

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: “Estado ponderal, hábitos alimentarios y salud mental en la infancia: análisis en población atendida en atención primaria”



Alumna: Amat Fernández, Claudia

Tutor: Quiñonero Méndez, Francisco

Co-Tutora: Carratalá Munuera, Concepción

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2025-2026

Anexo: Justificante de autorización ética COIR

Nombre del tutor/a:	Francisco Quiñonero Mendez
Nombre del estudiante:	Claudia Amat Fernández
Tipo de actividad:	2. Sin implicaciones ético-legales
Título	Estado ponderal, hábitos alimentarios y salud mental en la infancia: análisis en población atendida en Atención Primaria
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional:	260427104040
Código de autorización COIR	TFM.MPA.FQM.CAF.260427
Caducidad	2 años



RESUMEN

La obesidad infantil, los hábitos alimentarios poco saludables y los problemas de salud mental son cada vez más frecuentes en la población pediátrica y suponen un reto relevante en Atención Primaria, dónde constituyen un motivo habitual de consulta. La evidencia indica que el exceso de peso, la baja adherencia a la dieta mediterránea y las dificultades emocionales y conductuales pueden coexistir e influirse mutuamente, lo que hace especialmente relevante su abordaje conjunto en este ámbito.

El objetivo de este estudio será analizar la relación entre el estado ponderal, la adherencia a la dieta mediterránea y la salud mental en niños y niñas de 6 a 12 años atendidos en Atención Primaria.

Se llevará a cabo un estudio observacional de diseño transversal en el Centro de Salud Molina Sur – Jesús Marín (Murcia) entre octubre de 2026 y marzo de 2027. Se incluirán menores que acudan a consulta de enfermería pediátrica y cuyos progenitores otorguen el consentimiento informado. La recogida de datos incluirá variables sociodemográficas, mediciones antropométricas estandarizadas, el cuestionario KIDMED 2.0 para evaluar la calidad de la dieta y el cuestionario SDQ para valorar la salud mental infantil. La variable principal será la puntuación total del SDQ. Se realizará un análisis descriptivo y bivariante, complementado con modelos de regresión ajustados por edad y sexo.

Se espera que este estudio contribuya a una mejor comprensión de la relación entre la alimentación, el estado ponderal y el bienestar emocional en la infancia, aportando información útil para el desarrollo de intervenciones preventivas y estrategias de promoción de la salud en Atención Primaria. Asimismo, sus resultados podrán contribuir a mejorar la detección precoz de perfiles de riesgo y a orientar un abordaje más integral de la población pediátrica.

Palabras clave: Pediatría, Obesidad, Niño, Índice de Masa Corporal, Dieta Mediterránea, Salud Mental, Atención Primaria.

ABSTRACT

Childhood obesity, unhealthy eating habits and mental health problems are increasingly common in the paediatric population and represent a relevant challenge in Primary Health Care, where they are also a frequent reason for consultation. Evidence suggests that excess weight, low adherence to the Mediterranean diet and emotional or behavioural difficulties may coexist and influence each other, making their joint assessment particularly relevant in this setting.

The aim of this study will be to analyse the relationship between weight status, adherence to the Mediterranean diet and mental health in children aged 6 to 12 years attending Primary Health Care.

A cross-sectional observational study will be conducted at Molina Sur – Jesús Marín Health Centre (Murcia) between October 2026 and March 2027. Children attending paediatric nursing consultations whose parents or legal guardians provide informed consent will be included. Data collection will include sociodemographic variables, standardized anthropometric measurements, the KIDMED 2.0 questionnaire to assess dietary quality and the SDQ questionnaire to evaluate child mental health. The main outcome variable will be the SDQ total difficulties score. Descriptive and bivariate analyses will be performed, followed by regression models adjusted for age and sex.

This study is expected to contribute to a better understanding of the relationship between diet, weight status and emotional well-being in childhood, providing useful information for the development of preventive interventions and health promotion strategies in Primary Health Care. In addition, the results may help to improve early identification of at-risk profiles and support a more comprehensive approach to paediatric care.

Keywords: Paediatrics, Obesity, Child, Body Mass Index, Mediterranean Diet, Mental Health, Primary Health Care.

ÍNDICE

1. Pregunta de Investigación	5
2. Pregunta en formato PICO	5
3. Antecedentes y estado actual del tema	5
4. Justificación del estudio	7
5. Hipótesis	8
6. Objetivos	9
7. Materiales y métodos	9
7.1. Diseño de estudio	9
7.2. Población diana y población a estudio	10
7.3. Criterios de inclusión y exclusión	10
7.4. Cálculo del tamaño de la muestra	10
7.5. Método de muestreo	11
7.6. Método de recogida de datos	11
7.7. Variables del estudio	12
7.8. Estrategia de análisis estadístico	14
8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados	14
9. Estrategia de búsqueda bibliográfica	15
10. Limitaciones y posibles sesgos	16
11. Aspectos éticos de la investigación	18
12. Calendario y cronograma previsto	19
13. Personal participante y responsabilidades	20
14. Instalaciones e instrumentación	21
15. Presupuesto	22
16. Bibliografía	24
17. Anexos	26
Anexo 1. Hoja informativa para madres, padres o tutores legales	26
Anexo 2. Consentimiento informado madres, padres o tutores legales	27
Anexo 3. Formulario de recogida de datos	28
Anexo 4. Cuestionario KIDMED 2.0	30
Anexo 5. Cuestionario SDQ, versión para padres 4-17 años	32

1. Pregunta de Investigación

En población infantil de 6 a 12 años atendida en Atención Primaria, ¿existe una asociación entre el estado ponderal, la adherencia a la dieta mediterránea y el estado de salud mental?

2. Pregunta en formato PICO

- **P(Población):** niñas y niños de 6-12 años atendidos en Atención Primaria.
 - **I (Intervención/Exposición):** presencia de obesidad y adherencia a la dieta mediterránea (medida mediante índice KIDMED 2.0).
 - **C (Comparación):** niñas y niños de 6-12 años con normopeso y/o mayor adherencia a la dieta mediterránea.
 - **O (Outcome/Resultado):** Estado de salud mental (evaluado con cuestionario SDQ)
- **Pregunta PICO formulada:** En niñas y niños de 6 a 12 años atendidos en Atención Primaria, ¿se asocian el estado ponderal y la adherencia a la dieta mediterránea con el estado de salud mental evaluado mediante el cuestionario SDQ?

