



**Junta de  
Castilla y León**

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Salud Pública



# **Salud Mental** en la **población infantil y juvenil de Castilla y León**

**PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA  
POBLACIÓN INFANTOJUVENIL DE CASTILLA Y LEÓN**

**Protocolo de estudio v13**

**(Pediatría, medicina de familia y enfermería)**

## Contenido

Introducción .....	3
Justificación .....	5
Objetivos .....	6
Objetivo general .....	6
Objetivos específicos .....	6
Participantes y métodos.....	7
Diseño.....	7
Periodo del estudio .....	7
Procedimiento .....	7
Formulario del pediatra o médico/a de familia. ....	7
Formulario de la enfermera/o.....	9
Cuestionario SDQ .....	10
Envío y control de la información.....	10
Aplicabilidad y utilidad práctica .....	11
Bibliografía .....	12
Anexos .....	13
Anexo I. Cuestionario del pediatra o médico/a de familia.....	13
Anexo II. Cuestionario de la enfermera.....	14
Anexo III Cuestionario de Cualidades y Dificultades (padres).....	15
Anexo IV Cuestionario de Cualidades y Dificultades (niños 11 años o más).....	16
Anexo V. Esquema del procedimiento del estudio .....	16

## INTRODUCCIÓN

La salud mental, que incluye no sólo la psicopatología sino los aspectos positivos del desarrollo emocional y psicológico del individuo, es una de las dimensiones más importantes de la salud en la infancia y adolescencia (1). Una buena salud mental es fundamental en edades tempranas, ya que facilita alcanzar hitos de desarrollo físico y emocional, permite aprender ciertas habilidades sociales y poder afrontar problemas en etapas más maduras (2).

La Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de España, de periodicidad quinquenal, aporta algunos indicadores de trastornos mentales de la población infantil, contribuyendo a valorar la magnitud del problema en nuestro país.

Según los datos de esta encuesta de 2017, en España uno de cada cien niños tenía un problema de salud mental. La prevalencia de trastornos de la conducta en población infantil (incluyendo hiperactividad) fue de 1,8%, y la de trastornos mentales (depresión, ansiedad) de 0,6%, la misma que la de autismo o trastornos del espectro autista. La prevalencia de trastornos de salud mental infantil estudiados fue mayor en varones, excepto la depresión/ansiedad. La mayor diferencia por sexo se declaró en los trastornos de la conducta (incluyendo hiperactividad), 2,8% en niños y 0,7% en niñas (1). Por comunidades autónomas, Andalucía, Castilla y León y Cataluña presentaron los porcentajes más altos, con población infantil en riesgo de mala salud mental por encima del 15 %. La prevalencia global registrada en atención primaria de problemas de salud mental en 2017 fue del 27,4 %, mayor en mujeres (30,2 %) que en hombres (24,4 %) (3).

En general, los padres o cuidadores principales reconocen mejor las dificultades físicas o mentales que tienen impacto directo en el funcionamiento familiar (TDAH, trastorno de conducta, ...) que los problemas emocionales o, en general, aquellos incluidos en la dimensión internalizante como la depresión, la ansiedad, el retraimiento social y los problemas físicos o somáticos. Estos trastornos a menudo son eclipsados por el impacto directo y observable de los externalizantes (4).

La nueva Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para los años 2022-26 incluye una línea estratégica específica para el mejor desarrollo de la salud mental infanto-juvenil, con el objetivo de hacer frente a los problemas de salud mental en esta población, haciendo incidencia en la detección precoz desde atención primaria (5).

La experiencia clínica y diversos estudios coinciden en el aumento de la demanda en las patologías mentales infanto-juveniles, tanto en Atención Primaria, como en Atención Especializada y en los servicios de urgencias (6). En un informe de Save the Children de 2021 se compararon los resultados de encuestas telefónicas a padres con los datos oficiales de la ENSE 2017, revelando un aumento de los trastornos emocionales del 1,1% al 4%, y de los trastornos de conducta y del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) del 2,5% al 7% (7).

La Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (RCSCyL) realizó en 2023 un estudio sobre las causas de derivación de la población infantil desde atención primaria a especializada en el que se observó que la tercera causa más frecuente de derivación fueron los problemas de salud mental (9,6%), después de las derivaciones a Oftalmología (22,9%) y Otorrinolaringología (13,6%).

---

<sup>1</sup> Edad de 0 a 14 años excepto para autismo o trastornos del espectro autista, que fue de 3 a 14 años.

Los profesionales de AP (pediatría, medicina de familia y enfermería) tienen un papel clave para la prevención y detección de trastornos mentales en la etapa infanto-juvenil, y es precisamente en esa etapa en la que se inician, de forma general, el 70% de los trastornos mentales (2).

## JUSTIFICACIÓN

La importancia para la salud pública que revisten los trastornos mentales junto con la necesidad de conocer mejor estos problemas y de abordar de forma precoz aquellos que puedan surgir en la etapa infanto-juvenil ha llevado a la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León a plantear este estudio.

En concreto, se pretende estimar la prevalencia de problemas de salud mental (PSM) en la población infanto-juvenil de Castilla y León que son motivo de consulta en atención primaria. Y más específicamente, se van a estudiar los problemas relacionados con la ansiedad, la depresión y la somatización (procesos internalizantes), que son menos evidentes, con el fin de mejorar los programas de prevención y control en atención primaria.

Por otra parte, los factores de riesgo más estudiados son precisamente los mejor conocidos (como abuso sexual, maltrato, acoso escolar, familias desestructuradas, etc.), pero la mayoría de las investigaciones no suelen incluir factores más sutiles como la carga escolar del niño o la disponibilidad de los padres para el apoyo en las tareas escolares, etc.

Por último, los estudios sobre PSM realizados en población infantil suelen detenerse en los 14-15 años, dejando fuera la población adolescente de mayor edad. Estos aspectos se van a abordar específicamente en este estudio.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Estimar la prevalencia y describir los PSM en la población infantojuvenil de 5 a 17 años atendida en las consultas de atención primaria durante 2024.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar la prevalencia de los PSM en la población infantojuvenil.
2. Describir los PSM que tengan un componente de ansiedad, depresión o somatización.
3. Describir los factores de riesgo asociados a los PSM.
4. Describir la carga asistencial producida por los PSM.

## PARTICIPANTES Y MÉTODOS

### DISEÑO

Se realizará un registro de los pacientes entre 5 y 17 años (se excluye a aquellos con 18 años cumplidos) que acuden a la consulta de pediatría o de medicina de familia por cualquier motivo y en el que se aprecie un PSM.

Todo el proceso de recogida de datos se hará con seguridad y privacidad de datos, con el código CIP que permitirá ligar la información y contar sucesivas consultas, pero sin identificar a los pacientes.

### PERIODO DEL ESTUDIO

El estudio se desarrollará durante 12 meses para cubrir posibles diferencias asociadas al periodo del año, momento del curso escolar, etc., y el registro incluirá información de la consulta y de un cuestionario específico en aquellos que sean incluidos en el estudio. La fecha de inicio del estudio será el 1 de julio de 2024.

### PROCEDIMIENTO

Este estudio se hará conjuntamente por los pediatras centinelas, los médicos/as de atención primaria (MAP) centinelas y los profesionales de enfermería centinelas con los que comparten cupo en la misma Unidad Básica Funcional.

Cuando los pediatras, médicos de familia y enfermeras centinelas compartan cupo se repartirán el trabajo. En caso contrario, ver el documento *Información importante para el desarrollo del estudio de la Red Centinela 'Salud Mental en la población infantil y juvenil de Castilla y León'*.

Se acreditará a todos los participantes, independientemente de su pertenencia formal a la Red Centinela (ver NOTA).

NOTA: Este estudio no se puede realizar sin la participación del pediatra o médico/a de familia, puesto que la captación de pacientes se hace en estas consultas. La enfermera/o centinela cuyo médico no centinela no desee participar colaborará en este estudio en otras tareas que se definirán oportunamente.

