



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA



**ASOCIACIÓN ENTRE TRASTORNOS AFECTIVOS ANSIOSOS Y TRASTORNO
DEPRESIVO Y DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO FUNCIONAL EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

T E S I S

QUE PRESENTA:

Dr. Jaime Andrés Arch Quirarte

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**ESPECIALISTA EN MEDICINA PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA
ADOLESCENCIA**

TUTORES:

Dra. Diana Molina Valdespino
Dr. Erick Manuel Toro Monjaráz
Dr. Alejandro Gabriel González Garay

INVESTIGADORES ASOCIADOS:

Dra. Karen Ignorosa Arellano

Servicio de Salud Mental, Instituto Nacional de Pediatría.
Servicio de Gastronomía, Instituto Nacional de Pediatría.
Departamento de Metodología de la Investigación

México, Ciudad de México, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



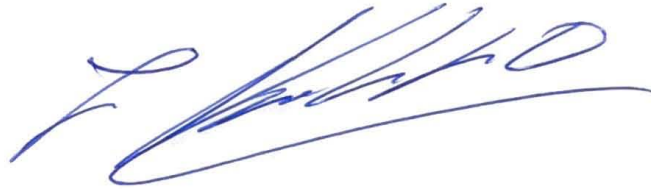
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

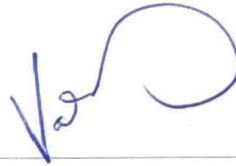
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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


ASOCIACION ENTRE TRASTORNOS AFECTIVOS ANSIOSOS Y TRASTORNO DEPRESIVO Y DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO FUNCIONAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA



DR. LUIS XÓCHIHUA DÍAZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA



DRA. ROSA VALENTINA VEGA RANGEL
ENCARGADA DE DEPARTAMENTO DE PRE Y POSTGRADO
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA



DR. OSCAR SANCHEZ GUÉRRERO
ASCRITO DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE SUBESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA



DRA. DIANA MOLINA VALDESPINO
ADSCRITO DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL
TUTOR TEÓRICO



DR. ERICK MANUEL TORO MONJARÁZ
ADSCRITO DEL SERVICIO DE GASTRONUTRICIÓN PEDIATRICA
TUTOR TEÓRICO

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	2
FISIOPATOLOGÍA.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	8
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	8
HIPÓTESIS.....	9
OBJETIVOS.....	9
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
TIPO DE ESTUDIO:.....	9
POBLACIÓN OBJETIVO:.....	9
POBLACIÓN ELEGIBLE:.....	9
CRITERIOS DE INCLUSIÓN CASOS:.....	10
CRITERIOS DE INCLUSIÓN CONTROLES:.....	10
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	10
DESCRIPCIÓN DE VARIABLES:.....	11
PROCEDIMIENTO.....	13
SCREEN FOR CHILD ANXIETY-RELATED EMOTIONAL DISORDERS (SCARED).....	14
CHILDREN'S DEPRESSION RATING SCALE (CDRS).....	14
CÁLCULO DE LA MUESTRA.....	15
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	15
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	16
RESULTADOS.....	16
RESULTADOS DESCRIPTIVOS.....	16
CONTROLES.....	16
CASOS.....	19
RESULTADOS DE ASOCIACIÓN.....	22
DISCUSIÓN.....	24
CONCLUSIONES.....	26
ANEXOS.....	27
ANEXO 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	27
ANEXO 2. CRITERIOS DE ROMA IV.....	29
ANEXO 3. ESCALA SCARED.....	30
ANEXO 4. ESCALA CDRS-R.....	32
ANEXO 5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O TUTORES.....	36
ANEXO 6. CARTA DE ASENTIMIENTO PARA PACIENTES.....	40
ANEXO 7. AVISO DE PRIVACIDAD.....	43
ANEXO 8. AVISO DE PRIVACIDAD PARA TESTIGOS.....	46
REFERENCIAS.....	48

RESUMEN.

Introducción. El dolor abdominal crónico funcional es un síntoma frecuente en la población pediátrica. La fisiopatología del dolor en estos pacientes hace ver la importancia del eje intestino- cerebro-microbiota, que a través de vías serotoninérgicas y activación del eje hipotálamo hipófisis adrenal con disminución de la regulación inflamatoria con aumento de la permeabilidad intestinal y cerebral; dicho sistema se ha propuesto como mecanismo para los trastornos afectivos.

Planteamiento del problema: En México se reporta una prevalencia del 14%, se desconoce la asociación con los trastornos de ansiedad y/o depresión. Los niños y adolescentes se encuentran expuestos a factores emocionales, que pueden conllevar a trastornos psiquiátricos, mismos que afectan la percepción del dolor, por lo que se requiere un abordaje biopsicosocial.

Justificación: El abordaje de dolor abdominal es costoso para los pacientes e instituciones, La comorbilidad psiquiátrica aumenta el riesgo de disfunción intestinal y disminución de la calidad de vida. Sin embargo, en México se desconoce la asociación entre los trastornos afectivos y el dolor abdominal crónico funcional. Conocer dicha asociación, permitirá un abordaje multidisciplinario, pronto, con intención de disminuir la cronicidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo. Analizar la asociación entre los trastornos depresivos y ansiosos y dolor abdominal crónico funcional en niños y adolescentes atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de casos y controles, donde se incluyeron todos pacientes entre 8 y 18 años con diagnóstico de dolor abdominal crónico funcional del servicio de gastroenterología, quienes fueron evaluados por un psiquiatra infantil y de la adolescencia en el periodo comprendido entre junio 2022 a diciembre 2022 y se compararon con pacientes sin dolor abdominal crónico funcional de los servicios de urgencias, dermatología, ortopedia y consulta externa. Todos los pacientes se les realizó historia clínica psiquiátrica, cuestionario sociodemográfico y las escalas para ansiedad (SCARED) y de depresión (CDRS-R) para la detección y severidad de los trastornos de ansiedad y depresión respectivamente, según la clasificación de los trastornos mentales de acuerdo con la clasificación del DSM-V, previo asentimiento y consentimiento informado del familiar responsable y del paciente.

Análisis. Se obtuvieron frecuencias para variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Se calculará la razón de momios, para determinar la asociación entre los trastornos depresivos y ansiosos con el diagnóstico de dolor abdominal crónico funcional en niños y adolescentes.

Abreviaturas.

CRDS-R Children's Depression Rating Scale, Children's Depression Rating Scale-Revised

SCARED Screen for Child Anxiety- Related Emotional Disorders

DAFC Dolor Abdominal Crónico Funcional

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5

Palabras clave: Eventos estresantes de la vida, ansiedad, depresión, dolor abdominal crónico funcional.

MARCO TEÓRICO

El dolor abdominal crónico constituye una demanda de atención en pediatría, que puede llegar a abarcar del 2 al 4% de las consultas en pediatría¹, hasta un 52% de la consulta en gastroenterología pediátrica². Es un síndrome multidimensional que incluye diversos factores; un componente de procesamiento sensorial, que implica la habilidad para localizar un estímulo en espacio y tiempo y conferirle severidad, uno afectivo que implica la experiencia de displacer ante el dolor y uno cognitivo que permite la asociación e interpretación de la experiencia dolorosa³. Este puede subclasificarse según su origen como dolor abdominal crónico de causa sistémica u orgánica o dolor abdominal crónico funcional.

El dolor abdominal crónico (DAC) no solo es una causa de discomfort en niños y adolescentes, sino que con frecuencia genera disfunción tanto en la vida escolar, como social de los pacientes que lo padecen y tiene un impacto económico familiar ante la necesidad de estudios y la toma de medicamentos⁴.

Actualmente el DAC se define como una molestia abdominal continua o intermitente, de al menos 6 meses de duración, que incluye diversas etiologías, que van desde afecciones orgánicas bien determinadas; viscerales o somatosensoriales, hasta el dolor funcional⁴. Oberlander y Rappaport, describían que el dolor abdominal era la entidad mas frecuente en los escolares y adolescentes, aunque mencionaban que solo en menos del 10% se lograba identificar la causa del dolor abdominal⁵. Es mas frecuente en niñas, con una media de edad de 12 años y en casi la mitad de los casos el dolor queda clasificado como funcional sin encontrarse causa orgánica evidente del mismo⁶.

El dolor abdominal crónico de causa sistémica u orgánica (DACO) se define como aquel del cual se conoce una enfermedad o causa subyacente que pueda explicar el origen del dolor. Distinguir entre funcional (DAFC) y orgánico es difícil y requiere de una evaluación clínica inicial. El DACO clínicamente se asocia a la presencia de otros síntomas sugestivos de causa sistémica como vómito, sangre en heces y/o fiebre, los cuales pueden encontrarse hasta en un 54% de los pacientes con DACO. Además, deben de buscarse otros síntomas como pérdida de peso, ictericia, talla baja, dolor de espalda, hepato-esplenomegalia, masas abdominales, síntomas urinarios, entre otros. Ante la presencia de estos, deben realizarse pruebas diagnósticas complementarias, según la sospecha diagnóstica. Estas pueden ser variadas y deben de ser dirigidas a establecer o rechazar una sospecha diagnóstica como lo son la biometría hemática, PCR, examen general de orina, examen parasitario, radiografía abdominal, ultrasonido abdomino-pélvico o esofagogastroduodenoscopia. Deben de descartarse las posibilidades de enfermedades gastrointestinales, infecciosas, metabólicas, inflamatorias, neurológicas y musculoesqueléticas. Aunque debe destacarse que no todas las pruebas son necesarias para establecer un diagnóstico de dolor abdominal crónico funcional⁷.

Los trastornos digestivos funcionales, son un conjunto de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes, no explicados por anomalías estructurales o bioquímicas, que carecen de marcadores biológicos objetivos y que generan interferencia importante en la calidad de vida del niño y su familia y que solo pueden ser identificados de acuerdo a los síntomas que generan⁴.

El DACF constituye un reto en la práctica de los gastroenterólogos pediatras, fue descrito por primera vez por Apley en 1958, bajo el nombre de dolor abdominal recurrente (DAR), como un dolor localizado en abdomen, de intensidad suficiente como para interrumpir la actividad habitual del niño, con tres o más episodios durante un periodo no inferior a 3 meses comprendidos en el último año, en niños mayores de 4 años. En 1967, Apley establece dos grandes grupos dentro del DAR, el dolor asociado a enfermedades orgánicas y con dolor funcional asociado a trastornos emocionales⁸.

Desde 1999, se utilizan los criterios Roma, incluyeron a los pacientes pediátricos, basándose en 4 trastornos principales; vómitos, dolor abdominal, diarrea funcional y trastornos de la defecación⁴. En 2006 surgen los criterios Roma III, que ya mencionan un modelo psicosocial y se basan en el órgano afectado. A partir de 2016 se integran los criterios Roma IV, que incluyen un modelo biopsicosocial, en el que se contempla la interacción compleja entre factores genéticos, ambientales, mentales y psicosociales, que, aunados a las experiencias tempranas de la vida, determinan la habilidad del SNC y el aparato digestivo para adaptarse a los cambios fisiológicos. Cuando no se logra ésta capacidad homeostática, puede generarse una disfunción del eje intestino-cerebro, que condiciona los síntomas⁴.

