sus tareas diarias</li> </ol>
<p><b>Hiperactividad-impulsividad</b> (al menos 6 durante 6 meses)</p>	<p><b>Hiperactividad</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A menudo presenta inquietud con sus manos o pies o se revuelve en el asiento</li> <li>2. A menudo se levanta de la silla en clase o en otras situaciones en las que debería permanecer sentado</li> <li>3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas</li> <li>4. A menudo tiene dificultad para jugar o realizar actividades de ocio con tranquilidad</li> <li>5. A menudo está excitado o «va como una moto»</li> <li>6. A menudo habla excesivamente</li> </ol> <p><b>Impulsividad</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. A menudo responde antes que la pregunta haya sido finalizada</li> <li>8. A menudo tiene dificultad para aguardar turno en juego o situaciones de grupo</li> <li>9. A menudo interrumpe o interfiere a los demás (conversaciones, juegos...)</li> </ol>

Puede cumplir sólo el apartado de inatención o sólo el apartado de hiperactividad-impulsividad. Además:

- a) Alguno de los síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad estaba presente antes de los 7 años
- b) Los síntomas crean dificultades en dos o más situaciones (escuela, casa...)
- c) Afectan significativamente al funcionamiento social, escolar o laboral
- d) Los síntomas no ocurren a causa de otros trastornos del desarrollo o de la personalidad

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos CIE-10 para el trastorno hiperactivo

<p><b>Déficit de atención</b> (al menos 6 durante 6 meses)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades</li> <li>2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego</li> <li>3. A menudo aparenta no escuchar lo que se dice</li> <li>4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones</li> <li>5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades</li> <li>6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido</li> <li>7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.</li> <li>8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos</li> <li>9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias</li> </ol>
<p><b>Hiperactividad</b> (al menos 3 durante 6 meses)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento</li> <li>2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado</li> <li>3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas</li> <li>4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas</li> <li>5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social</li> </ol>
<p><b>Impulsividad</b> (al menos 1 durante 6 meses)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas</li> <li>2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo</li> <li>3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros</li> <li>4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las consideraciones sociales</li> </ol>

Además se debe cumplir que:

1. El inicio del trastorno no es posterior a los siete años
2. Los criterios deben cumplirse en más de una situación
3. Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral
4. No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad

## Tratamiento

### Tratamiento psicológico

Existen medidas conductuales, de aplicación en los ámbitos cotidianos del niño, y terapias específicas dirigidas a mejorar alguna de las funciones que se encuentran deterioradas en el TDAH.

Entre las medidas conductuales generales, es importante la ayuda para aumentar la autoestima (tenemos que reforzar constantemente sus conductas positivas con frases del tipo: «bien hecho, eres un campeón, etc»). Al aplicar castigos y recompensas, las recompensas deben ser frecuentes y los castigos cortos porque se habitúan con facilidad. En el trato diario, debemos ignorar los momentos en que interrumpe o invade, y nunca prestar atención o reprender en ese momento, salvo que la conducta sea grave. Posteriormente, cuando no presenta la conducta problema, podemos comentar el «error». Siempre de manera clara «por un motivo concreto», no por el mal comportamiento general, con una sonrisa en la boca y dicho de manera suave<sup>10</sup>.

La actividad diaria del niño con TDAH debe estar lo más estructurada posible, de tal manera que el tiempo de estudio, de ocio, etc. sea cada día a la misma hora. También hay que tener en cuenta la asignación de tareas. Es difícil que cumpla varias tareas encomendadas cuando se las pedimos de manera simultánea. Habitualmente, hay que esperar a que finalice una tarea para proponerle la siguiente.