3. Antecedentes y estado actual del tema

La obesidad infantil constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud, su prevalencia ha aumentado notablemente en las últimas décadas, y se asocia no solo a complicaciones físicas, sino también a repercusiones emocionales y sociales desde edades tempranas (1).

En España, la magnitud del problema también es importante. Datos recientes del Ministerio de Sanidad (2) sitúan la prevalencia de exceso de peso infantil alrededor del 40%. El Estudio ALADINO 2023 confirma que más de un tercio de los escolares de 6 a 9 años presenta sobrepeso u obesidad, observándose mayores prevalencias en familias con menor nivel socioeconómico (3).

La evolución de la obesidad infantil refuerza la importancia de intervenir precozmente. Se estima que el 55% de los niños con obesidad la mantendrán en la adolescencia y hasta el 80% en la edad adulta, aumentando el riesgo

de diabetes tipo 2, hipertensión, dislipemia, apnea del sueño y problemas de salud mental (4,5). Sin embargo, no todos los menores siguen la misma trayectoria, lo que apunta a la existencia de factores moduladores, entre ellos los hábitos de vida y el entorno familiar.

En este contexto, la calidad de la dieta desempeña un papel fundamental. La dieta mediterránea ha sido ampliamente reconocida como patrón alimentario saludable, y su adherencia en población infantil puede evaluarse mediante el índice KIDMED 2.0. Estudios recientes han mostrado que una mayor puntuación en este índice se asocia con mejores indicadores de salud general (6). Además, evidencia reciente sugiere que una mayor adherencia a la dieta mediterránea podría relacionarse con un mejor bienestar emocional en niños y adolescentes, aunque esta relación aún está en desarrollo (7).

Por otro lado, la salud mental en la infancia ha adquirido una relevancia creciente en la investigación y en la práctica clínica diaria. El Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ), validado en población española por Ortuño-Sierra et al., ha demostrado ser una herramienta fiable para evaluar dificultades emocionales, conductuales y sociales en población infanto-juvenil (8). En relación con la obesidad, una revisión reciente señala que los menores con exceso de peso presentan con mayor frecuencia problemas emocionales, menor autoestima y peor bienestar psicológico (9). Además, estudios en población escolar europea han encontrado asociaciones entre un mayor IMC z-score y peores puntuaciones en indicadores de salud psicosocial (10).

El IMC z-score constituye el indicador de referencia para valorar el estado ponderal infantil, al comparar peso y talla con estándares internacionales ajustados por edad y sexo. Permitiendo una clasificación en normopeso, sobrepeso u obesidad (11). Asimismo, investigaciones recientes han mostrado que una mayor adherencia a la dieta mediterránea podría asociarse con una evolución más favorable del IMC z-score en población infantil, lo que refuerza su papel como factor protector frente al exceso de peso (12).

4. Justificación del estudio

La importancia de este estudio se fundamenta en la elevada prevalencia de exceso de peso en la población infantil española y en la tendencia de la obesidad a persistir en etapas posteriores, aumentando el riesgo de complicaciones metabólicas y dificultades emocionales (2,5). Esta situación, junto con las desigualdades sociales y el impacto de la alimentación y el bienestar psicológico en el desarrollo del menor, hace necesario analizar de forma conjunta estos factores para mejorar la detección precoz y orientar intervenciones preventivas más eficaces.

La dieta mediterránea se reconoce como un patrón protector, y el índice KIDMED 2.0 permite evaluar de forma fiable su adherencia en población infantil (6). Aunque la evidencia sobre su relación con el bienestar emocional es todavía limitada, estudios recientes comienzan a señalar asociaciones entre una mayor adherencia a este patrón alimentario y mejores indicadores de salud mental en niños y adolescentes (7). Del mismo modo, investigaciones longitudinales han mostrado que una mayor adherencia a la dieta mediterránea podría relacionarse con una evolución más favorable del IMC z-score (12), lo que refuerza su relevancia en la prevención del exceso de peso.

Por otro lado, los problemas emocionales y conductuales en la infancia son cada vez más frecuentes y pueden influir en los hábitos alimentarios y en el estilo de vida (8–10). Sin embargo, en Atención Primaria sigue siendo escasa la evidencia que analice simultáneamente estado ponderal, adherencia a la dieta mediterránea y salud mental en población infantil.

Atención Primaria constituye el entorno idóneo para abordar este problema por su accesibilidad, continuidad asistencial y enfoque biopsicosocial. La utilización conjunta del IMC z-score, el cuestionario KIDMED 2.0 y el SDQ permite una valoración integral del menor y facilita la detección precoz de factores modificables. No obstante, en nuestro contexto local no se dispone de datos que integren estos tres componentes.

Desde la perspectiva de la enfermería pediátrica, la educación para la salud, el acompañamiento familiar y la detección temprana de dificultades tanto físicas como emocionales forman parte esencial de la práctica clínica. La ausencia de estudios que integren estos tres componentes justifica la necesidad de este proyecto, cuyos resultados podrán orientar intervenciones preventivas más eficaces y adaptadas a las necesidades reales de la población atendida en Atención Primaria.

5. Hipótesis

El estudio parte de la evidencia que sugiere que el estado ponderal, la calidad de la dieta y el bienestar emocional pueden estar interrelacionados en la infancia. Analizar estos factores de forma conjunta en Atención Primaria permite identificar perfiles de riesgo y orientar intervenciones preventivas. A partir de esta base, se plantea una hipótesis general y varias hipótesis específicas.

❖ **Hipótesis general:** En niñas y niños de 6 a 12 años atendidos en Atención Primaria, la presencia de obesidad y una baja adherencia a la dieta mediterránea se asocian con un peor estado de salud mental, evaluado mediante el cuestionario SDQ.

❖ **Hipótesis específicas:**

1. Los menores con obesidad presentan puntuaciones más desfavorables en el SDQ en comparación con los niños con normopeso.
2. Una baja adherencia a la dieta mediterránea, medida mediante el índice KIDMED 2.0, se asocia con peores indicadores de salud mental independientemente del estado ponderal.
3. La combinación de exceso de peso y baja adherencia a la dieta mediterránea se asocia con una mayor probabilidad de presentar peor salud mental que la presencia aislada de uno de estos factores.

6. Objetivos

- **Objetivo general:** Analizar la asociación entre el estado ponderal, la adherencia a la dieta mediterránea y el estado de salud mental en niñas y niños de 6 a 12 años atendidos en Atención Primaria.