Actualmente el dolor abdominal crónico funcional (DACF) se diagnostica clínicamente de acuerdo con los criterios de Roma IV y deben incluir uno o más de los siguientes síntomas: sensación de plenitud postprandial, saciedad rápida, dolor epigástrico o sensación epigástrica urente. Lo anterior sin evidencia de enfermedad estructural que explique los síntomas, incluyendo una exploración por endoscopia del tracto digestivo superior por al menos 6 meses antes del diagnóstico. Los síndromes que comprenden el espectro de los trastornos digestivos funcionales se consideran diagnósticos de exclusión.

La fisiopatología del DACF incluye anomalías en la motilidad gástrica, hipersensibilidad visceral, secreción aumentada de ácidos gástricos, aspectos dietéticos, estilo de vida y factores psicógenos⁹.

Desde los primeros criterios de Roma en 1989, se ha buscado entender la fisiopatología de los síntomas gastrointestinales, que se consideraban no tenían explicación etiológica en ese tiempo. Estos primeros criterios ejercieron interés en la comunidad médica aumentando la investigación en dicho campo. Con el tiempo, se observó la frecuencia del estrés en los pacientes que padecían dolor abdominal, lo que llevó a que en los criterios de Roma III se adicionara el modelo biopsicosocial de las enfermedades, dando así a una nueva forma de entender dichos diagnóstico

y condicionando nuevas investigaciones en búsqueda de alternativas de su etiología¹⁰.

Los cambios de perspectiva en los criterios de Roma III, fundamentaron posibles etiologías psico-sociales, que se respaltaron al encontrarse prevalencias altas en trastornos psiquiátricos y eventos adversos en la infancia temprana¹⁰. Por ejemplo, en 2015, von Gontard et al. En Alemania, encontró una prevalencia un 30.1% en 951 niños de dolor abdominal crónico, con un 10.2% de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con dolor abdominal crónico, comparado con pacientes sin dolor abdominal donde se encontró una frecuencia de 7.7%. Adicionalmente entre un 10.3 y 10.9% presentaron un rango límite para los mismos diagnósticos¹¹.

Ese mismo año, Moayendi et al. En Irán, trabaja con una población de 120 niños, entre 5 y 18 años, dónde encontraba un grupo de 40 pacientes con DAC orgánico, 38 con DAC funcional y 42 controles sin dolor abdominal crónico, donde compararon los resultados de síntomas ansiosos y depresivos entre dichos grupos, encontrándose mayores resultados de ansiedad, el DAC funcional, pero no así los síntomas depresivos, donde los resultados fueron mayores en el DAC orgánico, aunque en ambos casos, los resultados fueron mayores que en los casos controles¹².

Dicha información coincide con otros estudios más recientes realizados con población occidental. Donde en abril 2020 en Boston, Nelson y Cuningam, realizaron un estudio con 89 pacientes de entre 9 y 14 años con dolor abdominal crónico. Se observó una frecuencia de pacientes con ansiedad generalizada (27%), ansiedad social (19.1%) y ansiedad de separación (16.9%). En este mismo estudio además se elaboró acerca de la presencia de estrés postraumático, donde se encontró no sólo una alta frecuencia, presentándose hasta en un 12.4% contra un 0.4% esperado en la población general sin dolor, sino que dicho diagnóstico se asoció al aumento en la gravedad de la ansiedad, así como somatización y mayor catastrofización del dolor.¹³.

En el caso de población latino-americana, algunos estudios se han hecho acerca de la prevalencia de síndrome de intestino irritable como en Salvador, Ecuador, Colombia y Panama, encontrándose prevalencias de entre 3.8 al 5.6%².

La literatura internacional se interesó en buscar como relacionar los trastornos afectivos con el dolor abdominal aunado a otras quejas somáticas, sin existir hasta ahora una relación causa-efecto. Estos trastornos, aunque pueden mejorar, suelen persistir de forma crónica a pesar de la mejoría del dolor¹⁴. Estos resultados, así como otros estudios donde se encuentra mejoría de dolor abdominal ante la intervención con terapias de tipo cognitivo- conductual, sugieren que la patología psiquiátrica y otros factores psicológicos puedan tratarse de factores de riesgo o como posible etiología del dolor¹⁵.

La aparición de dichos estudios, generaron cambios en los criterios de Roma IV en 2016, mismos que se basan más en focos multiculturales, participando expertos de 23 países y se enfatiza la relación de la interacción entre el intestino y nuestro cerebro, agregándose el capítulo “trastornos de dolor gastrointestinal mediado

centralmente” y “Hiperalgnesia inducida por opioides”. Aún así no se ha identificado un patrón de trastornos psiquiátricos que puedan explicar el diagnóstico¹⁶.

Desde hace al menos una década, pocos estudios han asociado un riesgo relativo mayor de trastornos psiquiátricos. En 2011, Países Bajos, en un estudio con 134 niños entre 8 y 18 años, se observó una frecuencia de dolor abdominal sin causa referida del 32% (n=43), de estos se encontró una prevalencia de trastornos de ansiedad en alrededor de 14%, donde figuran principalmente fobias específicas, fobia social, ansiedad de separación y ansiedad generalizada, y de depresión en un 25.6%, asociándose un riesgo de trastornos psiquiátricos en el dolor abdominal crónico (OR= 2.84, p=0.037))¹⁷.

Más recientemente en Australia, en 2020, Ayonrinde et al. Realizó un estudio longitudinal con participación de niños y adolescentes con seguimiento a los 2, 8, 10 y 17 años, con una muestra de 1896, 2108, 2021 y 1281 participantes respectivamente. Obtuvieron prevalencias de dolor abdominal en un 35% (n= 457) a los 17 años, 5.5% a los 10 años, 6.7% a los 8 años y 10.2% a los 2 años. La prevalencia de sentimiento de infelicidad aumentó de 4.4% a los dos años a 32.6%, representando una mayor asociación con dolor en la infancia (OR=2.43, IC 95% 1.39-4.24, p=0.002 a los dos años y OR=1.39, IC 95% 1.23 – 2.65, a los 10 años) y en la adolescencia (OR 2.38, IC 95% 1.66-3.4). A la vez, el diagnóstico de dolor abdominal funcional a los 10 años se asoció a depresión y/o ansiedad a los 17 años (OR= 4.76, CI 95% 1.44-15.72, p=0.01 y OR= 2.83, CI 95% 0.62-13.01, p=0.18, respectivamente). De forma similar la historia de depresión y ansiedad, se asoció a menor calificación general de salud OR 5.54 Y 4.09 respectivamente¹⁸. Los estudios anteriores concluyen entonces que los síntomas ansiosos aumentan en 2 veces más el riesgo de presentar dolor abdominal crónico funcional.

De forma similar, en 2020 en Escandinavia, los trastornos afectivos se presentan en hasta un 84.5% en DAF y posiblemente una consecuencia en un 15.6% en DAO. Que pudiese representar que dichos diagnósticos son factor de riesgo para la etiología del dolor abdominal, pero también proponen que la presencia de estos trastornos conllevan a la interpretación negativa de la vivencia de los síntomas gastrointestinales, condicionando a su vez, la percepción de minusvalía y desesperanza de los pacientes¹⁹ Lo anterior podría tratarse de una relación causal, un círculo vicioso, que podría derivar de la posible relación fisiopatológica entre dichos diagnósticos

FISIOPATOLOGÍA

El Sistema Nervioso Central (SNC) inerva al sistema enteral a través del sistema nervioso autónomo simpático y parasimpático que, ante estímulos emocionales pueden generar alteraciones en la motilidad y en el funcionamiento intestinal. El eje hipotálamo-hipófisis-adrenal participa en la modulación de los fenómenos inflamatorios y ante patología psiquiátrica que afecte el afrontamiento ante estrés. Dicho eje se ve afectado ante la presencia de un estímulo considerado peligroso (psicológico o físico), activando la amígdala y hipocampo, enviando señales al

sistema nervioso autónomo y el eje hipotálamo hipófisis adrenal que envía señales de para control de la reacción a estrés agudo.

La etiopatogenia del DACF se desconoce con precisión, sin embargo, actualmente ha cobrado importancia el papel del sistema nervioso central y el impacto de la activación del eje hipotálamo- hipófisis- adrenal. En ratones knock out, se ha evidenciado un aumento de los niveles cortisol y hormona corticotropa que disminuye ante la colonización de *Bifidobacterium longum*, una cepa conocida por disminuir el comportamiento ansioso en ratones. Se cree, que esto se debe al efecto sobre neurotransmisores GABA y 5-HT a través de estimulación por el nervio vago por metabolitos bacterianos como lo son los ácidos grasos de cadena corta²⁰.

El hipotálamo secreta hormona liberadora de corticotropina, condicionando la liberación de hormona corticotropa por la hipófisis, que finalmente conlleva a la liberación de cortisol por las glándulas suprarrenales con la finalidad de regular los procesos inflamatorios. Sin embargo, ante la permanencia del estresor, la retroalimentación negativa, mediada por receptor de gonadotropina en el hipotálamo perderá eficacia, evitando la desactivación del sistema, lo que condicionaría una permanencia de los procesos inflamatorios, la amígdala y el sistema nervioso autónomo.

La respuesta inflamatoria sistémica que afecta la permeabilidad intestinal a través de la activación de células inflamatorias (mastocitos y macrófagos) y secreción de citoquinas resultan en el daño directo del epitelio intestinal, que aunado a la disregulación autonómica, modifican la motilidad y secreción intestinal a través del nervio vago, lo que establece cambios en el ambiente del lumen intestinal, propiciando el sobrecrecimiento de bacterias patógenas^{21,22}.

Es así como la respuesta prolongada ante estrés se ha asociado con mecanismos inflamatorios que alteran el equilibrio neuroendócrino, con disregulación de distintos neurotransmisores que generan patología psiquiátrica, a la vez que mantienen elevada la actividad del sistema nervioso autónomo, con cambios somáticos crónicos, disminución del umbral doloroso visceral e hiperalgesia a estímulos convencionales, lo que puede generar distrés tanto físico como psicógeno, con la posible consecuencia de la emergencia de dolor abdominal y psicopatología^{21,23}.

Bajo esta teoría, el DACF puede ser una manifestación somática de los padecimientos psiquiátricos, estos síntomas generalmente tienen un inicio temprano en la infancia, debido a que es un periodo especialmente vulnerable. Las emociones no se expresan con un lenguaje hablado, comunicándose a través de actitudes y conductas como es el caso del llanto. Inicialmente ayudan a los infantes a enfrentar problemas cotidianos de forma adecuada, sin embargo, si al crecer, existen dificultades para comunicar los sentimientos y emociones a través de un lenguaje, este mecanismo puede distorsionarse y ocasionará que finalmente se expresen en síntomas físicos^{24,25}.