Los pediatras y médicos de familia centinelas cuya enfermera no sea centinela le pueden proponer participar puntualmente en este estudio. No obstante, si no desease participar, el propio centinela puede realizar el registro completo.

### FORMULARIO DEL PEDIATRA O MÉDICO/A DE FAMILIA.

Servirá para recoger la información semanal de los casos registrados, anotando el nombre y el CIAS del declarante, la semana (ver calendario epidemiológico en el cuestionario), el tipo de declaración (con casos, sin casos o ausencia de consulta).

**Hoja:** En cada página se puede recoger información de hasta 4 pacientes. Se marca la opción "1". Si se recogen más, y se necesita una segunda hoja se marcaría "2", y así sucesivamente.

**Número de caso:** Es el número de caso para el que se rellena la información. Se cumplimenta con un número correlativo en cada semana comenzando por el "1", "2", "3", etc. Si hay un quinto paciente se rellena una segunda hoja, en la variable **número de caso** se escribe "5" y en la variable **hoja** se marca "2".

El cuestionario consta de dos partes:

**Parte A: información básica** sobre el PSM (nuevo o ya conocido). No será necesario el consentimiento del paciente para este registro. Se registrarán todas las consultas por un PSM aunque sean consultas sucesivas del mismo paciente.

**Tipo de consulta:** Aquí se rellenará si se trata de una “primera consulta por un tema de salud mental”, y en ese caso se saltará a la pregunta “Motivo de consulta actual”, que es un campo de texto. En caso de contestar la segunda opción “Paciente ya diagnosticado o con consultas anteriores por problemas de salud mental” se irá al listado para marcar el o los motivos de consultas anteriores (respuesta múltiple).

Una vez completada esta parte, se deberá evaluar si en el PSM por el que consulta, el paciente manifiesta o en él se aprecia algún signo o síntoma de ansiedad, depresión o somatización

**Sospecha de depresión, ansiedad o somatización:** Si se responde “No”, se terminará el registro en esta pregunta. Se envía semanalmente al Servicio Territorial de la provincia correspondiente.

Si se responde “Sí, y se completa el estudio”, se saltará a la Parte B del formulario y se completan todas las preguntas.

Si se responde “Sí, y no se completa el estudio” se irá a la pregunta **No se completa el estudio por**.

**No se completa el estudio por:** Para los casos en que sí presenta algún componente de depresión, ansiedad o somatización pero no se completa el estudio se recogerá si “no hay consentimiento” o si “no se puede realizar por limitaciones del paciente”. En este último caso, se especificarán las limitaciones en la pregunta “**Limitaciones**”.

**Parte B: información complementaria** cuando se aprecie alguna manifestación clínica de los siguientes componentes:

- Componente de ansiedad (sensación de nerviosismo, agitación o tensión; sensación de peligro inminente, aumento del ritmo cardíaco, respiración acelerada; sudoración; temblores; sensación de debilidad o cansancio).
- Componente depresivo (tristeza, desánimo, pérdida de interés en las actividades cotidianas, cansancio y falta de energía, baja autoestima, problemas para pensar con claridad y tomar decisiones, dificultad para hacer las tareas en tiempo y forma, impaciencia o ira con facilidad, evitación de actividades sociales, sentimientos de culpa, falta de apetito o tendencia a comer en exceso, problemas para dormir, desesperanza).
- Componente de somatización (síntomas gastrointestinales: diarrea, intolerancias alimentarias, dolores abdominales; síntomas respiratorios y cardíacos: mareos, dolores de pecho, taquicardias, sensación de ahogo; síntomas neurológicos: cefaleas, dolores musculares, desvanecimientos, etc).

**Circunstancias del entorno familiar:** se recogerán las que existan, pudiendo ser más de una. La opción “familia monoparental” recoge aquellos niños/as que viven con un solo progenitor, sea cual sea el motivo (separación, viudedad, madre/padre soltera/o, etc).