- **Objetivos específicos:**
 1. Describir la distribución del estado ponderal (IMC z-score) y la adherencia a la dieta mediterránea (índice KIDMED 2.0) en la población infantil de 6 a 12 años atendida en Atención Primaria.
 2. Evaluar la relación entre el estado ponderal y las puntuaciones del cuestionario SDQ, identificando si los menores con obesidad presentan mayor frecuencia de dificultades emocionales o conductuales.
 3. Analizar la asociación entre la adherencia a la dieta mediterránea y el estado de salud mental, explorando si una menor calidad dietética se relaciona con peores puntuaciones en el SDQ.
 4. Explorar el efecto conjunto del exceso de peso y la baja adherencia a la dieta mediterránea sobre las dificultades emocionales y conductuales, identificando perfiles de mayor riesgo.

7. Materiales y métodos

7.1. Diseño de estudio

Se llevará a cabo un estudio **cuantitativo, observacional, descriptivo-analítico y transversal**, cuyo objetivo es analizar la asociación entre el estado ponderal, la adherencia a la dieta mediterránea y el estado de salud mental en niñas y niños de 6 a 12 años atendidos en el Centro de Salud de Molina Sur – Jesús Marín (Murcia). Se trata de un entorno semiurbano, con población infantil heterogénea, lo que permite obtener una muestra representativa de la zona básica de salud.

La recogida de datos se realizará en el propio centro sanitario, durante las consultas con la enfermera pediátrica, entre octubre de 2026 y marzo de 2027, sin intervención terapéutica y con un enfoque estrictamente observacional y no experimental.

7.2. Población diana y población a estudio

- **Población diana:** niñas y niños de 6 a 12 años adscritos al Centro de Salud Molina Sur – Jesús Marín (Murcia).
- **Población a estudio:** menores de 6 a 12 años que acudan a consulta de la enfermera pediátrica durante el período de estudio y cumplan los criterios de inclusión.

7.3. Criterios de inclusión y exclusión

❖ Criterios de inclusión:

- Edad entre 6 y 12 años.
- Estar adscrito al centro de salud.
- Acudir a consulta de la enfermera o del pediatra (con su derivación a la enfermera pediátrica) durante el periodo de recogida de datos.
- Consentimiento informado firmado por madre, padre o tutor legal.

❖ Criterios de exclusión

- Enfermedades crónicas graves que puedan alterar el crecimiento o el estado nutricional (p. ej., trastornos endocrinos, enfermedades metabólicas).
- Trastornos del neurodesarrollo que impidan la cumplimentación fiable de los cuestionarios.
- Rechazo a participar o ausencia de consentimiento informado.
- Datos antropométricos incompletos o imposibilidad de realizar las mediciones estandarizadas.

7.4. Cálculo del tamaño de la muestra

Para estimar el tamaño muestral se empleó la fórmula para el cálculo del tamaño muestral en estudios de prevalencia. Tomando como referencia una prevalencia esperada del 40% de exceso de peso infantil según el Estudio ALADINO (3), un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, se

obtuvo un tamaño mínimo de 369 menores. Este valor se incrementó en un 10% para compensar posibles pérdidas o datos incompletos, resultando en un tamaño muestral estimado de 406 participantes.

Dado que el muestreo será no probabilístico por conveniencia, el tamaño final dependerá del número de niños de 6 a 12 años que acudan a consulta de enfermería durante el periodo de estudio. Si no se alcanza el tamaño previsto, se describirá el tamaño real y se considerará esta limitación en la interpretación de los resultados.

7.5. Método de muestreo

El muestreo será **no probabilístico por conveniencia**, seleccionando a los niños y niñas de 6 a 12 años que acudan a consulta de la enfermera pediátrica del Centro de Salud de Molina Sur – Jesús Marín (Murcia) durante el periodo de estudio y cumplan los criterios de inclusión. La recogida de datos será realizada por las tres enfermeras del centro (dos en turno de mañana y una en turno de tarde), lo que permitirá abarcar diferentes franjas horarias y distintos tipos de consulta (revisiones programadas, vacunaciones, demanda aguda, curas y consultas derivadas desde el pediatra).

7.6. Método de recogida de datos

El proceso de recogida de datos constará de tres componentes:

1. Entrevista breve a la familia: tras la lectura de la hoja informativa (*Anexo 1*) y la firma del consentimiento (*Anexo 2*) se administrará una encuesta *ad hoc* (*Anexo 3*) que recogerá información sociodemográfica y de estilo de vida, incluyendo: edad del menor, sexo, número de hermanos, nivel educativo de los progenitores, actividad física diaria (minutos/día) y tiempo de pantallas (horas/día). La entrevista tendrá una duración aproximada de 5 minutos.

2. Examen físico y mediciones antropométricas

Las mediciones serán realizadas por las enfermeras del centro siguiendo estándares internacionales de antropometría:

- **Peso (kg):** con báscula homologada, sin calzado y con ropa ligera.

- **Talla (cm):** mediante tallímetro de pie, con el menor erguido y descalzo.
- **Circunferencia de cintura (cm):** medida a nivel del punto medio entre la última costilla y la cresta ilíaca.
- **Circunferencia de cadera (cm):** medida en el punto de mayor perímetro glúteo.

A partir de estas mediciones se calculará el **IMC z-score** según los estándares de la OMS, utilizados para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil.

3. Administración de cuestionarios validados

Se utilizarán dos instrumentos estandarizados:

- **KIDMED 2.0** (*Anexo 4*): evalúa la adherencia a la dieta mediterránea.
- **SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire):** evalúa dificultades emocionales y conductuales en población infantil (*Anexo 5*).

Ambos cuestionarios serán cumplimentados por los progenitores o tutores legales durante la consulta, con apoyo de la enfermera si fuera necesario.

7.7. Variables del estudio

Las variables del estudio se agrupan en tres bloques: sociodemográficas, clínicas/antropométricas y de estilo de vida y salud mental. En las Tablas 1-3 se describen su definición operativa, escala de medición, categorías y codificación. Las variables “Actividad física” y “Tiempo de pantallas” se recogerán como variables continuas, pero para algunos análisis se categorizarán según recomendaciones internacionales (13,14).