Aún los síntomas somáticos se consideran diagnósticos de exclusión, pero actualmente, a partir del conocimiento del eje-intestino-cerebro y la participación del sistema nervioso en la regulación inflamatoria, observamos la complejidad del abordaje de éstos pacientes, lo que requiere un manejo interdisciplinario, que confiera peso tanto a los factores psicógenos y orgánicos, a fin de elaborar rutas clínicas más precisas para realizar los estudios necesarios en cada paciente, a fin de descartar de forma razonable cualquier enfermedad pediátrica²⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor abdominal crónico es un síntoma que se reporta con una prevalencia entre 13 a 24% en población infanto-juvenil, llegando a ser un motivo de consulta frecuente en pediatría. De estos niños y adolescentes, el dolor funcional constituye del 30 al 90% de los casos reportado en la literatura, dependiendo si los pacientes son captados en consulta médica general o en unidades de especialidad en gastroenterología. En México se ha encontrado una prevalencia del 14.1%, diagnosticándose como síndrome de intestino irritable entre 4.4 al 6.4%^{2,27}. Sin embargo, se desconoce si en este grupo de edad, las características clínicas psiquiátricas como ansiedad y depresión podrían estar asociadas al dolor abdominal.

El dolor abdominal crónico requiere de un abordaje biopsicosocial a fin de dar un tratamiento integral al paciente. Existen estudios en la literatura que subrayan la importancia del eje intestino-cerebro, lo que ha permitido tener una explicación bioquímica y funcional de la importancia de la microbiota en la regulación serotoninérgica, siendo estos los mecanismos propuestos como probable causa para predisponer a trastornos depresivos y ansiosos, tanto por la disregulación de la neurotransmisión, como por la presencia de dolor abdominal que puede impedir actividades cotidianas e impactar en la calidad de vida del niño.

Por otra parte, los pacientes pediátricos pueden estar expuestos a diversos factores estresores que ocasionan síntomas depresivos o ansiosos, que finalmente pueden evolucionar hasta un trastorno afectivo de no ser tratado a tiempo. A su vez, en algunas ocasiones los trastornos psiquiátricos pueden presentar dolor abdominal funcional como parte de los síntomas somáticos de la problemática emocional, por lo que en muchas ocasiones los pacientes son valorados de forma inicial por los servicios de pediatría o gastronomía pediátrica, dejando al final de un número de estudios y tratamientos el abordaje psiquiátrico.

Pese a conocer la influencia de los factores emocionales en la presencia de dolor abdominal, así como la génesis de patología psiquiátrica, aún se desconoce la asociación entre dichos padecimientos; hasta la fecha, los síntomas somáticos continúan siendo diagnósticos por eliminación, sin ser necesariamente mutuamente excluyentes.

Se han realizado pocos estudios sobre la asociación de los trastornos psiquiátricos y dolor abdominal crónico, por lo que no se ha desarrollado un abordaje multidisciplinario para el abordaje de estos pacientes que incluya la valoración por el servicio de psiquiatría infantil y del adolescente, para evitar realizar estudios innecesarios, pero logrando descartar de forma razonable cualquier enfermedad pediátrica y otorgar un manejo complementario

JUSTIFICACIÓN

El dolor abdominal es una de las causas más frecuentes de atención en consulta externa y urgencias en pediatría. Su abordaje diagnóstico requiere entender su etiología, biología y manejo de las diferentes características del dolor. Esto representa una carga emocional, social, física y económica, con un costo que excede los 2500 euros en Europa y los 6,000 dólares (19.6 billones de dólares anuales) en Estados Unidos²⁸ por paciente en la población pediátrica.

La relación del dolor con los trastornos afectivos a través de las respuestas fisiológicas que se generan, pueden condicionar la presencia de dolor y/o modular el umbral al mismo condicionando mayor malestar. De forma inversa el dolor abdominal crónico podría generar síntomas psiquiátricos depresivos y ansiosos relacionados con el displacer y limitar la calidad de vida de los pacientes.

El conocer la asociación entre el dolor abdominal crónico funcional y los trastornos ansiosos y depresivos en la población pediátrica, ayudará a realizar un abordaje diagnóstico integral, en conjunto con el servicio de nutrición que permita una disminución del umbral al dolor mediado por aspectos psicógenos y un tratamiento oportuno de patología psiquiátrica enmascarada en síntomas físicos en aquellos pacientes con dolor funcional.

Conocer esta asociación, permitiría la elaboración de estrategias interdisciplinarias de intervención adaptadas a las necesidades de nuestra población permitirá un mayor bienestar de los pacientes que padecen dolor abdominal crónico, a fin de evitar procedimientos innecesarios y disminuir la comorbilidad presente en todos los casos. De esta manera habría una mejor respuesta a los tratamientos establecidos, con mayor apego a los tratamientos y mejor calidad de vida de los pacientes, reflejándose en la reducción de consultas a urgencias, hospitalizaciones, procedimientos y requerimiento de estudios de laboratorio y gabinete, reduciendo, por demás, los costos de la atención.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

1° ¿Cuál es la asociación entre el trastorno depresivo y dolor abdominal crónico funcional en niños atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría en el periodo de mayo 2022 a diciembre 2022?

2° ¿Cuál es la asociación entre los trastornos de ansiedad y la presencia de dolor abdominal crónico funcional en niños atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría en el periodo de mayo 2022 a diciembre 2022?

HIPÓTESIS

1° Existirá una asociación positiva mayor a 1 entre el trastorno depresivo con el dolor abdominal funcional en los niños atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría entre junio 2022 a diciembre 2022

2° Existirá una asociación positiva mayor a 1 entre los trastornos de ansiedad con dolor abdominal funcional en niños atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría entre junio 2022 a diciembre 2022

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la asociación entre trastorno depresivo y trastornos de ansiedad con dolor abdominal funcional en niños y adolescentes atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría en el periodo de junio 2022 a diciembre 2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los factores sociodemográficos de los pacientes pediátricos con dolor abdominal crónico funcional.
2. Analizar la frecuencia y características de los trastornos ansiosos en los pacientes pediátricos con dolor abdominal crónico funcional.
3. Analizar la frecuencia y severidad de los trastornos depresivos en los pacientes pediátricos con dolor abdominal crónico funcional

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Casos y Controles. Observacional, trasversal, retrospectivo, ambilectivo, analítico.

POBLACIÓN OBJETIVO:

Pacientes la Ciudad de México entre los 8 y 18 años, que cuenten con el diagnóstico de dolor abdominal crónico funcional y sean atendidos en un hospital de tercer nivel.

POBLACIÓN ELEGIBLE:

Pacientes de 8 a 18 años con diagnóstico de dolor abdominal crónico funcional del Instituto Nacional de Pediatría durante junio 2022 a diciembre 2022.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN CASOS:

1. Pacientes entre 8 a 18 años de edad
2. Cualquier sexo
3. Valorados por el servicio de gastronutrición, con diagnóstico de dolor abdominal crónico funcional que cumplan los criterios de ROMA IV.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN CONTROLES:

1. Pacientes entre 8 a 18 años de edad
2. Cualquier sexo
3. Pacientes sin diagnóstico de dolor abdominal crónico funcional de los servicios de consulta externa, cirugía, ortopedia, alergias y dermatología.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes quienes no puedan llevar a cabo la entrevista (diagnóstico de sordera, previamente diagnosticada por el servicio de audiología)
2. Pacientes con discapacidad intelectual moderada- grave, por evaluación clínica por el investigador o cuenta con dicho diagnóstico previo al estudio.
3. Pacientes con diagnóstico de trastornos psiquiátricos que cursen con síntomas psicóticos o manía (episodio psicótico breve, esquizofrenia o trastorno bipolar).
4. Pacientes con diagnóstico de otras enfermedades gastrointestinales (diarrea crónica, constipación crónica o con algún procedimiento gastrointestinal como diálisis peritoneal o antecedente de cirugía abdominal).
5. Pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica oncológica, inmunológica, neurológica, endocrinológica (leucemia, tumores del sistema nerviosos central, lupus eritematoso sistémico, artritis juvenil, diabetes, entre otras).
6. Pacientes que requieran uso de esteroides o medicamentos que afecten concentraciones hormonales, de cortisol o neurotransmisores (factor de necrosis tumoral o interferón gama, o disregulen la relación TH1 /TH2, como es tratamiento con inmunoglobulina).
7. Pacientes con diagnóstico trastornos del neurodesarrollo previo por neurólogo o personal de salud mental o se realice durante la evaluación clínica realizada por el entrevistador.
8. Pacientes que ya hayan iniciado y mantengan tratamiento farmacológico psiquiátrico o analgésico, o tratamiento psicoterapéutico.

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES:

Variable	Definición conceptual	Categoría	Escala	Medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Cuantitativa Discreta	Acta de nacimiento	Años cumplidos
Sexo	Condición genética y fenotípica que distingue a los individuos en masculino o femenino	Cualitativa Nominal Dicotómica	Exploración física	0=femenino 1=masculino
Peso	Medida de la masa corporal	Cuantitativa Continua	Báscula marca Seca	Kilogramos y gramos
Talla	Distancia que existe entre el vértex y el plano de sustentación	Cuantitativa Discreta	Estadímetro marca Seca	Centímetros
IMC	División del peso entre el cuadrado de la estatura	Cuantitativa Continua	Calculador de IMC (peso Kg ÷ talla en M, al cuadrado)	kG/m ²
Escolaridad	Niveles cursados de acuerdo al sistema educativo formal	Cualitativa Ordinal	Constancia escolar, último grado de estudios	0=no escolarizado 1=Primaria incompleta 2=primaria completa 3=secundaria incompleta 4=Secundaria completa 5=preparatoria
Dolor abdominal crónico funcional	Dolor abdominal crónico del que no se encuentra etiología sistémica como causa del dolor con presencia mayor a 3 meses	Cualitativa Nominal Dicotómica	Evaluación gastronutición, Criterios de Roma IV (anexo 2)	0=ausente 1=presente

Trastorno de ansiedad	Trastorno caracterizado por angustia y preocupaciones excesivas y persistentes que ocasionan disfunción en las actividades cotidianas y que se asocian a síntomas físicos de sobreactivación autonómica.	Cualitativa Nominal Politómica	Escala SCARED (anexo 3)	= ausente 1= trastorno de pánico 2= trastorno de ansiedad generalizada 3= trastorno de ansiedad de separación 4= trastorno de ansiedad social 5= Trastorno escolar
Trastorno Depresivo	Trastorno que implica un estado de ánimo deprimido persistente y/o la pérdida casi completa de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban y que se acompaña de manifestaciones somáticas, alteraciones en el sueño y el apetito y dificultades cognitivas.	Cualitativa Ordinal	Escala CDRS (anexo 4)	0= ausente 1= leve 2= moderada 3= grave
Eventos Adversos durante la infancia	Al menos un evento negativo relacionado a la falta de recursos individuales, familiares o ambientales para enfrentarlos de forma satisfactoria, volviéndolos potencialmente traumático.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Hoja de recaptación de datos sociodemográficos (anexo 1)	0= ausente 1= presente
Antecedente familiares con	Al menos un familiar con enfermedad o afección de al menos 3 meses o	Cualitativa Nominal Dicotómica	Hoja de captación de datos	0= ausente 1= presente

enfermedad crónico	más de duración, y es posible que empeore con el tiempo.		sociodemográficos (anexo 1)	
Antecedentes de padres con enfermedad psiquiátrica	Padres de pacientes quienes cuenten en algún momento con diagnóstico por parte de personal de salud mental de algún(os) trastorno psiquiátrico o haya llevado tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico	Cualitativa Nominal Dicotómica	Hoja de recaptación de datos sociodemográficos (anexo 1)	0= ausente 1= presente
Antecedente de los padres de quejas somáticas	Las quejas somáticas (QS) son percepciones desagradables experimentadas subjetivamente en el cuerpo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Hoja de recaptación de datos sociodemográficos (anexo 1)	0= ausente 1= presente

PROCEDIMIENTO

Se incluyeron pacientes entre 8 y 18 años, valorados por el servicio de gastroalimentación, con diagnóstico de dolor abdominal crónico funcional, los cuales fueron pareados con niños sin dolor abdominal de acuerdo a los criterios de selección por edad y sexo, de servicios de consulta externa (cirugía general, ortopedia, dermatología y pediatría).