Puesto que esta parte incluye un estudio detallado del paciente y la cumplimentación del ‘Cuestionario de cualidades y dificultades’ (SDQ), será preceptivo el consentimiento verbal del paciente o padres/tutores legales. Por lo tanto, se excluirán de esta segunda parte a los pacientes que rechacen (o que rechacen a través de sus padres o tutores legales) la participación, y aquellos en los que no se pueda completar el cuestionario del estudio por

diferentes motivos que condicionen o limiten la recogida de información. Se cumplimentará el motivo de la exclusión.

El médico de familia o pediatra explicará el objetivo del estudio complementario. En caso de que no tengan problema en facilitar información se continuará con la parte B del cuestionario (parte del médico) y a continuación con la de la enfermera. Si no se pudiera recoger más información por alguna razón se recogerá el motivo en la Parte A de información básica.

<b>NOMBRE</b>	PEPA PEREZ PEREZ			<b>Semana:</b>	26	<b>Año:</b>	2024	<b>Declara:</b>	<input type="checkbox"/> Sin casos <input checked="" type="checkbox"/> Con casos <input type="checkbox"/> Ausencia	<b>Hoja:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<b>CIAS</b>	1706230202L			<b>Finaliza el domingo:</b>	30/06/2024			<b>Fecha de cumplimentación:</b>	26/06/2024		
<b>Número de CASO</b>	1	2	3								
<b>IDENTIFICACIÓN del paciente</b>											
CIP/CIPA .....	CYL4577094051	CYL4577094051	CYL4577094051								
Fecha de nacimiento .....	05/05/2015	04/06/2020	01/01/2016								
Sexo .....	Mujer	Hombre	Mujer								
<b>PARTE A: INFORMACIÓN BÁSICA</b>											
<b>Fecha de consulta</b> .....	26/06/2024	26/06/2024	26/06/2024								
<b>Tipo de consulta</b> .....	Primera consulta por un tema d	Paciente ya diagnosticado o con	Paciente ya diagnosticado o con								
Si el paciente ya ha sido diagnosticado:											
TDAH / Trastornos del aprendizaje .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
TEA / Retraso del desarrollo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Trastorno de la conducta alimentaria (TCA) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Alteraciones del sueño .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Ansiedad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Depresión .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Comportamiento suicida .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Alteración de conducta .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Adicciones (alcohol u otras drogas, juego...) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Otros .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<b>Motivo de consulta actual</b> .....	ANSIEDAD POR SEPARACION	ENURESIS	Tt. CONDUCTA								
<b>Sospecha de depresión, ansiedad o somatización</b> .....	Si, y se completa el estudio	Si, y no se completa el estudio	No								
No se completa el estudio por .....		No se puede realizar por limitaci	No hay consentimiento								
Limitaciones .....		DISCAPACIDAD									
<b>PARTE B: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA</b>											
<b>Tipo de componente observado</b> .....											
Depresión .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Ansiedad .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Somatización .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<b>Origen de la sospecha inicial del PSM</b> .....											
Entorno escolar/laboral .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

## FORMULARIO DE LA ENFERMERA/O

Se cumplimentará uno por cada paciente que el médico de familia o pediatra haya considerado para el estudio complementario. Es decir, por cada paciente que tenga cumplimentada la parte B del formulario del médico.

Notas aclaratorias a algunas variables:

**País de origen de la familia:** Solo si los dos progenitores o tutores principales son españoles se responderá la opción "España".

**¿Comparten tiempo los padres, madres o tutores con el niño/a?:** en esta pregunta se hace referencia a tiempo dedicado a los niños, por ejemplo en ayudarles en las tareas escolares, jugar con ellos en casa, llevarles al parque o a extraescolares, etc.

**Se queda a comer en el colegio:** Si solo se queda de forma esporádica, se responderá "no".

**Horas que pasa en el colegio:** Aquí se responderá las horas que el niño/a pasa de media por día (de forma aproximada), por ejemplo si unos días pasa 5 horas y otros 6, pondremos 5.5 horas.