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variable	Escala	Categorías / Unidades	Codificación
Edad	Cuantitativa continua	Años	Numérica
Sexo	Nominal	Masculino / Femenino	1 / 2
Número de hermanos	Cuantitativa discreta	0, 1, 2, ≥3	Numérica
Nivel educativo de los padres	Ordinal	Sin estudios / Primaria / Secundaria / FP / Universitario	1–5

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Variables clínicas y antropométricas

Variable	Escala	Categorías / Unidades	Codificación
Peso	Continua	Kg	Numérica
Talla	Continua	Cm	Numérica
Circunferencia cintura	Continua	Cm	Numérica
Circunferencia cadera	Continua	Cm	Numérica
IMC-z	Continua / Categórica	Normopeso / Sobrepeso / Obesidad	0/ 1 / 2

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Variables de estilo de vida y escalas

Variable	Escala	Categorías / Unidades	Codificación
Actividad física	Continua	Minutos/día	<60 / ≥60
Tiempo de pantallas	Continua	Horas/día	<2 / ≥2
KIDMED 2.0	Discreta / Categórica	0–12	Baja / Intermedia / Buena
SDQ total	Discreta / Categórica	0–40	Normal / Límite / Anormal

Fuente: Elaboración propia.

7.8. Estrategia de análisis estadístico

El análisis estadístico se realizará con el programa **JAMOV** (versión 2.6.44) e incluirá un componente descriptivo y otro inferencial para explorar las asociaciones entre las variables principales del estudio.

En primer lugar, se llevará a cabo un **análisis descriptivo** de todas las variables. Las variables cuantitativas se presentarán mediante media y desviación estándar cuando sigan una distribución normal, o mediante mediana y rango intercuartílico si no cumplen normalidad. La normalidad de las variables cuantitativas se evaluará mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Las variables cualitativas se describirán mediante frecuencias y porcentajes.

Posteriormente, se realizará un **análisis inferencial** para estudiar la relación entre el estado ponderal, la adherencia a la dieta mediterránea y la salud mental. Para las comparaciones entre variables categóricas (p. ej., categorías de IMC-z, niveles de adherencia KIDMED 2.0 o categorías del SDQ) se empleará la prueba chi-cuadrado, o el test exacto de Fisher cuando las frecuencias esperadas sean bajas. Para comparar variables cuantitativas entre dos grupos se utilizará la t de Student si se cumple normalidad o la U de Mann-Whitney en caso contrario. Cuando existan más de dos grupos, se aplicará ANOVA o Kruskal-Wallis, según proceda.

Asimismo, se explorará la relación entre las puntuaciones continuas de KIDMED 2.0, SDQ e IMC-z mediante correlación de Pearson (si normalidad) o Spearman (si no normalidad).

Dado el diseño observacional y transversal del estudio, los resultados se interpretarán como asociaciones, sin establecer relaciones de causalidad. El nivel de significación estadística se fijará en $p < 0,05$.

8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados

Los resultados de este estudio pueden aportar información relevante para la práctica clínica diaria en Atención Primaria, especialmente en el ámbito de la enfermería pediátrica. Permitirá una valoración más integral del menor combinando aspectos físicos, nutricionales y emocionales.

En primer lugar, identificar asociaciones entre el estado ponderal, calidad de la dieta y salud mental facilitará la detección precoz de menores en situación de riesgo. En la práctica habitual, esto podría traducirse en incorporar sistemáticamente herramientas sencillas como el índice KIDMED 2.0 o el cuestionario SDQ durante las revisiones de salud infantil, especialmente en aquellos niños con exceso de peso.

Además, los resultados del estudio pueden ayudar a identificar perfiles más vulnerables (niños con obesidad y baja adherencia a dieta mediterránea), para realizar intervenciones más específicas y adaptadas. Intervenciones que incluyan educación a la salud enfocada a toda la familia, promoción de hábitos alimentarios saludables y actividad física.

Desde la perspectiva organizativa, disponer de datos propios de nuestro entorno concreto asistencial contribuye a orientar programas de promoción de la salud y prevención ajustados a las características reales de la población atendida. De esta forma se pueden desarrollar estrategias de abordaje multidisciplinar, coordinando enfermería, pediatría y otros recursos comunitarios (salud mental, nutricionistas).

En resumen, los resultados de este estudio contribuirán a reforzar el papel de Atención Primaria como nivel clave en la promoción de la salud infantil, favoreciendo un enfoque biopsicosocial y centrado en el menor y su familia.

9. Estrategia de búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre los meses de enero y marzo de 2025. Para ello se consultaron varias bases de datos de referencia en ciencias de la salud, entre ellas PubMed/MEDLINE, CINAHL, SciELO y Dialnet con el objetivo de localizar estudios recientes relacionados con obesidad infantil, adherencia a la dieta mediterránea y salud mental en población pediátrica.

Se utilizaron descriptores en MeSH y DeCS, combinados mediante los operadores booleanos AND y OR, elaborando diferentes cadenas de búsqueda según la base de datos. Entre los términos empleados se

incluyeron: *child, pediatric obesity, BMI z-score, diet, mental health, primary care*.

Para acotar la búsqueda se aplicaron los siguientes filtros:

- **Idioma:** artículos en español o inglés.
- **Fecha de publicación:** preferentemente de los últimos 10 años, priorizando la evidencia más reciente.
- **Tipo de estudio:** revisiones sistemáticas, estudios observacionales, estudios transversales y documentos oficiales de organismos nacionales e internacionales.

Además, se realizó búsqueda inversa revisando las referencias de los artículos seleccionados para identificar documentos relevantes no recuperados en la búsqueda inicial.

Las fuentes finales incluyen artículos científicos publicados en revistas indexadas, así como informes de instituciones como la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Sanidad y la AESAN, que aportan datos actualizados sobre obesidad infantil, hábitos alimentarios y salud mental. También se revisaron documentos de la American Academy of Pediatrics (AAP).

10. Limitaciones y posibles sesgos

Este estudio, de diseño transversal y basado en la administración de cuestionarios y mediciones antropométricas en consulta, presenta las siguientes limitaciones:

- **Sesgo temporal:** El diseño transversal no permite establecer relaciones de causalidad entre las variables estudiadas, únicamente asociaciones. Para confirmar direccionalidad o causalidad serían necesarios estudios longitudinales o experimentales más consistentes.
- **Limitación del alcance descriptivo:** El estudio proporciona principalmente datos descriptivos (porcentajes, medias y distribuciones), lo que limita la capacidad para realizar inferencias más profundas sobre la

evolución de los hábitos dietéticos, el estado ponderal o la salud mental a lo largo del tiempo.