En cuanto a las medidas dirigidas a mejorar parcelas específicas, una de las terapias psicológicas encaminadas a mejorar la funcionalidad social, expuesta a modo de ejemplo, se denomina entrenamiento autoinstruccional. Los niños hiperactivos tienen menor habilidad mediacional (para mediar entre la conducta y el requerimiento social que conlleva esa conducta) y actúan por ensayo-error. Una forma de mejorarlo es con un entrenamiento autoinstruccional. Este entrenamiento tiene 5 fases<sup>11</sup>:

- Primera fase: Un adulto (modelo) dibuja mientras se da instrucciones: «Ahora hago la raya hacia abajo, ahora me he equivocado y borro y no pasa nada, etc». El niño observa la realización del dibujo. Primero se copia y

después se inventa. Esto se llama «modelado cognitivo»

- Segunda fase: El niño hace el dibujo mientras el adulto le da instrucciones similares a las que se dio él cuando hacía el dibujo. Se denomina «guía externa explicativa»
- Tercera fase: El niño realiza el dibujo dándose él mismo las instrucciones en voz alta. Se denomina «autoguía explícita»
- Cuarta fase: El niño realiza el dibujo dándose él mismo las instrucciones en voz baja. Se denomina «autoguía explícita desvanecida»
- Quinta fase: El niño realiza el dibujo dándose las instrucciones concretas pertinentes sin verbalizarlas. A esto se denomina «autoguía encubierta»

### Tratamiento psicofarmacológico

El tratamiento de elección en el TDAH es la medicación psicoestimulante. En España, sólo se encuentra comercializado el metilfenidato. Este principio se usa con efectividad desde hace más de 30 años en todo el mundo.

Las dosis recomendadas se sitúan entre 0.1 y 1 mg/kg/día. Existen dos presentaciones. Una de ellas es de liberación rápida, por lo que a las pocas horas los niveles plasmáticos del metilfenidato desaparecen y hay que repetir la toma si se desea la continuación del efecto terapéutico. La otra presentación es de liberación prolongada, con una duración del efecto farmacológico de aproximadamente 12 horas<sup>12</sup>.

Actualmente, se recomienda no realizar «vacaciones terapéuticas», es decir, no dejar de administrar el tratamiento los días que el niño no acude a clase. Esto es debido a que no sólo es necesario mejorar la sintomatología hiperactiva en clase, sino que también se debe mejorar otros aspectos que se desarrollan principalmente en los días de vacaciones como puede ser la socialización o la participación en juegos colectivos con los amigos.

Los efectos secundarios del metilfenidato son escasos, bien conocidos y suelen remitir tras varios días de tratamiento. Los más importantes son el in-

somnio, las molestias gastrointestinales y las cefaleas.

Para finalizar este apartado, se exponen los puntos más importantes del Consenso Internacional sobre el Tratamiento del TDAH<sup>13,14</sup>.

- La identificación de los síntomas diana al principio del tratamiento y una vigilancia cuidadosa de la respuesta son esenciales para la valoración del tratamiento efectivo.
- La medicación psicoestimulante es el tratamiento farmacológico de primera línea en casos de TDAH puros.
- Es preferible la utilización de preparados de acción prolongada en vez de múltiples dosis de acción corta.

## LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

Bajo este nombre se sitúan distintos problemas del neurodesarrollo que tienen en común problemas en el comportamiento, alteraciones en el lenguaje y defectos en la socialización en distinto grado. Desde que Leo Kanner describe un grupo de niños con estos síntomas, en el año 1942 y los denomina autistas, muy poco se ha avanzado en la sistematización de trastorno. En la actualidad se desconoce gran parte de la evolución natural de los TGD, incluyendo su etiopatogenia y los factores que inciden en la evolución del cuadro.

La prevalencia estimada de TGD en los países occidentales se encuentra en torno a 1/200 niños, y aunque no existen estudios concluyentes, los datos preliminares indican que podría estar aumentando<sup>15</sup>.