**Observaciones:** Es un campo abierto para que el profesional pueda incluir cualquier otra situación que no esté recogida en la encuesta pero que considere relevante.

## CUESTIONARIO SDQ

La enfermera, junto con el paciente o (padres o tutores legales) cumplimentará el formulario de enfermería y el cuestionario SDQ.

El cuestionario SDQ (Anexo III) de Cualidades y Dificultades (The Strengths and Difficulties Questionnaire) es el instrumento de cribado de problemas de salud mental más utilizado en el mundo en población entre 2 y 18 años, empleado también en la Encuesta Nacional de Salud de España (<https://sdqscore.org/>). Se tarda unos 3-5 minutos en completarlo y permite detectar síntomas en la mayoría de las personas con problemas mentales.

Para los adolescentes a partir de 11 años, si se dan las circunstancias de madurez suficiente y disponibilidad, el cuestionario podrá ser cumplimentado por el paciente de forma privada, sin necesidad de entrevista por facultativo o presencia de padres/tutores legales con el objetivo de conseguir la mayor veracidad de los datos (con el consentimiento y visto bueno de los padres/tutores legales, en cualquier caso). Existe una versión específica para estos casos (Anexo IV). Para los niños/as de menor edad será siempre cumplimentado por padres o tutor legal, con ayuda del profesional si es necesario.

Preferiblemente se pasarán los cuestionarios el mismo día de la consulta, para evitar pérdidas. En caso de que no se den las condiciones para recoger la información se citará para otro momento.

**IMPORTANTE:** Este cuestionario asigna puntuaciones dependiendo de las respuestas y por lo tanto no puede dejarse ninguna pregunta sin contestar.

## ENVÍO Y CONTROL DE LA INFORMACIÓN

Los pediatras/médicos de familia enviarán los cuestionarios con periodicidad mensual

El equipo coordinador realizará:

1. Un control de calidad mensual para completar datos faltantes, corregir inconsistencias, etc.
2. Un resumen breve cada 3 meses para dar feedback a los participantes de la Red
3. Un análisis de los datos preliminares a los 6 meses
4. El análisis final a los 12 meses.

## APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

La caracterización de los problemas de salud mental y el análisis de los factores que pueden contribuir a la aparición de los mismos es clave para poner en marcha medidas adecuadas que permitan su prevención e identificación precoz.

El compromiso y el esfuerzo que requiere esta investigación por parte de los profesionales que participan en la Red Centinela redundará en un mejor conocimiento de los trastornos de salud mental de la población infanto-juvenil y del manejo de este importante problema de salud pública en atención primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019.
- (2) Aproximación a la salud mental en España. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS). Abril 2023. Disponible en: [Aportando Valor Salud Mental 2023.pdf](#). Fecha de acceso 3 mayo 2023.
- (3) Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021.
- (4) Legaz Sánchez, EM. (2013). Problemas de salud mental detectados en atención primaria. Estudio epidemiológico en población pediátrica de la Comunidad Valenciana [Tesis de doctorado no publicada]. Universitat Jaume I.
- (5) Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026. 2022  
<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/home.htm>
- (6) Actualización sobre el aumento de trastornos mentales en la adolescencia y estrategias de manejo clínico en Atención Primaria. R López Diago, P Sánchez Mascaraque. Mesa redonda: ¿Qué está pasando con la salud mental y emocional de los adolescentes?. Congreso actualización en pediatría 2023.
- (7) Save the Children. Crecer saludable(mente). [Fecha de acceso 26 abr 2024]. Disponible en [www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe\\_Creer\\_saludablemente\\_DIC\\_2021.pdf](http://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Creer_saludablemente_DIC_2021.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO I. CUESTIONARIO DEL PEDIATRA O MÉDICO/A DE FAMILIA