Los pacientes fueron canalizados al servicio de salud mental, en el área de psiquiatría infantil, donde un residente de psiquiatría infantil y del adolescente, les invitó a participar en el estudio. Previo consentimiento informado para el menor y consentimiento informado para el cuidador principal, así como formato de confidencialidad de los datos, se realizó en una sola sesión de aproximadamente 50 minutos de duración, una evaluación general, donde se aplicó un cuestionario para la toma de datos sociodemográficos del paciente (anexo 1) y las escalas CDRS-R (anexo 4) para síntomas depresivos y SCARED (anexo 3) para sintoma ansioso. Dichas escalas se realizaron en privado en un consultorio del servicio de Salud Mental. El evaluador realizó los cuestionarios de forma estructurada, donde anotó las respuestas del paciente. Los resultados fueron recolectados y resguardados. Dichos datos fueron registrados en una base de datos, la cual se utilizó para realizar el análisis estadístico a través del programa STATA v15.1.

SCREEN FOR CHILD ANXIETY-RELATED EMOTIONAL DISORDERS (SCARED).

Es un cuestionario tipo likert de 41 items que evalúa la frecuencia de síntomas ansiosos en niños entre 8 y 18 años utilizando una con tres opciones de respuesta (0= nunca o casi nunca, 1= algunas veces, 2= frecuentemente o casi siempre). Se compone en 2 versiones, una para niños (SCAN) y una para padres (SCAP), donde se toma información de 5 subescalas:

Subescala de trastorno de pánico; requiere una suma de los factores; 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34 y 38 mayor a 7. Subescala de trastorno de ansiedad generalizada; Requiere un puntaje mayor a 9 en los siguientes factores; 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35 y 37. Subescala de trastorno de ansiedad de separación; Requiere un puntaje mayor a 5 en los factores 4,8,13,16,20,25,29 y 31. Subescala de trastorno de ansiedad social; requiere de un puntaje mayor a 8 en los factores 3, 10, 26, 32, 39, 40 y 41. Subescala de trastorno por ansiedad de evitación escolar se requiere de un puntaje de 3 para los factores 2, 11, 17 y 36.

La puntuación total con la suma de todas las respuestas, tiene un rango de 0 a 82, con punto de corte de 25, aunque un puntaje mayor a 30 tiene una especificidad mas elevada. El cuestionario tiene unas consistencias internas de alfa de Cronbach entre .74 a .93 para las 5 subescalas. Dicha escala está validada al español, donde se utilizó el método de back- translation. Ambas variantes de las escalas SCAN y SCAP muestran resultados consistentes para la investigación en referencia del DSM-5²⁹. La escala de Ansiedad (SCARED) para Niños y Adolescentes validada para población mexicana arroja los mismos factores para los adolescentes, que la versión norteamericana. La consistencia interna general de los 41 reactivos en la versión de adolescentes con un valor alfa de 0.90³⁰⁻³².

CHILDREN'S DEPRESSION RATING SCALE (CDRS).

Es una escala de 17 items basada en la escala de depresión de Hamilton que se realiza a través de una entrevista semi- estructurada con el niño y sus cuidadores (padres o tutores) para medir 17 síntomas de depresión en niños y adolescentes. Cuenta con un puntaje total de 17 a 113, 14 items donde se valoran rendimiento escolar, anhedonia, rendimiento social, alteraciones del sueño, cambios en el apetito, fatiga, quejas somáticas, irritabilidad, culpabilidad, autoestima, sentimientos depresivos, ideación suicida, ideación morbida, llanto exacerbo, afecto depresivo, tempo de habla e hipoactividad. Cuenta con una puntuación 1 – 7, donde una respuesta de 3 o menos sugiere sintomatología leve, 4 – 5 moderada y 6- 7 grave y 3 items con puntuación de 1 a 5. Los primeros 14 items se contestan acompañados de los cuidadores, mientras que los últimos items se califican por el observador³³. El punto de corte para depresión mayor es de 40 o más, por arriba de 35 a 40 como depresión moderada y leve de 28 a 35 puntos. Cuenta con una consistencia interna con alfa de Chronbach de 0.85 y una validación de 0.92 en niños y adolescentes³⁴. Su uso ha sido validado en su traducción al español³⁵, utilizándose en población

mexicana³³ y específicamente en el Instituto Nacional de Pediatría desde el año 2006 en todos los estudios multicéntricos de la industria

A los pacientes se les otorgará una cita para otorgar los resultados de la evaluación psiquiátrica al paciente y su padres o tutores, donde se proporcionarán sugerencias de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico de acuerdo al caso individual y a la comorbilidad psiquiátrica encontrada.

CÁLCULO DE LA MUESTRA

En 2020, inegi reportó una población de 9, 209,944 personas. Mexico 126, 014, 024 personas. Menores de 15 a 19 años, reporta hombres 3.6%, mujeres 3.5% (total 653,906). Entre 10 y 14 años, reporta hombres 3.4%, mujeres 3.3% (total 617,066.2). Entre 5 y 9 años, reporta hombres 3.1%, mujeres 3.0% (total 561,804). Se obtiene una población total de 1, 178, 936 entre 5 y 19 años. El dolor abdominal crónico funcional en México se reporta con una prevalencia de 14%, obteniéndose un resultado 165, 051.13.

$$n = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)} \quad n = 384$$

n= tamaño de la muestra

N= Población entre 5-19 años con dolor abdominal según la prevalencia en México del 14% (165, 051)

e= margen de error (5%)

z= puntuación z (1.96) Nivel de confianza deseado del 95%.

Debido a la alta cantidad de pacientes necesarios para una muestra representativa, se analizarón de forma consecutiva no probabilística a todos los participantes referidos por el servicio de gastrnutrición del Instituto Nacional de Pediatría que cumplan con los criterios de inclusión del presente proyecto y que aceptaron participar en el estudio en el periodo de julio 2022 a diciembre 2022, por lo que se intentó reclutar a la mayoría de los individuos para alcanzar una distribución normal

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis univariado por medio de pruebas de tendencia central para conocer las características de la muestra estudiada, y así establecer el tipo de distribución de cada variable; tratándose de variables cuantitativas (edad, peso, talla, IMC) se realizó el cálculo de la media y desviación estándar o mediana con mínimos y máximos dependiendo del tipo de distribución; mientras que para las variables cualitativas (sexo, antecedentes familiares, presencia de trastorno depresivo o ansioso) se obtuvieron sus frecuencias y proporciones. Dichos

resultados son presentados en cuadros de resumen y expresados de forma gráfica mediante cajas y bigotes o barras según el tipo de variable.

Se compararon las variables cuantitativas de los casos con los controles mediante la prueba T de Student si se cuenta con distribución normal, cuando no fue este el caso se contrastaron los grupos mediante la prueba U de Mann Whitney, utilizando un valor de significancia de 0.05.

En cuanto a las variables cualitativas, los grupos fueron comparados mediante una prueba de chi cuadrada para identificar diferencias entre ellos.

Finalmente se calculó la razón de momios con intervalo de confianza al 95% y valor de significancia de 0.05 para identificar la asociación de trastorno depresivo y ansioso con la presencia o no de dolor abdominal crónico funcional.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se siguieron los principios operativos de la Declaración de Helsinki en que se menciona que la investigación se debe basar en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11), una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios (Artículos 16 y 17), una probabilidad razonable que la población estudiada obtenga un beneficio (Artículo 19) y que sea conducida y manejada por investigadores expertos (Artículo 15) usando protocolos aprobados y sujetos a una revisión ética independiente. , las buenas prácticas clínicas y el reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

Se consideró que es un estudio de riesgo mínimo ya que solo se realizó una evaluación por entrevista por lo que no se consideró que el estudio generara riesgos para la vida o la función de los pacientes, la evaluación será gratuita y los resultados de la evaluación se le harán saber tanto al familiar como al paciente. Tanto a los pacientes como al familiar responsable se les explicó el consentimiento informado los objetivos del estudio y se aclararon las dudas pertinentes y se especificó que, si no deseaban participar, ello no cambiaría la atención que reciben en la institución y que todos los datos obtenidos en el presente estudio fueron confidenciales y resguardados por el investigador en computadora personal.

RESULTADOS

RESULTADOS DESCRIPTIVOS

CONTROLES

Se obtuvieron 20 controles, 10 (50%) mujeres y 10 (50%) hombres. 15 de ellos (75%) radican en Ciudad de México, y los 5 (15%) restantes en Estado de México. La media de edad fue de 11.8 años \pm 3.05, con un mínimo de 8 y un máximo de 17. El peso promedio de este grupo fue de 48.46 kg \pm 15.74, el mínimo de 23 y el

máximo de 74. La talla promedio fue de 1.47 ± 0.16 , con un mínimo de 1.20 y un máximo de 1.70. En cuanto al IMC, el promedio fue de 22.18 ± 6.36 , con mínimo de 14 y un máximo de 40 (Tabla 1).

De los padres se encontró una edad promedio de 40.12 ± 9.31 con un mínimo de 23 y un máximo de 59 y un nivel de escolaridad de primaria en 2 (10%) casos, de

Tabla 1.

Datos Sociodemográficos de los participantes			
Variables	Dx. dolor abdominal crónico funcional Frec. (%) n=37	No dolor abdominal crónico funcional Frec. (%) = 20	P < .005
Sexo			
Masculino	15 (40.5%)	10 (50%)	0.47
Femenino	22 (59.5%)	10 (50%)	0.47
Originario			
CdMx.	25 (67.6%)	15 (75%)	0.76
Edo. México	10 (27.0%)	5 (15%)	1.00
Otros	2 (5.4%)	0	0.53
Variables	Dx. dolor abdominal crónico funcional Media (DE) n=37	No dolor abdominal crónico funcional Media (DE) n=20	P < .005
Edad (años)	12.78 (2.7 4)	11.8 (3.05)	0.23
Peso (Kg)	48.56 (15.31)	48.46 (15.74)	0.67
Talla (mts)	1.51 (0.13)	1.47 (0.16)	0.30
IMC (kg/m ²)	21.21 (4.23)	22.18 (6.36)	0.96

secundaria en 9 (45%) casos, preparatoria en 5 (25%) casos y licenciatura en 1 (5%) caso. De las madres se obtuvo una edad promedio de 36.63 ± 9.14 , con un mínimo de 23 y un máximo de 52 y un nivel escolar de primaria en 1 (5%) caso, de secundaria en 9 (45%) casos, preparatoria en 5 (25%) casos y de licenciatura en 3 (15%) caso. En un (5%) caso la madre era analfabeta.