Quizás, una de las dificultades más importante con las que se encuentra el pediatra a la hora de conceptualizar los TGD, se encuentra en las múltiples denominaciones que reciben los trastornos relacionados con los problemas en el desarrollo. En la maduración cerebral, existen edades en las que la mayoría de los niños alcanzan una característica psicológica. Así, por ejemplo, el habla se desarrolla progresivamente a partir del primer año de vida y la comprensión del concepto de muerte como un hecho irreversible se alcanza alrededor de los 7 años.

Para cada cualidad existe una edad aproximada de adquisición. Sin embargo, en determinados niños se aprecia que una o varias características psicológicas se encuentran retrasadas o deformadas. Cuando existen múltiples características psicológicas retrasadas, en especial el habla, el comportamiento y la socialización, al cuadro clínico se denomina autismo. Si el retraso se encuentra en el área del lenguaje expresivo y en la comprensión, se le llama trastorno mixto de expresión comprensión, aunque algunos autores lo consideran un tipo de autismo. Cuando se trata de un retraso leve en una o varias cualidades, distintos autores lo llaman «espectro autista» o «niños con rasgos autistas». A todas estas variantes se les suele llamar Trastornos Generalizados del Desarrollo aunque otros autores lo engloban todo bajo el término «autismo».

También hay que citar que la progresión hacia la mejoría o el empeoramiento de esas características no logradas son diferentes de unos niños a otros. Incluso existe dificultad para conocer exactamente el tipo de tratamiento más indicado para cada caso.

El diagnóstico de los TGD es exclusivamente clínico, mediante la sospecha de la existencia de retraso en la adquisición de las cualidades neuropsicológicas mencionadas. Además, el diagnóstico precoz permite la derivación de los niños a los equipos especializados e implementar sin dilación el tratamiento multidisciplinar que se requiere.

## TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en la infancia y adolescencia es uno de los problemas psicopatológicos más desconocidos. Se le ha llamado «el trastorno oculto» por su tendencia a pasar inadvertido. A esto se añade los escasos estudios que existen en edades pediátricas. Uno de los principales problemas que plantea se encuentra en la dificultad diagnóstica debido a que no se piensa en este trastorno ni se relaciona con los niños. Además, las compulsiones se confunden con juegos y a muchos niños no le molesta o no se dan cuenta o incluso sienten vergüenza de contar lo que les sucede. Debido a ello, los padres y los pediatras tardan en darse cuenta de la existencia de un problema.

Estas dificultades en el diagnóstico contrastan con las cifras importantes de prevalencia que arro-

jan los escasos estudios epidemiológicos poblacionales existentes. Así, la prevalencia de niños con TOC se sitúa en torno al 1% (Douglas en Nueva Zelanda encuentra un 4.1%, Steinhausen en Zurich un 0.2%, Zohar en Israel un 2.3% y Heyman en el Reino Unido un 0.2%, por citar algunos trabajos)<sup>1</sup>.

La base psicopatológica del TOC la conforman la existencia de obsesiones y compulsiones, que se acompañan de dos elementos básicos. Por un lado resistencia, que es la defensa a la obsesión o a la compulsión y por otro lado la interferencia, o grado de perturbación en la vida cotidiana provocada por los síntomas obsesivos.

Las obsesiones son Pensamientos, imágenes o impulsos que asedian a una persona, se entrometen de forma repetitiva interrumpiendo su actividad mental y provocan resistencia. Son involuntarias y provocan malestar y ansiedad.

Las compulsiones son actos estereotipados, repetitivos, sin lógica. Se tienen que realizar de manera apremiante, aunque pueden estar acompañados de cierta resistencia. Producen cierto alivio de ansiedad.

Las obsesiones más frecuentes en la infancia tienen que ver con la suciedad, el miedo a dañarse y la muerte, la simetría y el sexo. Las compulsiones más frecuentes tienen que ver con el lavado (de manos, etc) y la repetición y comprobación.