- **Sesgo de información:** Las variables relacionadas con hábitos de vida, adherencia a la dieta mediterránea (KIDMED 2.0) y salud mental (SDQ) se basan en el autoinforme de los progenitores. Esto puede generar errores de recuerdo, respuestas condicionadas por deseabilidad social o una percepción subjetiva que no siempre refleja el comportamiento real del menor.

- **Sesgo de selección por accesibilidad:** El muestreo por conveniencia incluye únicamente a los menores que acuden a consulta durante el periodo de estudio, lo que puede excluir a niños que no acuden regularmente al centro de salud o que presentan barreras de acceso. Esto limita la representatividad de la muestra respecto a la población infantil adscrita al centro.

- **Sesgo de confusión:** Existen factores no recogidos en el estudio —como calidad del sueño, estrés familiar, nivel socioeconómico detallado, antecedentes de salud mental o dinámica familiar— que podrían influir tanto en los hábitos alimentarios como en el estado emocional del menor, generando confusión residual en las asociaciones observadas.

- **Sesgo de medición interobservador:** Aunque se siguieron procedimientos estandarizados, las mediciones antropométricas fueron realizadas por diferentes enfermeras, lo que puede introducir variabilidad interobservador. Asimismo, la interpretación de algunos ítems del SDQ o del KIDMED 2.0 puede variar entre familias

Para reducir el impacto de los sesgos identificados se podría recomendar: entrenar a personal para realizar mediciones antropométricas estandarizadas, mejorar la representatividad incluyendo a menores que no acuden a consulta, pero adscritos al cupo con la ayuda de la enfermera escolar (aplicando muestreo aleatorio), ajustar los análisis estadísticos por variables potencialmente confusoras (edad, sexo, nivel educativo de los padres, actividad física).

11. Aspectos éticos de la investigación

Este estudio cumplirá con los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki, así como con la legislación española y europea vigente en materia de protección de datos, incluyendo la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 (GDPR) del Parlamento Europeo.

Para garantizar la confidencialidad y el tratamiento seguro de la información, se aplicarán las siguientes medidas:

- **Pseudonimización de los datos:** Cada cuestionario (KIDMED 2.0, SDQ y encuesta sociodemográfica) irá vinculado a un código numérico, sin incluir datos identificativos directos. La base de datos será pseudonimizada, relacionando cada código con un único participante.
- **Protección de la anonimización:** El archivo que vincula códigos con identidades será custodiado exclusivamente por la investigadora principal y no se incorporará a la base de datos analítica.
- **Evaluación ética previa:** El proyecto será sometido a revisión y aprobación por el Comité de Ética de la Investigación del Área VI (Vega Media del Segura) integrado en la red de CEI/CEIm de la Región de Murcia, antes del inicio de la recogida de datos.
- **Consentimiento informado:** Los progenitores o tutores legales firmarán un consentimiento informado (*Anexo 2*) tras recibir una explicación clara sobre los objetivos, procedimientos, riesgos mínimos y beneficios indirectos del estudio. La participación será voluntaria y podrán retirarse en cualquier momento sin repercusiones asistenciales.
- **Riesgos y beneficios:** No se prevén riesgos físicos ni psicológicos derivados de la participación, dado que el estudio se basa en mediciones antropométricas habituales y cuestionarios validados. Los beneficios serán indirectos, relacionados con la mejora del conocimiento sobre salud infantil.
- **Actuación ante hallazgos clínicos relevantes:** Si durante la recogida de datos se detecta algún hallazgo clínico que pueda implicar riesgo para el

menor, se comunicará al pediatra responsable, siguiendo las normas de buena práctica clínica.

- **Principios éticos aplicados:** El estudio se desarrollará bajo los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, garantizando un tratamiento responsable y seguro de la información.

12. Calendario y cronograma previsto

Se estima una duración total de 9 meses para el desarrollo del estudio, con posibilidad de ampliación si surgen dificultades asistenciales o retrasos en la recogida de datos. El proyecto se desarrollará entre septiembre de 2026 y mayo de 2027, distribuyéndose en las siguientes fases:

- **Fase preparatoria (septiembre - octubre 2026)**

Durante esta etapa se elaborará la versión final del protocolo, se diseñarán los formularios de recogida de datos y se realizará la formación interna de las enfermeras participantes. Asimismo, se adaptarán los documentos de consentimiento informado y se preparará la documentación necesaria para su evaluación ética.

- **Aprobación del Comité de Ética (septiembre - octubre 2026)**

El proyecto será presentado al Comité de Ética de la Investigación del Área VI (Vega Media del Segura). Durante este periodo se atenderán posibles requerimientos o modificaciones solicitadas por el comité hasta obtener la aprobación definitiva.

- **Recogida de datos (octubre 2026 - marzo 2027)**

Esta fase incluirá el muestreo por conveniencia, la administración de los cuestionarios KIDMED 2.0 y SDQ, la entrevista sociodemográfica y la realización de las mediciones antropométricas. La recogida se llevará a cabo durante las consultas de enfermería pediátrica en horario de mañana y tarde.

- **Validación y análisis estadístico (abril 2027)**

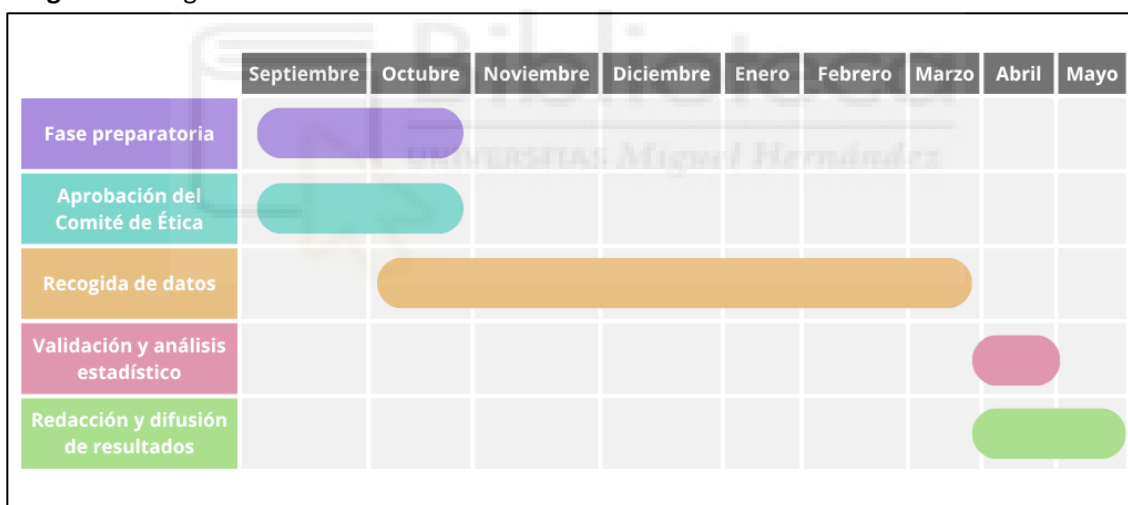
Una vez finalizada la recogida de datos suficiente, se precederá a la depuración de la base de datos, la comprobación de la coherencia interna de los registros y el análisis estadístico descriptivo e inferencial utilizando el programa JAMOVl.