En cuanto al tipo de familia en 9 (45%) casos se encontró familia de tipo nuclear, en 7 (35%) casos familia extensa, en 2 (10%) casos familia reconstruida, en 1 (5%) caso familia monoparental con hijo único (madre soltera) y, finalmente, se encontró 1 (5%) caso en el que el niño habitaba con un tutor. En 5 casos los padres de los pacientes se habían separado, con una edad promedio de $2.4 \text{ años} \pm 1.94$ con un mínimo de 1 y máximo de 5. En 16 (80%) casos no se encontraron antecedentes de abortos en la familia, y en los 3 (15%) casos restantes sí había dicho antecedente, en un caso no se contó con esta información. En 10 (50%) casos el embarazo no fue planeado y en 7 (35%) casos sí se había planeado. 7 (35%) de los casos fueron producto del primer embarazo, 5 (25%) fueron producto del segundo embarazo, 7 (35%) del tercer y 1 (5%) producto del cuarto embarazo. 9 (45%) fueron el primer hijo, 3 (15%) fueron el segundo hijo y 8 (40%) fueron el tercer hijo (Tabla 2).

5 (25%) de los individuos presentaban historial de alguna enfermedad asociada y 2 (10%) requerían atención médica frecuente. En 8 (40%) se encontraron antecedentes psiquiátricos o psicológicos en la familia, en 4 (20%) había

antecedentes psiquiátricos en la madre y en 3 (15%) había antecedentes psiquiátricos en el padre. La media de eventos adversos en la infancia en este grupo fue de 2.5 ± 1.67 , con un mínimo de 0 y un máximo de 6 (Tabla 3).

Tabla 2.

Características Familiares de los participantes			
Variables	Dx. dolor abdominal crónico funcional Frec. (%) n=37	No dolor abdominal crónico funcional Frec. (%) = 20	P < .005
Edad padre (años)	43.0 (8.3)	40.12 (9.31)	0.28
Edad madre (años)	41.59 (8.68)	36.63 (9.14)	0.02*
Variables	Dx. dolor abdominal crónico funcional Frec. (%) n=37	No dolor abdominal crónico funcional Frec. (%) = 20	P < .005
Escolaridad padre			
Primaria	3 (8.1%)	2 (10%)	1.00
Secundaria	15 (40.5%)	9 (45%)	0.76
Preparatoria	12 (32.4%)	5 (25%)	1.00
Licenciatura	4 (10.8%)	1 (5%)	1.00
Escolaridad Madre			
Sin estudios	0	1 (5%)	0.34
Primaria	2 (5.4%)	1 (5%)	1.00
Secundaria	16 (43.2%)	9 (45%)	1.00
Preparatoria	7 (18.9%)	5 (25%)	0.73
Licenciatura	11 (29.7%)	3 (15%)	0.33
Diagnostico Asociado	16 (43.2%)	5 (25%)	0.17
Tipo familia			
Nuclear	13 (35.1%)	9 (45%)	0.46
Monoparental (madre), hijo único	1 (2.7%)	1 (5%)	1.00
Monoparental (madre), hermanos	7 (18.9%)	0	0.045*
Reconstruida	6 (16.2%)	2 (10%)	0.69
Extensa	9 (24.3%)	7 (35%)	0.53
Con tutor	1	1 (5%)	1.00
Número gesta			
1°	12 (32.4%)	7 (35%)	0.77
2°	14 (37.8%)	5 (25%)	0.55
3°	8 (21.6%)	7 (35%)	0.74
4°	2 (5.4%)	1 (5%)	1.00
5°	1 (2.7%)	0	1.00

En cuanto a la escala SCARED, la media en este grupo fue de 24.35 ± 14.32 , con un mínimo de 5 y un máximo de 57. Se encontraron 6 (30%) casos que cumplían con puntuación para trastorno de pánico, 4 (20%) para ansiedad generalizada, 10 (50%) para ansiedad por separación, 4 (20%) para ansiedad social y 4 (20%) para evitación escolar (Tabla 5).

En el caso de la escala CDRS para depresión, el puntaje medio fue de 27.25 ± 11.73 , con una puntuación mínima de 17 y una máxima de 62. Para la gravedad de los síntomas depresivos 13 (65%) individuos no puntuaron para sintomatología

depresiva, 3 (15%) puntuaron para depresión leve, y 2 (10%) puntuaron para depresión moderada y grave, respectivamente (Tabla 6).

Tabla 3.

Antecedentes de importancia de los participantes			
Variables	Dx. dolor abdominal crónico funcional Frec. (%) n=37	No dolor abdominal crónico funcional Frec. (%) = 20	P < .005
Embarazo no planeado	10 (27.0%)	10 (50%)	0.88
Separación de los padres	18 (48.6%)	5 (25%)	0.07
Enfermedad crónica padres	20 (54.1%)	6 (30%)	0.07
Familiar que requirió asistencia en el último año	12 (32.4%)	2 (10%)	0.37
Antecedente de muerte familiar en el último año	7 (18.9%)	1 (5%)	p= 0.01*
Quejas somáticas padres	29 (78.4%)	14 (70%)	0.22
Atención psicológica/psiquiátrica	21 (56.8%)	8 (40%)	0.22
Dx. Psiquiátrico madre	9 (24.3%)	4 (20%)	1.00
Dx. Psiquiátrico padre	9 (24%)	3 (15%)	0.51
Diagnostico Asociado	16 (43.2%)	5 (25%)	0.17
Asistencia médica frecuente	17 (45.9%)	2(10%)	0.00*
Variables	Dx. dolor abdominal crónico funcional Media (DE) n=37	No dolor abdominal crónico funcional Media (DE) n=20	P < .005
Edad separación de los padres (años)	1.67 (2.7)	2.4 (1.94)	0.24
Tiempo de lactancia (meses)	5.67 (6.9)	9.13 (7.64)	0.06
Número eventos adversos infancia	4.17 (2.1)	2.5 (1.67)	0.00*

CASOS

Se obtuvo una muestra de 37 pacientes con DACF, de los cuales 22 (59.5%) fueron mujeres y 15 (40.5%) hombres. 25 (67.6%) provenientes de la Ciudad de México, 10 (27.0%) del Estado de México y 2 (5.4%) del resto de la república. La edad media del grupo es de 12.78 años \pm 2.7, con un mínimo de 8 años y un máximo de 17. El peso medio fué de 48.56 Kg \pm 15.31, talla de 1.51 m \pm 0.13 m y IMC de 21.21 \pm 4.23 (Tabla 1).

El promedio de edad de las madres de 41.59 años \pm 8.68, con un mínimo de 27 y máximo de 59 años. Los padres tuvieron una edad promedio de 43.0 años \pm 8.3, con un mínimo de 26 y máximo de 59 años. Respecto a la escolaridad de ambos padres, cuentan con estudios de secundaria en 15 (40.5%) y 16 (43.2%) de padres y madres respectivamente, de primaria 3 (8.1%) de padres y madres, preparatoria

12 (32.4%) de padres y 7 (18.9%) de madres, 4 (10.8%) de los padres y 11 (29.7%) de las madres estudiaron una licenciatura (Tabla 2).

Tabla 4.

Características del dolor abdominal	
Variables	Dx. dolor abdominal crónico funcional Media (DE) n=37
Edad inició dolor abdominal (años)	7.97 (3.98)
Variables	Características del Dolor Abdominal Frec. (%) n=37
Síntomas gástricos	31 (83.8%)
Otros sitios dolorosos	23 (62.2%)
Cefalea	18 (48.6%)
Muscular	4 (10.8%)
Otros	2 (5.4%)
Evitación situaciones que generan dolor	15 (40.5%)
Interrumpe actividades	32 (86.5%)
Ausentismo	25 (67.6%)
Atención Médica	33 (89.2%)
Urgencias	27 (73.0%)
Hospitalización	13 (35.1%)

13 (35.1%) viven con su familia nuclear, 9 (24.3%) con su familia extensa, 7 (18.9%) viven en una familia monoparental (madre) con sus hermanos, 6 (16.2%) con familia reconstruida, solo 1 (2.7%) paciente vive en familia monoparental (madre) como hijo único, al igual que 1 (2.7%) paciente vive con tutor (tía). En el último año, 7 (18.9%) de los pacientes vivían con un familiar que requería asistencia y en 12 (32.4%) había fallecido un familiar.

En 18 (48.6%) de los casos, los padres no viven juntos, con separación de estos a una edad promedio de 1.67 años \pm 2.7 del hijo. En 10 (27.0%) de los embarazos no fueron planeados y en 10 (27.0%) había antecedente de al menos un aborto previo. 12 (32.4%) fueron producto del 1° embarazo, 14 (37.8%) del 2°, 8 (21.6%) del 3°, 2 (5.4%) del 4° y 1 (2.7%) del 5°. Mientras que 17 (45.9%) ocupa el lugar del 1° hijo, 15 (40.5%) la del 2°, 4 (10.8%) la del 3° y 1 (2.7%) del 4° hijo. Se obtuvo una media de 5.67 meses \pm 6.9 de lactancia materna exclusiva. Al estratificarlos, 15 (41.7%) recibieron lactancia materna por \geq 6 meses, 14 (38.9%) recibieron lactancia de \leq 2 meses, y 7 (19.5%) entre 3 y 5 meses.

En 16 (43.2%) presentaron un diagnóstico asociado y 17 (45.9%) tenían antecedente atención médica frecuente. En 21 (56.8%) existe el antecedente de atención psicológica o psiquiátrica por alguno de los padres, donde 9 (24.3%) de las madres y 9 (24%) de los padres tenían algún diagnóstico psiquiátrico. 37 (100%) cuenta con antecedente de presentar al menos 1 evento adverso durante la infancia (EAI), con una media de 4.17 EIV \pm 2.1 (Tabla 3).

Tabla 5.