Para realizar el diagnóstico, es preciso cumplir una serie de criterios definidos en alguna de las dos clasificaciones internacionales de enfermedades mentales. Los criterios de una de ellas, el DSM-IV<sup>8</sup>, son los siguientes:

A) Presencia de:

- Obsesiones: Ideas intrusivas que causan angustia, no son sólo preocupaciones de problemas reales, se intentan suprimir y que el paciente reconoce que proceden de su propia mente.
- Compulsiones: Conductas repetitivas como respuesta a una obsesión, para impedir o prevenir algún acontecimiento temido.

B) Las obsesiones o compulsiones producen malestar, pérdida de tiempo (más de una hora diaria), interfiere en su rutina diaria, actividad profesional, social o en las relaciones con los demás.

Habitualmente, para realizar el diagnóstico en niños no se requiere que la pérdida de tiempo sea de una hora diaria. Con más frecuencia se toma en consideración el grado de perturbación que le produce la sintomatología.

Como herramienta complementaria a la evaluación clínica, la escala más utilizada es la de Yale-Brown. Consta de 10 ítems divididos en dos partes: valoración obsesiva y valoración compulsiva. Cada ítem se evalúa en escala de 0-4 (ausencia del síntoma-mayor gravedad).

Los exámenes complementarios no son obligatorios. En el electroencefalograma pueden existir alteraciones inespecíficas y en las investigaciones realizadas con pruebas de neuroimagen (como por ejemplo el PET), suelen aparecer diferencias en la distribución de la activación cerebral.

El tratamiento incluye intervención psicológica y farmacológica. El psicofármaco que ha demostrado mayor utilidad en el TOC es la sertralina, que se encuadra en el grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. El tratamiento en la infancia se suele comenzar con 25 mg de sertralina y después se puede ir aumentando hasta 100 mg en dosis única matutina. Aunque se puede aumentar la dosis, es preferible que si es preciso sobrepasar los 100 mg diarios, esto se haga con supervisión de algún profesional con experiencia. No existe unanimidad en el tiempo de tratamiento, aunque la mayoría de los autores recomiendan un periodo de alrededor de un año.

## EL CUESTIONARIO DE CUALIDADES Y DIFICULTADES

El instrumento más empleado para la realización de *screening* de trastornos mentales y del comportamiento en niños en los últimos años, es el Cuestionario de Cualidades y Dificultades<sup>16</sup> (SDQ, de su nombre en inglés, The Strengths and Difficulties Questionnaire), creado por Robert Goodman en el Instituto de Psiquiatría de Londres.

Este cuestionario detecta probables casos de trastornos mentales y del comportamiento en niños. Consta de 25 ítem (Tabla 3) que se dividen en 5 escalas de 5 ítem cada una de ellas. Dichas escalas hacen referencia a:

1. Síntomas emocionales
2. Problemas de conducta
3. Hiperactividad
4. Problemas con compañeros
5. Conducta positiva de socialización

**Tabla 3.** Los 25 ítems del Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ):

1. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas
2. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo
3. Se queja con frecuencia de dolores de cabeza, de estómago, o de náuseas
4. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices
5. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio
6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a
7. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos
8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto o preocupado/a
9. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo
10. Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a
11. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a
12. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se meten con ellos/ellas
13. Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso/a
14. Por lo general cae bien a los otros niños/as
15. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a disiparse
16. Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a
17. Trata bien a los niños/as más pequeños/as
18. A menudo miente y engaña
19. Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella
20. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)
21. Piensa las cosas antes de hacerlas
22. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios
23. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente
25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración

También existe una valoración global final. Cada ítem presenta tres posibilidades de puntuación: no es cierto, a medias es cierto y es absolutamente cierto, que se puntúan: 0, 1 o 2. Para prevenir sesgos en la contestación, existen 5 ítems «inversos», en los que la contestación «no es cierto» no constituye un fin positivo sino negativo, y la contestación «absolutamente cierto» traduce un efecto positivo, puntuando no es cierto como 2, a medias es cierto como 1 y absolutamente cierto como 0. Estos ítems son: Piensa las cosas antes de hacerlas, termina lo que empieza, por lo general es obediente, tiene por lo menos un amigo y por lo general cae bien.