○ **Redacción y difusión de resultados (abril - mayo 2027)**

En esta última fase se elaborará el informe final del trabajo de investigación, se prepararán los anexos y se redactará una posible comunicación científica/artículo de revista para su presentación en jornadas o congresos de Atención Primaria/Enfermería Pediátrica (SEPEAP/AEEP).

Este cronograma contempla un margen razonable para la carga asistencial en Atención Primaria y posibles contingencias durante la recogida de datos, garantizando la viabilidad del estudio dentro del periodo previsto.

Figura 1. Diagrama de Gantt



Fuente: Elaboración propia

13. Personal participante y responsabilidades

El desarrollo del estudio requerirá la participación coordinada de varios profesionales del Centro de Salud Molina Sur – Jesús Marín, cada uno con funciones específicas para garantizar la correcta ejecución del proyecto.

- **Investigadora Principal (Enfermera Pediátrica):** Será la responsable de la planificación global del estudio, la elaboración del protocolo y la supervisión de todas las fases del proyecto. Coordinará la recogida de datos, garantizará

el cumplimiento del protocolo y se encargará de la depuración de la base de datos, la interpretación de los resultados y la redacción del trabajo de investigación.

- **Enfermeras Pediátricas del Centro (3 profesionales):** Participarán activamente en la recogida de datos durante las consultas de enfermería. Realizarán las mediciones antropométricas siguiendo los estándares establecidos, administrarán los cuestionarios KIDMED 2.0 y SDQ a las familias y registrarán la información sociodemográfica. También resolverán dudas de los progenitores y asegurarán la correcta cumplimentación de los formularios.

- **Pediatras del Centro de Salud:** Colaborarán identificando a los menores que cumplen criterios de inclusión y derivándolos a la consulta de enfermería para su participación en el estudio. Además, serán informados de cualquier hallazgo clínico relevante detectado durante la recogida de datos.

- **Estadístico/Analista de Datos (apoyo externo o institucional):** Será el encargado de revisar la base de datos final, asesorar en la selección de pruebas estadísticas y realizar el análisis descriptivo e inferencial con el programa JAMOVİ, en coordinación con la investigadora principal.

- **Personal Administrativo del Centro:** Apoyará en tareas logísticas, como la organización de citas, la gestión de los documentos de consentimiento informado, la preparación de los cuestionarios y la coordinación de los registros necesarios para el estudio.

- **Equipo Directivo del Centro de Salud:** Facilitará los recursos necesarios para el desarrollo del estudio, garantizará la disponibilidad de espacios y apoyará la coordinación interna entre los distintos profesionales implicados.

14. Instalaciones e instrumentación

❖ Instalaciones:

- Centro de Salud Molina Sur – Jesús Marín (Murcia): El estudio se llevará a cabo en las consultas habituales de enfermería pediátrica del centro de

salud, utilizando los recursos e instalaciones ya disponibles, sin necesidad de espacios externos ni alquiler adicional.

- Sala de reuniones del centro: Se empleará para las reuniones periódicas del equipo investigador, la revisión del protocolo y la formación interna de las enfermeras participantes.
- Área administrativa y de archivo: Se utilizará un espacio destinado al almacenamiento seguro de los formularios de recogida de datos, consentimientos informados y documentación asociada al estudio, garantizando la confidencialidad y el acceso restringido.

❖ **Instrumentación:**

- Equipos clínicos del centro: se utilizarán los dispositivos ya disponibles en las consultas de enfermería pediátrica para realizar las mediciones antropométricas siguiendo los estándares establecidos. Se incluyen:
 - Báscula digital homologada.
 - Tallímetro de pie.
 - Cinta métrica flexible no extensible.
- Cuestionarios y material impreso que será facilitado para su cumplimentación durante la consulta:
 - Cuestionario KIDMED 2.0.
 - Cuestionario SDQ.
 - Encuesta sociodemográfica diseñada para el estudio.
- Ordenadores y software del centro: el centro de salud dispone de equipos informáticos para la introducción y gestión de los datos. El análisis estadístico se realizará mediante el programa JAMOVİ, instalado y gestionado de forma interna.

15. Presupuesto

El estudio se desarrollará principalmente con los recursos propios del Centro de Salud Molina Sur – Jesús Marín y del equipo investigador, por lo que los costes directos serán reducidos. Aun así, se prevé una pequeña inversión destinada a material básico, impresión de documentos y posibles gastos asociados a la difusión de los resultados.

Tabla 4. Concepto y coste estimado del estudio

RECURSOS HUMANOS	PRESUPUESTO
Personal sanitario del centro de salud	0€
Investigadora principal del centro de salud	0€
Estadístico (externo)	150€
RECURSOS MATERIALES	PRESUPUESTO
Impresión de cuestionarios y consentimientos	60€
Material de oficina (carpetas, bolígrafos)	50€
Instrumentos de medición del centro de salud	0€
Software estadístico (JAMOVl, gratuito)	0€
DIFUSIÓN DE RESULTADOS	PRESUPUESTO
Publicación en revistas/jornadas locales	180€
IMPREVISTOS Y GASTOS ADICIONALES	
	40€
TOTAL ESTIMADO	480€

Fuente: Elaboración propia

❖ Financiación

Dado el bajo coste del proyecto, se prevé cubrir la mayor parte mediante recursos propios del centro y del equipo investigador. En caso necesario, podrían solicitarse pequeñas ayudas internas del área de salud o apoyo institucional de la universidad para cubrir gastos de impresión o difusión.