 <b>Junta de Castilla y León</b> Consejería de Sanidad Dirección General de Salud Pública		<b>SALUD MENTAL EN POBLACIÓN INFANTIL Y JUVENIL</b> <b>RED CENTINELA SANITARIA - PROGRAMA 2024</b>		 <b>RED CENTINELA SANITARIA</b> CASTILLA Y LEÓN	
<b>NOMBRE</b> _____ <b>Semana:</b> _____ <b>Año:</b> _____ <b>Declara:</b> <input type="checkbox"/> Sin casos <b>Hoja:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <b>CIAS</b> _____ <b>Finaliza el domingo:</b> _____ <input type="checkbox"/> Con casos <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <b>Fecha de cumplimentación:</b> _____ <input type="checkbox"/> Ausencia <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6					
<b>Número de CASO</b>					
<b>IDENTIFICACIÓN del paciente</b>					
CIP/CIPA .....					
Fecha de nacimiento .....					
Sexo .....					Hombre/Mujer
<b>PARTE A: INFORMACIÓN BÁSICA</b>					
Fecha de consulta .....					
<b>Tipo de consulta</b> ..... <small><sup>1</sup> consulta por PSM/Diagnosticado o con consultas anteriores por patología mental</small> Si el paciente ya ha sido diagnosticado: TDAH / Trastornos del aprendizaje ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TEA / Retraso del desarrollo ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno de la conducta alimentaria (TCA) ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alteraciones del sueño ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedad ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comportamiento suicida ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alteración de conducta ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adicciones (alcohol u otras drogas, juego...) ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Motivo de consulta actual .....					
<b>Sospecha de depresión, ansiedad o somatización</b> ..... <small>No/Sí, y se completa el estudio/Sí, y no se completa el estudio por</small> No se completa el estudio por ..... <small>No hay consentimiento/No se realiza por limitaciones del paciente</small> Limitaciones .....					
<b>PARTE B: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA</b>					
<b>Tipo de componente observado</b> Depresión ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedad ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Somatización ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<b>Origen de la sospecha inicial del PSM</b> Entorno escolar/laboral ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Entorno familiar ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Profesional sanitario ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<b>Circunstancias del entorno familiar</b> Hijo/a adoptado/a ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hijo/a en acogida ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hijo/a prematuro/a ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Familia monoparental ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Proceso actual de separación/divorcio ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fallecimiento de padre/madre/tutor ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad mental diagnosticada en algún conviviente ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<b>¿Existe sospecha o evidencia de maltrato, negligencia o algún tipo de violencia intrafamiliar (de género, etc.)?</b> ..... <small>No/Sí</small>					
<b>Presencia de problema de salud físico de larga duración</b> ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<b>Actitud terapéutica</b> Apoyo o consejo a padres/madres/tutores/niño/familia ..... <small>No/Sí</small> Tratamiento farmacológico ..... <small>No/Sí</small> Fecha inicio tratamiento farmacológico ..... _____ Derivación por este motivo de consulta ..... <small>No se deriva/Se deriva a equipo de SM infantil/juvenil/Se deriva a otros</small> Fecha de derivación ..... _____					
<b>Observaciones<sup>1</sup></b>					

<sup>1</sup> Campo libre para que el profesional anote otras situaciones no contempladas en la encuesta pero que surjan en la entrevista o conozcan, como separaciones/divorcios complejos, fallecimientos, maltrato, violencia intrafamiliar, abuso de tóxicos, identidad de género distinta del sexo del adolescente etc.

Enviar por correo electrónico al servicio territorial de su provincia (ver página siguiente)