Cada una de las cinco escalas se puede puntuar

entre 0 y 10, después de las sumas de los resultados de los ítems que contempla cada una de ellas. La escala total de dificultades se puntúa entre 0 y 40, sumándose los resultados parciales de cuatro de las cinco escalas, ya que la escala de conducta prosocial no interviene en la misma. La validación original (en inglés) en población infantil, se ha utilizado como método de «screening» en amplias muestras poblacionales, en estudios de doble fase, así como en muestras de alto y bajo riesgo, con el fin de realizar comparaciones y especificar las propiedades psicométricas más importante<sup>17</sup>.

En las Tablas 4 y 5, se observan los puntos de corte para docentes y padres.

**Tabla 4.** Puntos de corte para docentes

	<b>Escala Docentes</b>	<b>Anormal</b>	<b>Límite</b>	<b>Normal</b>
SE	Síntomas emocionales (3-8-13-16-24)	5-10	4	0-3
PC	Problemas de conducta (5-7-12-18-22)	5-10	4	0-3
HA	Hiperactividad (2-10-15-21-25)	8-10	6-7	0-5
CO	Problemas con compañeros (6-11-14-19-23)	4-10	3	0-2
TD	Puntuación Total (SE+PC+HA+CO)	20-40	16-19	0-15
PS	Conducta Prosocial (1-4-9-17-20)	0-4	5	6-10

**Tabla 5.** Puntos de corte para padres

	<b>Escala Padres</b>	<b>Anormal</b>	<b>Límite</b>	<b>Normal</b>
SE	Síntomas emocionales (3-8-13-16-24)	6-10	5	0-4
PC	Problemas de conducta (5-7-12-18-22)	5-10	4	0-3
HA	Hiperactividad (2-10-15-21-25)	9-10	7-8	0-6
CO	Problemas con compañeros (6-11-14-19-23)	5-10	4	0-3
TD	Puntuación Total (SE+PC+HA+CO)	20-40	17-19	0-15
PS	Conducta Prosocial (1-4-9-17-20)	0-6	7	8-10

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Sacristán J. Psicopatología del niño y del adolescente. 2ª ed. Universidad de Sevilla. Sevilla 1998.
2. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Jama* 2002; 288:1740-48.
3. Berquin PC, Giedd JN, Jacobsen LK. Cerebellum in attention-deficit hyperactivity disorder. A morphometric MRI study. *Neurology* 1998;50:1087-93.
4. Szatmari P. The epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1992; 1:361-71.
5. Rodríguez-Hernández PJ. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos infantiles en la Comunidad Autónoma Canaria. Tesis Doctoral (pendiente de lectura). Universidad de la Laguna.
6. Spencer T, Biederman J, Wilens TE. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46:915-27.
7. Munir K, Biederman J, Knee D. Psychiatric comorbidity in patients with attention deficit disorder: A controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26: 844-48.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV (4<sup>th</sup> ed.). Washington: Author. 1994.
9. OMS. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meritor. 1992.
10. Labrador FJ, Cruzado JA, Muños M. Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Madrid: 2001.
11. Fernández-Ballesteros R. Introducción a la Evaluación Psicológica. Madrid: 2001.
12. Wolraich ML, Greenhill LL, Pelham W, Swanson J, Wilens T, Palumbo D, Atkins M, McBurnett K, Bukstein O, August G. Randomized, controlled trial of oros methylphenidate once a day in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 108:883-92.
13. The MTA Cooperative Group. A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:1073-86.
14. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, van Daalen E, Fegert J, Findling RL, Fisman S, Greenhill LL, Huss M, Kusumakar V, Pine D, Taylor E, Tyano S. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders: Clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004; 14:11-28.
15. Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of pervasive developmental disorders in the British nationwide survey of child mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:820-27.
16. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38:581-86.
17. 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; 177:534-39.