16. Bibliografía

1. Obesity and overweight [Internet]. [citado 30 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Ministerio de Sanidad. Prevalencia y características clínicas y asistenciales de la obesidad en la población infantil: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. Series 6. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025.
3. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Estudio ALADINO 2023: Estudio sobre Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España. Madrid: AESAN; 2024.
4. Cebrián Cuenca AM, Escalada J. Prevalencia de obesidad y diabetes en España. Evolución en los últimos 10 años. Aten Primaria. 1 de marzo de 2025;57(3). doi:10.1016/j.aprim.2024.102992
5. Durá Travé T, Gallinas Victoriano F. Evolución natural del exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad). An Pediatría. 1 de noviembre de 2013;79(5):300-6. doi:10.1016/j.anpedi.2013.04.015
6. López-Gajardo MA, Leo FM, Sánchez-Miguel PA, López-Gajardo D, Soulas C, Tapia-Serrano MA. KIDMED 2.0, An update of the KIDMED questionnaire: Evaluation of the psychometric properties in youth. Front Nutr. 8 de noviembre de 2022;9:945721. doi:10.3389/fnut.2022.945721 PubMed PMID: 36424923; PubMed Central PMCID: PMC9679638.
7. Camprodón-Boadas P, Gil-Dominguez A, De la Serna E, Sugranyes G, Lázaro I, Baeza I. Mediterranean Diet and Mental Health in Children and Adolescents: A Systematic Review. Nutr Rev. 1 de febrero de 2025;83(2):e343-55. doi:10.1093/nutrit/nuae053 PubMed PMID: 38758659.
8. Ortuño Sierra J, Fonseca Pedrero E, Inchausti F, Sastre i Riba S. Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil:

- el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ). Papeles Psicólogo. 2016;37(1):14-26.
9. Morales-Suárez-Varela M, López-García E, Peraíta-Costa I, Pérez Puente JM, Llopis-Morales A, Llopis-Gonzalez A, et al. Obesity and Mental Health in Childhood and Adolescence: A Scoping Review of Recent Scientific Evidence. *Children*. 7 de noviembre de 2025;12(11):1512. doi:10.3390/children12111512 PubMed PMID: 41300629; PubMed Central PMCID: PMC12650826.
 10. Vonk L, Eekhout I, Huijts T, Levels M, Jansen M. School Health Promotion, the Body Mass Index z-Score, and Psychosocial Health in Primary Schools of the Netherlands. *Int J Environ Res Public Health*. 15 de agosto de 2024;21(8):1073. doi:10.3390/ijerph21081073 PubMed PMID: 39200682; PubMed Central PMCID: PMC11353774.
 11. World Health Organization. Growth reference 5–19 years: BMI-for-age. Geneva; 2007.
 12. Homs C, Berrueto P, Según G, Torres S, Ribera M, Sauri A, et al. Adherence to the Mediterranean diet and changes in body mass index. *Pediatr Res*. mayo de 2025;97(6):1911-7. doi:10.1038/s41390-024-03595-5 PubMed PMID: 39385014.
 13. World Health Organization. WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2020. 1 p.
 14. American Academy of Pediatrics. Children, Adolescents, and the Media. *Pediatrics*. 1 de noviembre de 2013;132(5):958-61. doi:10.1542/peds.2013-2656
 15. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. julio de 1997;38(5):581-6. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x PubMed PMID: 9255702.

17. Anexos

Anexo 1. Hoja informativa para madres, padres o tutores legales

TÍTULO DEL ESTUDIO: *“Estado ponderal, hábitos alimentarios y salud mental en la infancia: análisis en población atendida en Atención Primaria”.*

INVESTIGADOR PRINCIPAL: D^a Claudia Amat Fernández.

CENTRO: Centro de Salud Molina Sur – Jesús Marín (Murcia)

¿En qué consiste este estudio? Se le invita a que su hijo/a participe en un estudio cuyo objetivo es analizar si existe una relación entre: el estado ponderal (peso y talla), la adherencia a la dieta mediterránea y el estado de salud mental (evaluado mediante el cuestionario SDQ). La población de estudio son niños y niñas de 6 a 12 años atendidos en Atención Primaria.

¿Por qué se realiza esta investigación? La evidencia científica sugiere que la alimentación, el peso corporal y el bienestar emocional pueden estar relacionados en la infancia. Conocer esta asociación en población atendida en Atención Primaria puede ayudar a: identificar perfiles de riesgo, orientar intervenciones preventivas y mejorar la atención pediátrica y de enfermería.

¿Qué tendrá que hacer usted y su hijo/a? La participación consiste en:

1. Entrevista breve a la familia (5 minutos): Se recogerán datos sociodemográficos y hábitos de vida.
2. Medición antropométrica del menor: Realizada por la enfermera pediátrica: peso, talla, circunferencia de cintura y cadera.
3. Cumplimentación de dos cuestionarios validados: KIDMED 2.0 (hábitos alimentarios) y SDQ (salud mental infantil) por los progenitores o tutores legales durante la consulta.

¿Qué beneficios puede obtener? Mayor conocimiento sobre los hábitos alimentarios y el bienestar emocional del menor, además de contribuir a mejorar la atención sanitaria en la infancia.

Este estudio **no implica riesgos físicos ni psicológicos** para su hijo/a.

Confidencialidad: Los datos serán tratados de forma confidencial y anónima, cumpliendo la normativa vigente de protección de datos. A cada participante se le asignará un código numérico, sin información que permita identificarle.

Solo el equipo investigador tendrá acceso a la base de datos codificada.

Participación voluntaria: La participación es totalmente voluntaria. Puede retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de justificarlo y sin que ello afecte a la atención sanitaria de su hijo/a.

Anexo 2. Consentimiento informado madres, padres o tutores legales

DECLARACIÓN DEL/DE LA PARTICIPANTE (MADRE, PADRE O TUTOR LEGAL)

D./D^a _____, con DNI _____, como madre/padre/tutor legal del menor:

Nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

DECLARO QUE:

- He recibido información clara y suficiente sobre el estudio.
- He podido realizar todas las preguntas que he considerado necesarias.
- Comprendo que la participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento.
- Autorizo la recogida de datos antropométricos, sociodemográficos y de hábitos de vida del menor.
- Autorizo la cumplimentación de los cuestionarios KIDMED 2.0 y SDQ.
- Entiendo que los datos serán tratados de forma confidencial y anónima.

- Autorizo el uso de datos exclusivamente con fines de investigación.

Por todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi hijo/a participe en este estudio.