Resultados para trastornos de ansiedad			
Variables	Dx. dolor abdominal crónico funcional Media (DE) n=37	No dolor abdominal crónico funcional Media (DE) n=20	P < .005
SCRED total	36.32 (13.7)	24.35 (14.32)	0.00*
Variables	Subescalas SCARED en DACF. Frec. (%) n=37	Subescalas SCARED sin DACF. Frec. (%), n=20	P < .005
Pánico			
si	23 (62.2%)	6 (30%)	0.02*
no	14 (37.8%)	14 (70%)	
Ansiedad Generalizada			
si	25 (67.6%)	4 (20%)	0.001*
no	12 (32.4%)	16 (80%)	
Fobia Social			
si	17 (45.9%)	4 (20%)	0.05*
no	20 (54.1%)	16 (80%)	
Ansiedad de Separación			
si	24 (64.9%)	10 (50%)	0.27
no	13 (35.1%)	10 (50%)	
Evitación Escolar			
Si	15 (40.5%)	4 (20%)	0.11
No	22 (59.5%)	16 (80%)	
Total >30puntos			
si	27 (73%)	6 (30%)	0.002*
no	10 (27%)	14 (70%)	

De las características de dolor se obtuvo que en 31 (83.8%) de los pacientes éste se acompañó de otro tipo de síntoma gástrico, en 23 (62.2%) el dolor abdominal se acompañó de dolor en otros sitios. La cefalea estuvo presente en 18 (48.6%) de los casos, neuromuscular en 4 (10.8%) y otros sitios en 2 (5.4%) casos. En 15 (40.5%) de los casos el dolor condicionaba evitación de alimentos, en 32 (86.5%) el dolor evitaba que pudieran realizar sus actividades diarias, 25 (67.6%) presentaron ausentismo escolar, 33 (89.2%) requirió de algún tipo de asistencia médica por el dolor, 27 (73.0%) acudieron al menos una vez a un servicio de urgencias pediátricas y 13 (35.1%) requirieron ser hospitalizados al menos en 1 ocasión (Tabla 4).

En la escala SCARED se obtuvo una puntuación media del total de 36.32 \pm 13.7, con una mínima de 13 y máxima de 17. 23 (62.2%) pacientes puntuaron para trastorno de pánico, 25 (67.6%) para trastorno de ansiedad generalizada (TAG), 24 (64.9%) de trastorno por ansiedad de separación (TAS), 17 (45.9%) para fobia social y 15 (40.5%) para trastorno de evitación escolar (Tabla 5).

Para trastorno depresivo, se realizó la escala CDRS, en la cual se obtuvo una media del total de 42.86 \pm 17.58. 18 (48.6%) pacientes puntuaron para un episodio depresivo grave, 6 (16.2%) para un episodio depresivo moderado, 3 (8.1%) para un episodio depresivo leve y 10 (27.0%) obtuvieron una puntuación menor a 28, por lo que no presentan un trastorno depresivo (Tabla 6).

Tabla 6.

Resultados para trastorno depresivo			
Variables	Dx. dolor abdominal crónico funcional Media (DE) n=37	No dolor abdominal crónico funcional Media (DE) n=20	P < .005
CDRS-r total	42.86 (17.58)	27.25 (11.73)	0.00*
Variables	CDRS r Gravedad con DACF. Frec. (%), n=37	CDRS r Gravedad sin DACF Frec. (%), n=20	P < .005
Sin episodio	10 (27.0%)	13 (65%)	0.01*
Leve	3 (8.1%)	3 (15%)	0.65
Moderado	6 (16.2%)	2 (10%)	0.69
Severo	18 (48.6%)	2 (10%)	0.004*

RESULTADOS DE ASOCIACIÓN

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de DACF y las variables sociodemográficas de sexo, origen, escolaridad del padre, escolaridad de la madre, tipo de familia, antecedente de planeación del embarazo, abortos previos al nacimiento del paciente, familiar que requiera asistencia, antecedente de atención psicológica o psiquiátrica en la familia (Tabla 1).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el número de hijo que ocupa (es decir, primero, segundo, etc.) ($p=0.037$), antecedente de muerte de un familiar cercano en el último año ($p=0.017$) y antecedente de asistencia médica frecuente en la infancia ($p=0.005$), ambos asociados con la presencia de dolor abdominal crónico funcional.

Se encontró tendencia a la significación estadística en el antecedente de separación de los padres ($p=0.072$) y en el diagnóstico de enfermedad crónica en la familia ($p=0.071$) para la asociación con la presencia de DACF.

Se encontró significación estadística para las variables sociodemográficas de edad de la madre ($t(50) = -1.129$, $p = .026$, $d = 8.837$) y número de eventos adversos en la infancia ($t(54) = -3.016$, $p = .002$, $d = 1.981$). Para la variable tiempo de lactancia materna se encontró tendencia a la significación estadística ($t(50) = 1.609$, $p = .057$, $d = 7.152$). No se encontraron diferencias significativas para el resto de las variables sociodemográficas entre los dos grupos (Tabla 2).

Los análisis de asociación entre los resultados de la escala para trastornos de ansiedad (SCARED) y la presencia de dolor abdominal crónico funcional arrojaron una asociación significativa en las subescalas de trastorno de pánico ($p=0.02$), trastorno de ansiedad generalizada ($p<0.001$), y trastorno de ansiedad social ($p=0.047$) en el caso de los individuos con presencia de DAFC. No se encontró asociación entre dolor abdominal crónico funcional y el trastorno por ansiedad de separación ni el trastorno de evitación escolar (Tabla 5). Se obtuvo una diferencia significativa ($p=0.003$) en la puntuación total de ambos grupos. También se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de las subescalas de trastorno de pánico ($p=0.001$), trastorno de ansiedad generalizada ($p=0.002$) y trastorno de evitación escolar ($p=0.002$).

Se realizó análisis para las variables de dolor abdominal crónico funcional y severidad de trastorno depresivo, en el que se encontró una asociación significativa ($p= 0.011$), particularmente entre síntomas depresivos graves y la presencia de DAFC.

Tabla 7.

Resultados para trastorno depresivo			
Variables	CDRS-r preguntas con DAFC. Media (DE)	CDRS-r preguntas sin DAFC. Media (DE)	P < .005
Actividades escolares	1.73 (1.42)	2.05 (1.27)	0.39
Actividad lúdica	2.73 (1.88)	1.85 (1.18)	0.03*
Aislamiento	2.57 (1.75)	1.65 (0.87)	0.01*
Sueño	2.68 (1.63)	1.95 (1.23)	0.06
Apetito	2.95 (1.39)	1.55 (0.94)	0.00*
Fatiga	3.08 (2.12)	1.35 (0.58)	0.00*
Somatización	3.24 (1.67)	1.30 (0.81)	0.00*
Irritabilidad	3.35 (1.79)	2.05 (1.46)	0.00*
Culpa	2.19 (1.33)	1.5 (0.88)	0.02*
Autoestima	2.84 (1.62)	1.55 (1.05)	0.00*
Tristeza	2.84 (1.62)	1.8 (1.32)	0.01*
Ideas morbidas	2.14 (1.54)	1.35 (0.74)	0.01*
Ideas suicidas	1.46 (0.9)	1.3 (1.12)	0.58
Llanto	2.54 (1.85)	1.4 (0.99)	0.00*
Afecto	2.49 (1.95)	1.6 (0.88)	0.00*
Discurso	1.95 (0.99)	1.5 (0.82)	0.07
Psicomotricidad	2.11 (1.22)	1.5 (0.88)	0.03*

En la escala para trastorno depresivo (CDRS-r), se obtuvo una diferencia significativa ($p<0.001$) en la puntuación total de ambos grupos. Se obtuvo significación estadística para las subescalas de dificultad para divertirse ($t(55) = -1.895$, $p = .018$, $d = 1.672$), Aislamiento ($t(54.770) = -2.630$, $p = .006$, $d = 1.511$), Culpa ($t(52.358) = -2.333$, $p = .012$, $d = 1.196$), Tristeza ($t(55) = -2.449$, $p = .009$, $d = 1.527$), Ideación mórbida ($t(54.500) = -2.581$, $p = .006$, $d = 1.327$), Llanto ($t(54.998) = -3.027$, $p = .002$, $d = 1.607$), Afecto depresivo ($t(54.881) = -2.724$, $p = .004$, $d = 1.357$), evaluación del discurso ($t(55) = -1.704$, $p = .047$, $d = 0.943$) alteraciones de apetito ($p<0.001$), fatigabilidad ($p<0.003$), síntomas somáticos ($p<0.001$), irritabilidad ($p= 0.01$) y baja autoestima ($p= 0.022$) y actividad en la entrevista ($t(55) = -1.962$, $p = .027$, $d = 1.117$). No se encontraron diferencias significativas para las subescalas de afectación en la realización de tareas, Sueño e ideación suicida (Tabla 6 y 7).

Se calculó la razón de momios las variable de eventos adversos en la infancia donde se encontró una razón mayor a 1 (OR 1.61, IC (1.13- 2.28), $p= 0.007^*$). Para los trastorno de ansiedad se obtuvo una asociación mayor a 1, en el total de la escala SCARED, con un corte mayor a 30 puntos (OR 6.29, IC (1.89- 20.92), $p= 0.003^*$), al igual que en las subestelas de Pánico (OR 3.83, IC (1.19-12.28), $p= 0.02^*$, Fobia social (OR 3.4, IC (0.95- 12.13), $p= 0.05^*$) y Ansiedad Generalizada (OR 8.3,

IC(2.28- 30.39) P0.001*), esta última presentó la mayor asociación de forma independiente (Tabla 8).

En el caso del trastorno depresivo, se obtuvo una asociación mayor a uno en la puntuación total con un corte en 28 puntos (OR 5.01, IC (1.55- 16.16), p= 0.007*) y en el caso de presentar un episodio depresivo grave (OR 8.52, IC (1.72- 42.09), p= 0.009*). Se encontró una asociación menor a uno cuando no se tiene trastorno depresivo (OR= 0.19, IC (0.06- 0.64) p=0.007*) (tabla 8).

Tabla 8.

Riesgo Relativo para DAFC y trastornos ansiosos y trastorno depresivo

Variables	OR	IC 95%	P < .005
Numero de eventos adversos en la infancia	1.61	1.13- 2.28	0.007**
SCARED (<30 puntos)	6.29	1.89- 20.92	0.003*
Trastorno de pánico	3.83	1.19-12.28	0.02*
Trastorno de ansiedad generalizada	8.3	2.28- 30.39	0.001*
Fobia Social	3.4	0.95- 12.13	0.05*
Ansiedad de separación	1.84	0.61-5.58	0.27
Evitación escolar	2.72	0.76-9.78	0.12
CDRS (<28 puntos)	5.01	1.55- 16.16	0.007*
Sin episodio depresivo	0.19	0.06- 0.64	0.007*
Leve	.5	0.09- 2.74	0.42
Moderado	1.74	0.31- 9.55	0.52
Grave	8.52	1.72- 42.09	0.009*

DISCUSIÓN

Como se plantea en los resultados no existieron diferencias significativas entre casos y controles variables sociodemográficas, a diferencia de otros estudios de la literatura ³⁶⁻³⁸. Tampoco se encontró diferencia en antecedentes perinatales, tales como; antecedente de planeación del embarazo, abortos previos al nacimiento. Esta similitud puede deberse a las características de la población que se recibe en el Instituto Nacional de Pediatría, que es una institución pública, donde se reciben pacientes sin seguridad social de tercer nivel en México, por lo que es posible que exista una alta posibilidad casos y controles compartan nivel socioeconómico y educativo. Por otro lado, a diferencia de los otros estudios, no se encontró diferencia entre DACF y antecedentes psiquiátricos familiares entre ambos grupos, esto también podría deberse a la similitud de las características socioculturales.