## ANEXO II. CUESTIONARIO DE LA ENFERMERA

CIP:	<input style="width: 100px;" type="text"/>												
Fecha de cumplimentación <input style="width: 150px;" type="text"/>													
<b>DATOS GENERALES</b>													
País de origen de la familia	<input style="width: 150px;" type="text"/> España/Otros												
Fecha de nacimiento del padre	<input style="width: 80px;" type="text"/> Fecha de nacimiento de la madre <input style="width: 80px;" type="text"/>												
Peso del niño/a (en kg)	<input style="width: 80px;" type="text"/> Talla del niño/a (en cm) <input style="width: 80px;" type="text"/>												
Número de hermanos en la familia (incluido el paciente)	<input style="width: 80px;" type="text"/>												
<b>DATOS FAMILIARES</b>													
Nivel de estudios alcanzado por padre/tutor 1	<i>Sin estudios/Primaria o equivalente/Secundaria o equivalente /Universitario</i>												
Nivel de estudios alcanzado por madre/tutor 2	<i>Sin estudios/Primaria o equivalente/Secundaria o equivalente /Universitario</i>												
Situación laboral del padre/tutor 1	<i>Activo/Paro/Otro</i>												
Situación laboral de la madre/tutor 2	<i>Activo/Paro/Otro</i>												
¿Quién es su cuidador principal?	<i>Ambos padres/ Solo uno de ellos (padre)/ Solo uno de ellos (madre)/ Otros familiares (abuelos, tíos)/Otros</i>												
¿Comparten tiempo <sup>1</sup> los padres, madres o tutores con el niño/a?	<i>Sí, casi todos los días/Sí, principalmente el fin de semana/Por lo general, no</i>												
¿Cree usted que el tiempo que comparten con el niño/a es suficiente?	<i>No/Sí</i>												
El niño/a fuera del colegio tiene tiempo para jugar durante la semana	<i>La mayor parte del tiempo no/La mayor parte del tiempo sí</i>												
Con quién suele jugar	<i>Solo/Acompañado de niños/Acompañado de adultos</i>												
<b>DATOS DE AMBIENTE ESCOLAR</b>													
Tipo de colegio	<i>Público/Concertado/Privado</i>												
Se queda a comer en el colegio	<i>No/Sí</i>												
Horas que pasa en el colegio por día	<input style="width: 80px;" type="text"/>												
Tiene dificultades académicas	<i>No/Sí</i>												
Sospecha de acoso escolar	<i>No/Sí</i>												
<b>DATOS DE USO DE TICS</b>													
Tiene móvil propio	<i>No/Sí</i> Edad al primer móvil <input style="width: 80px;" type="text"/>												
Número de horas al día de media conectado a internet con cualquier dispositivo que suele ver TV que suele jugar a videojuegos	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">Entre semana</th> <th style="width: 20%;">Fin de semana</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input style="width: 80px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 80px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 80px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		Entre semana	Fin de semana	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
	Entre semana	Fin de semana											
<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>											
<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>											
<input style="width: 80px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>											
<b>SITUACIÓN PERSONAL (EN MAYORES DE 16 AÑOS)</b>													
Estudia	<i>No/Sí</i>												
Trabaja	<i>No/Sí/Sí, pero lo considero un trabajo precario</i>												
<b>Observaciones</b>													

<sup>1</sup> Para ayudar en las tareas escolares, jugar en casa, ir al parque, llevar a extraescolares, etc  
<sup>2</sup> Campo libre para que el profesional anote otras situaciones no contempladas en la encuesta pero que surjan en la entrevista o conozcan, como separaciones/divorcios complejos, fallecimientos, maltrato, violencia intrafamiliar, abuso de tóxicos, identidad de género distinta del sexo del adolescente etc.

## ANEXO III CUESTIONARIO DE CUALIDADES Y DIFICULTADES (PADRES)

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

Por favor pon una cruz en el cuadro que creas que corresponde a cada una de las preguntas: No es verdad, Es verdad a medias, Verdaderamente sí. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés completamente seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta rara. Por favor, responde a las preguntas según como te han ido las cosas en los últimos seis meses.

Nombre			
	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños/as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Observaciones</b>			

## ANEXO IV CUESTIONARIO DE CUALIDADES Y DIFICULTADES (NIÑOS 11 AÑOS O MÁS)

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

Por favor pon una cruz en el cuadro que creas que corresponde a cada una de las preguntas: No es verdad, Es verdad a medias, Verdaderamente sí. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés completamente seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta rara. Por favor, responde a las preguntas según como te han ido las cosas en los últimos seis meses.

Nombre			
	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"/>
<b>Observaciones</b>			

## ANEXO V. ESQUEMA DEL PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