Firma del padre/madre/tutor legal:

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del investigador/a responsable:

Fecha: ____ / ____ / ____

Anexo 3. Formulario de recogida de datos

CÓDIGO DEL PARTICIPANTE: _____ (No incluir datos identificativos.)

1. Variables sociodemográficas

1. Edad (años): _____
2. Sexo: ☐ Niño ☐ Niña
3. Número de hermanos: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥3
4. Nivel educativo de las/los madres/padres/tutores legales:
☐ Sin estudios ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ FP ☐ Universitario

2. Variables clínicas y antropométricas

1. Peso (kg): _____
2. Talla (cm): _____
3. Circunferencia de cintura (cm): _____
4. Circunferencia de cadera (cm): _____
5. IMC-z (OMS): _____
6. Clasificación ponderal: ☐ Normopeso ☐ Sobrepeso ☐ Obesidad

3. Variables de estilo de vida

1. Actividad física (minutos/día): _____

- Cumple ≥ 60 min/día: ☐ Sí ☐ No

2. Tiempo de pantallas (horas/día): _____

- Cumple < 2 h/día: ☐ Sí ☐ No

4. Cuestionario KIDMED 2.0

1. Puntuación total (0–12): _____

2. Clasificación: ☐ Baja (0–3) ☐ Intermedia (4–7) ☐ Buena (8–12)

5. Cuestionario SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)

Puntuaciones por escala:

- Síntomas emocionales: _____
- Problemas de conducta: _____
- Hiperactividad: _____
- Problemas con compañeros: _____
- Conducta prosocial: _____

Total dificultades (0–40): _____

Clasificación: ☐ Normal ☐ Límite ☐ Anormal

Anexo 4. Cuestionario KIDMED 2.0

Imagen 1. Cuestionario KIDMED 2.0

Item	Pregunta	Criterio	P*
1	Como 1-2 raciones de fruta/día.	+1	
2	Como 1 o más raciones de vegetales crudos o cocidos/día.	+1	
3	Como 1 ración en comida y otra en cena de legumbres o carnes (pollo, pavo o conejo u otras carnes magras), pescados y/o huevos.	+1	
4	Más de la mitad de la comida que consumo es de origen vegetal (frutas, verduras, legumbres, frutos secos, patatas y cereales integrales).	+1	
5	Cuando consumo carne magra, pescados y/o huevos son generalmente frescos y mínimamente procesados.	+1	
6	Consumo alimentos precocinados o fast-food como pizzas y hamburguesas una o más veces a la semana.	-1	
7	Como 3 o más raciones de legumbres (lentejas, alubias y garbanzos) a la semana.	+1	
8	En casa generalmente los alimentos se cocinan al horno, a la plancha (en una sartén con poco aceite) o cocidos (no se usa una sartén).	+1	
9	Cuando como cereales (pasta, arroz, cuscús, quinoa) siempre son integrales.	+1	
10	Consumo una ración de frutos secos crudos o tostados sin sal al menos 3 veces a la semana.	+1	
11	En casa se usa aceite de oliva virgen (verde oscuro) en lugar de aceite de girasol (amarillo).	+1	
12	Bebo bebidas refrescantes azucaradas comerciales, zumos comerciales y/o batidos una o más veces a la semana.	-1	
13	Cuando consumo 1 ración de lácteos siempre son naturales (leche, yogur sin azúcar, queso fresco) o mínimamente procesados.	+1	
14	Cuando desayuno como pastas, galletas, zumos comerciales, smoothies o alimentos procesados.	-1	

15	Cuando desayuno consumo alimentos no procesados o mínimamente procesados (fruta, frutos secos, huevos o pan de trigo integral).	+1	
16	Como masas industriales (caramelos, galletas, snacks o chocolate) y dulces (postres crujientes, gominolas, caramelos o mermeladas) varias veces a la semana.	-1	

*P: Puntuación.

Interpretación: Rango puntuación: 0-12.

Puntuación ≥ 8 : Calidad dietética buena.

Puntuación 4-7: Calidad dietética intermedia.

Puntuación ≤ 3 : Calidad dietética baja.

Fuente: López-Gajardo et al. (6)



Anexo 5. Cuestionario SDQ

Imagen 2. Cuestionario SDQ, versión para padres 4-17 años

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)		P 4-17
Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento de su hijo/a durante los últimos seis meses.		
Nombre de su hijo/a	Varón/Mujer	
Fecha de nacimiento.....		
	No es cierto	Un tanto cierto
	Absolutamente cierto	
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	☐	☐
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	☐	☐
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	☐	☐
Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc	☐	☐
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	☐	☐
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	☐	☐
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	☐	☐
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	☐	☐
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	☐	☐
Está continuamente moviéndose y es revoltoso	☐	☐
Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	☐	☐
Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	☐	☐
Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	☐	☐
Por lo general cae bien a los otros niños/as	☐	☐
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	☐	☐
Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	☐	☐
Trata bien a los niños/as más pequeños/as	☐	☐
A menudo miente o engaña	☐	☐
Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella	☐	☐
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños/as)	☐	☐
Piensa las cosas antes de hacerlas	☐	☐
Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	☐	☐
Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	☐	☐
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	☐	☐
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	☐	☐
¿Tiene usted algún comentario o preocupación en particular que quiera plantear?		
Por favor, vuelva usted la página, hay más preguntas		

¿Cree usted que su hijo/a tiene dificultades en alguna de las siguientes áreas:
 emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarse con otras personas?

No	Si- pequeñas dificultades	Si- claras dificultades	Si- severas dificultades
☐	☐	☐	☐

Si ha contestado "Sí", por favor responda a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

• ¿Desde cuándo tiene estas dificultades?

Menos de un mes	1-5 meses	6-12 meses	Más de un año
☐	☐	☐	☐

• ¿Cree usted que estas dificultades preocupan o causan malestar a su hijo/a?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

• ¿Interfieren estas dificultades en la vida diaria de su hijo/a en las siguientes áreas?

	No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
VIDA EN LA CASA	☐	☐	☐	☐
AMISTADES	☐	☐	☐	☐
APRENDIZAJE EN LA ESCUELA	☐	☐	☐	☐
ACTIVIDADES DE OCIO O DE TIEMPO LIBRE?	☐	☐	☐	☐

• ¿Son estas dificultades una carga para usted o su familia?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐

Firma

Fecha

Madre/padre/otros (indique, por favor:)

Muchas gracias por su ayuda

© Robert Goodman, 2005