También se encontró una tendencia a significancia a un menor tiempo de lactancia materna en el grupo muestra, lo cual concuerda con estudios que sustentan la importancia de lactancia materna para el establecimiento de microbiota adecuada y

la protección inmune de los primeros años. Aún así es posible que se encuentre mayor diferencia en caso de haberse recibido un mayor número de pacientes.

En concordancia con otros estudios, se encontró que los pacientes con DAFC, contaban con el antecedente de asistencia médica frecuente por motivos distintos al dolor abdominal, sin embargo, se desconoce si los eventos que motivaron las consultas previas, pudieran ser considerados como psicósomáticos, por lo que se deja como hallazgo, puesto en el presente estudio, no es posible identificar relación con DAFC.

Los pacientes del grupo muestran, contaron con tendencia a la significancia en antecedentes de enfermedad crónica en familiares y frecuencia significativamente mayor de separación parental. Dichos factores se consideran eventos estresantes para los menores, lo que pudiera activar los circuitos para regulación de dolor y la respuesta neuroendocrina, propiciando una tendencia a los procesos inflamatorios que se presumen como posible etiología del dolor³⁹. Aunque existe la limitante del tamaño de muestra, que se esperaría haya una diferencia mayor.

En concordancia con dichos estudios, podemos observar que nuestra población tiene mayor riesgo de presentar eventos adversos durante la infancia. Sin embargo, podemos observar que la asociación es mayor, ante mayor número de eventos, considerándose, que presentar eventos durante la infancia se considere un posible factor relacionado a DAFC como se establece en otros estudios^{9,36,38,40-42}. Llama la atención que ambas poblaciones cuenten con factores sociodemográficos similares, pero aún se encuentre este hallazgo, lo que podría hablar de la importancia que tiene el presentar factores de estrés en la infancia, siendo las circunstancias demográficas factores que predispongan a mayor cantidad de eventos adversos, no así factores para dolor abdominal crónico.

En nuestro estudio, podemos observar que los trastornos depresivos y ansiosos cuentan con una asociación importante para la presentación de DAFC. Resalta la importancia sobre el episodio depresivo grave y el trastorno de ansiedad generalizada. Esto podría deberse a los factores inflamatorios relacionados con depresión que podrían formar parte de los mecanismos fisiológicos de dolor, así como los mecanismos psicológicos del estrés contante en el trastorno de ansiedad generalizada.

Al ser un estudio trasversal, no es posible determinar si la presencia de trastornos depresivos o ansiosos son factores predisponentes o secundarios a la presencia de dolor abdominal crónico, sin embargo, la mayor frecuencia de eventos adversos en el grupo muestra, pareciera sugerir una mayor exposición a estrés en los pacientes con DAFC, lo que indirectamente sugiere la emergencia de psicopatología, como lo son la ansiedad y depresión⁴³.

Ha sido ampliamente descrito en la literatura la presencia de estrés como detonadores de disregulación inmune y procesos inflamatorios crónicos, por lo que podría sugerirse que el dolor crónico y los trastornos afectivos en esta población

podiera constituir parte de un mismo fenómeno inflamatorio subclínico mediado por citocinas a través de la disfunción del eje psico-neuro-inmuno-endocrino⁴⁴.

Así mismo, es sabido que el umbral doloroso, depende de la interacción de diversos neuropéptidos que se afectan también con la presencia de estrés y problemas depresivos y ansiosos⁴⁵. Sin embargo, se requiere de un estudio de cohorte, a fin de sustentar la presencia de dichos trastornos como predisponentes a la emergencia de dolor abdominal funcional.

CONCLUSIONES.

- No se encontraron diferencias significativas en variables sociodemográficas entre casos y controles.
- Se encontró una frecuencia significativamente mayor de eventos adversos de la infancia en los pacientes con dolor abdominal crónico funcional.
- Se encontró una diferencia significativamente mayor de trastornos de ansiedad asociados a dolor abdominal funcional crónico.
- Se encontró una diferencia significativamente mayor de trastornos depresivos asociados a dolor abdominal funcional crónico.

ANEXOS

ANEXO 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

ASOCIACIÓN ENTRE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO FUNCIONAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.
--

Pagina 1/2

Datos Sociodemograficos

					Fecha: / /		
					dd mm aaaa		
Datos del Paciente:		Número de expediente:		Folio:			
Nombre Completo: _____							
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre (s)	
Edad:		SEXO:	Masculino ()	Femenino ()	Peso:		Talla:
Proviene de:	CdMx. ()	Edo. Mex. ()	Otro ()		IMC:		

Tache con una (x) la respuesta (s), en caso de afirmativo.

¿Con quien vive el paciente?	
<input type="checkbox"/> Familia Nuclear (Ambos Padres, Hermanos)	<input type="checkbox"/> Familia Extensa (Padres, Hermanos, abuelos, tíos)
<input type="checkbox"/> Monoparental (Padre o Madre, Hermanos)	<input type="checkbox"/> Reconstruida (Madre o Padre con otra pareja)
<input type="checkbox"/> Monoparental, hijo único (Padre o madre, paciente)	<input type="checkbox"/> Con tutor (abuelos, tíos)
Padres con enfermedad crónica	()
<i>Responder en caso de que uno de los padres tenga diagnóstico de enfermedad crónica</i>	
En el último año, un familiar en el hogar requirió de asistencia	()
<i>Responder en caso de que algún familiar requiriera apoyo para el aseo, vestimenta, alimentación, cuidados médicos</i>	
Antecedente de quejas somáticas	Madre () Padre () Otro ()
<i>Responder en caso de quejas somáticas (cefalea, dolor abdominal, dismenorrea, dolor muscular, etc.)</i>	
Antecedente de enfermedad Psiquiátrica	Madre () Padre () Otro ()
<i>Responder en caso de diagnóstico de enfermedad psiquiátrica diagnosticada</i>	
En caso de afirmativo en la pregunta anterior ¿Con que diagnóstico cuenta?	
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Trastornos Psicótico (Esquizofrenia, ideas delirantes, etc.)
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención
<input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/> Abuso o dependencia a sustancias
Eventos adversos durante la infancia	()
<i>Responder en caso de que alguna de las opciones debajo sean positivas (pueden ser más de una)</i>	
<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones	<i>Responder si fue de más de un mes o de estado crítico (UTI, intubación, choque, para cardiorespiratorio)</i>
<input type="checkbox"/> Evento traumático	<i>Responder si ha presenciado asalto, asesinato, accidente, evento catastrófico (incendio, temblor)</i>
<input type="checkbox"/> Pérdida de un familiar de forma traumática	<i>Responder en caso de asesinato, desaparición, accidente grave</i>
<input type="checkbox"/> Maltrato	<i>Responder si hay negligencia, presenciar o escuchar discusiones o violencia entre padres/tutores</i>
<input type="checkbox"/> Violencia	<i>Responder en caso de violencia física o psicológica hacia el paciente</i>
<input type="checkbox"/> Abuso sexual	
<input type="checkbox"/> Abuso escolar	
<input type="checkbox"/> Otro:	_____

**ASOCIACIÓN ENTRE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO FUNCIONAL EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE PEDIATRÍA.**

Página 2/2

Datos Sociodemográficos

Características de dolor abdominal

Edad de inicio: _____

¿En promedio cual es la menor cantidad de tiempo de duración?

días horas minutos

¿En promedio cual es la mayor cantidad de tiempo de duración?

días horas minutos

¿Cuál es el promedio de tiempo sin dolor?

días horas minutos

Se acompaña de otros síntomas gastrointestinales ()

Responder si se acompaña de nauseas, mareo, diarrea, costipación, vómito, etc.

Se asocia a otros dolorosos ()

Responder si se acompaña de cefalea, dolor muscular, articular, etc.

Ha evitado lugares o situaciones por dolor ()

Responder si evita hacer actividades, lugares, situaciones que cree podrian hacer que duela

El dolor impide que realice actividades o tareas ()

Responder si al dolerle el dolor es tan fuerte que no puede realizar actividades

El dolor le impide ir a la escuela ()

Responder si el dolor impedía que acudiera a clases (presencial o virtual) o si era necesario recogerlo de la escuela

En promedio ¿cuántos días en un mes podría faltar? _____

En promedio ¿cuántos días en un mes podría acudir por atención médica? _____

Tener en cuenta atención por pediatra o médico general

El dolor requirió atención en urgencias ()

Responder si alguna vez acudió por atención a urgencias por dolor abdominal

En promedio ¿cuántos días en un mes podría acudir por atención a urgencias? _____

Requirió de hospitalización debido al dolor abdominal ()

ANEXO 2. CRITERIOS DE ROMA IV

1. Criterios para Colon Irritable

- Dolor abdominal recurrente, cuando media, al menos un día a a la semana por al menos 3 meses, relacionado con dos a o más de los siguientes
- Se relaciona con la defecación
- Se asocia a un cambio en la frecuencia de las deposiciones
- Se asocia a un cambio en la forma y/o apariencia de las deposiciones
- Si hay predominio de estreñimiento, se considera si un 25% de las deposiciones son 1 o 2 en la escala de Bristol.

2. Criterios para Dispepsia Funcional

- Presentar uno o más de los siguientes síntomas: Plenitud postprandial molesta, saciedad precoz molesta, epigastralgia, ardor epigástrico
- No hay evidencia de ningún trastorno orgánico que pueda explicar los síntomas.
- Los síntomas deben de estar presentes al menos 3 días de la semana, en los últimos 3 meses con inicio al menos 6 meses antes del diagnóstico.

3. Criterios de Migraña Abdominal

- Debe presentarse alguno de los siguientes, al menos dos veces durante al menos 6 mese.
- Episodios paroxísticos de dolor intenso y agudo, periumbilical, en la línea media o difuso, de aproximadamente una hora de duración. El dolor debe ser el síntoma más severo.
- Los episodios son separados por semanas o meses
- El dolor es incapacitante y afecta la vida diaria
- Se asocia a dos o más de los siguientes síntomas:
 - Anorexia
 - Nauseas
 - Vómitos
 - Cefalea
 - Fotofobia
 - Palidez
- Los síntomas no pueden ser explicados o atribuidos a ninguna otra condición médica.

4. Síndrome de dolor abdominal mediado Central

- Dolor abdominal, grave y recurrente, continua o casi continuo que raramente se relaciona con la función intestinal, el cual esta presente al menos 6 meses.

ANEXO 3. ESCALA SCARED

**SELF-REPORT FOR CHILDHOOD ANXIETY RELATED DISORDERS
(SCAReD)*
AUTO-REPORTE PARA DESÓRDENES RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA**

FORMA PARA NIÑOS (8 años o mayores)**

Nombre: _____

Fecha: _____

Identificación #:

Esta es una lista de cosas que describen como se siente usted. Marque el 0 si casi nunca o nunca es cierto. Marque el 1 si es cierto algunas veces. Marque el 2 si casi siempre o siempre es cierto. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda.

0 = Casi nunca o nunca es cierto

1 = Es cierto algunas veces

2 = Casi siempre o siempre es cierto

1.	Cuando tengo miedo, no puedo respirar bien.	0 1 2
2.	Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza.	0 1 2
3.	No me gusta estar con personas que no conozco bien.	0 1 2
4.	Cuando duermo en una casa que no es la mía me siento con miedo.	0 1 2
5.	Me preocupa saber si le caigo bien a la gente.	0 1 2
6.	Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar.	0 1 2
7.	Soy una persona nerviosa.	0 1 2
8.	Sigo a mis padres a donde ellos van.	0 1 2
9.	La gente me dice que me veo nervioso(a).	0 1 2
10.	Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco bien.	0 1 2
11.	Cuando estoy en la escuela me duele el estómago (panza).	0 1 2
12.	Cuando tengo mucho miedo, me siento como si me fuera a enloquecer.	0 1 2
13.	Me preocupo cuando tengo que dormir solo(a).	0 1 2
14.	Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños (por ejemplo: en mis estudios o deportes).	0 1 2
15.	Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas fueran diferentes o no reales.	0 1 2
16.	En las noches sueño que cosas malas le van a pasar a mis padres.	0 1 2
17.	Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela.	0 1 2

POR FAVOR COMPLETE LA PROXIMA PÁGINA

18.	Cuando tengo mucho miedo, el corazón me late muy rápido.	0 1 2
19.	Cuando tengo mucho miedo, yo tiemblo.	0 1 2
20.	En las noches tengo pesadillas de que me va a pasar algo malo.	0 1 2
21.	Me preocupa pensar como me van a salir las cosas.	0 1 2
22.	Sudo mucho cuando tengo miedo.	0 1 2
23.	Me preocupo demasiado.	0 1 2
24.	Me preocupo sin motivo.	0 1 2
25.	Me da miedo estar solo(a) en la casa.	0 1 2
26.	Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco.	0 1 2
27.	Cuando tengo miedo, siento como si no pudiera tragar.	0 1 2
28.	Las personas me dicen que yo me preocupo demasiado.	0 1 2
29.	No me gusta estar lejos de mi familia.	0 1 2
30.	Tengo miedo de tener ataques de nervios (pánico).	0 1 2
31.	Me preocupa pensar que algo malo le va a pasar a mis padres.	0 1 2
32.	Me da vergüenza cuando estoy con personas que no conozco.	0 1 2
33.	Me preocupa que me pasara cuando sea grande.	0 1 2
34.	Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar.	0 1 2
35.	Me preocupa saber si hago las cosas bien.	0 1 2
36.	Tengo miedo de ir al colegio.	0 1 2
37.	Me preocupan las cosas que ya han pasado.	0 1 2
38.	Cuando tengo miedo, me siento mareado(a).	0 1 2
39.	Me siento nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (ejemplos: leer en voz alta, hablar, jugar)	0 1 2
40.	Me siento nervioso(a) de ir a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay gente que no conozco.	0 1 2
41.	Soy tímido(a)	0 1 2

*Hecho por Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlane Cully, M.Ed., David A. Brent, M.D., and Sandra McKenzie, Ph.D., Instituto Siquiátrico de la Universidad de Pittsburgh (11/95). E-mail: boris@camp.wpic.pitt.edu

**Se recomienda que a los niños de 8 a 11 años se les explique bien el contenido de este cuestionario o que contesten el cuestionario al lado de un adulto en caso de que tengan algunas preguntas.

ANEXO 4. ESCALA CDRS-R

Publicado por
WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
 12031 Wilshire Boulevard
 Los Angeles, CA 90025-1251
 Editores y distribuidores

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL, REVISADA (CDRS-R)

Cuadernillo de administración
por Elva O. Poznanski M.D. y Hartmut B. Mokros, Ph.D.

Nombre del niño: _____ Identificación: _____
 Edad: _____ Sexo: M F Origen étnico: _____ Fecha de la entrevista: _____
 Evaluador: _____
 Entrevistado: Niño Madre Padre Otro (especifique): _____

Nota: el resto de esta página de resumen debe completarse únicamente si este cuadernillo de administración se ha usado para calificar la entrevista de la escala de calificación de la depresión infantil, revisada (Children's Depression Rating Scale, Revised, CDRS-R) del niño. (Consulte las instrucciones que se encuentran en la parte inferior de la última página de este cuadernillo).

Resumen de la puntuación bruta de la CDRS-R Puntuación T de la CDRS-R

Percentil	2	10	20	30	40	50	60	70	80	90	95	99
Puntuación bruta	17	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	77-113
Puntuación T	30	33	40	44	48	51	53	55	57	59	61	>85

Interpretación de la puntuación T de la CDRS-R

✓	Intervalo de la puntuación T	Interpretación
✓	39 o menos	Las puntuaciones tan bajas son extremadamente raras. Solicite información a otras personas, ya que estas puntuaciones inusualmente bajas pueden estar asociadas con negación generalizada.
	40-54	Es poco probable que se confirme un trastorno depresivo en una evaluación adicional.
	55-64	Es posible que pueda confirmarse un trastorno depresivo en una evaluación integral de diagnóstico. Debe procurarse la realización de una evaluación adicional si se cumple alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se obtuvieron calificaciones moderadas a graves en alguna de las áreas de síntomas. ▪ La calificación para ideas de suicidio es de 3 o más. ▪ Se describe un curso crónico (es decir, de más de un año) para un indicador clínicamente significativo de estado de ánimo depresivo (es decir, dificultad para divertirse, sentimientos depresivos, expresión facial deprimida o irritabilidad).
	65-74	Es probable que se confirme un trastorno depresivo en una evaluación integral de diagnóstico. Debe procurarse la realización de una evaluación adicional.
	75-84	Es muy probable que se confirme un trastorno depresivo. Debe procurarse la realización de una evaluación adicional.
	85 o más	Es casi seguro que se confirme un trastorno depresivo. Intervenir y evaluar de inmediato.

Comparación de las calificaciones de síntomas de todas las fuentes

Fuente de calificación

Área sintomática evaluada	Fuente de calificación																																		
	Niño							Padre/Madre							Otro							Mejor descripción del niño													
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
Problemas con las tareas escolares	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
Dificultad para divertirse	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
Aislamiento social	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
Alteración del sueño	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
Alteración del apetito	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
Cansancio excesivo	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
Molestias físicas	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
Irritabilidad	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
Culpa excesiva	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
Autoestima baja	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
Sentimientos depresivos	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
Ideas morbosas	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
Ideas de suicidio	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
Llanto excesivo	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
Calificaciones de comportamiento no verbal observado																																			
Expresión facial deprimida	1	2	3	4	5	6	7																						1	2	3	4	5	6	7
Habla apática	1	2	3	4	5	6	7																						1	2	3	4	5	6	7
Hipoactividad	1	2	3	4	5	6	7																						1	2	3	4	5	6	7

- Sin dificultades aparentes
 - Dificultades clínicamente significativas
 - Dificultades clínicamente significativas graves

Copyright © 1995 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
 Prohibida la reproducción total o parcial sin la autorización por escrito de Western Psychological Services.
 Todos los derechos reservados. 2 3 4 5 6 7 8 9 Impreso en los EUA.

1. PROBLEMAS CON LAS TAREAS ESCOLARES →

- El desempeño coincide con la capacidad. 1
- Disminución en el desempeño escolar o en la capacidad de concentrarse. 2
- Interferencia importante en el desempeño en la mayoría de las asignaturas. 3
- Sin motivación para desempeñarse. 4
- Comentario _____

2. DIFICULTAD PARA DIVERTIRSE →

- Interés y actividades apropiadas de un modo realista para la edad, la personalidad y el entorno social. Sin cambio apreciable en el comportamiento habitual durante por lo menos las últimas 2 semanas. 1
- Cualquier sensación de aburrimiento se considera pasajera. 2
- Describe como placenteras algunas actividades que de un modo realista están disponibles varias veces a la semana, pero no todos los días. Demuestra interés, pero no entusiasmo. 3
- Se aburre con facilidad. Se queja de que "no tiene nada para hacer" como algo característico de la experiencia diaria. Participa en actividades estructuradas con una actitud de "cumplir con lo mínimo indispensable". 4
- Puede expresar interés principalmente en actividades que (de un modo realista) no están disponibles todos los días o todas las semanas. 5
- No tiene iniciativa para participar en ninguna actividad. Se describe a sí mismo como principalmente pasivo. Observa a otros jugar o ve la TV, pero demuestra poco interés. 6
- Necesita que lo convencian o le insistan para participar en una actividad. No muestra entusiasmo ni interés real. Tiene dificultad para nombrar actividades. 7

Comentario _____

3. AISLAMIENTO SOCIAL →

- Disfruta de la amistad de sus compañeros en la escuela y el hogar. 1
- No busca amistades activamente, sino que, en cambio, espera que los demás inicien una relación. 2
- Ocasionalmente rechaza oportunidades de jugar, sin tener una alternativa describible. 3
- Con frecuencia evita o rechaza oportunidades de interacción deseable con otras personas o da lugar a situaciones en las que el rechazo es inevitable. 4
- Actualmente no se relaciona con otros niños. Dice que "no tiene amigos" o rechaza activamente a sus viejos o nuevos amigos. 5
- Comentario _____

Comentario _____

4. ALTERACIÓN DEL SUEÑO →

- No tiene dificultades o tiene dificultades ocasionales que pueden explicarse por la situación. 1
- Con frecuencia tiene dificultades leves con el sueño. 2
- Tiene dificultades con el sueño casi todas las noches. 3
- Información complementaria (sin puntuación)
- Indique cuándo ocurre la alteración del sueño (marque todos los ítems que correspondan):
- _____ Cuando recién se acuesta
- _____ En la mitad de la noche
- _____ Temprano por la mañana

Comentario _____

5. ALTERACIÓN DEL APETITO →

- Sin problemas o cambios en el patrón de alimentación. 1
- Cambio leve pero notable en los hábitos de alimentación habituales. 2
- Evita comer o no tiene hambre la mayor parte del tiempo. O BIEN describe un aumento notable del apetito o un consumo excesivo de alimentos. 3
- Información complementaria (sin puntuación)
- Si corresponde, indique el tipo de alteración del apetito:
- _____ Aumento del apetito
- _____ Disminución del apetito

Comentario _____

6. CANSANCIO EXCESIVO →

- No presenta quejas poco habituales de "sentirse cansado" durante el día. 1
- Las quejas de cansancio parecen algo excesivas y no están relacionadas con el aburrimiento ni con un aumento en los niveles de actividad. 2
- Se queja todos los días de sentirse cansado. 3
- Se queja de sentirse cansado casi todo el día. Puede tomar siestas prolongadas de manera voluntaria sin sentirse renovado. 4
- El grado de cansancio interfiere en las actividades lúdicas. 5
- Comentario _____

Comentario _____

Suma todos los números de las casillas anteriores aquí: _____ (Subtotal 1)

7. MOLESTIAS FÍSICAS →

Molestias ocasionales que no parecen ser excesivas.....	1
Las molestias parecen levemente excesivas.....	2
Se queja de dolores y molestias todos los días. Estos interfieren en ocasiones en su capacidad de funcionar.....	3
Está preocupado por los dolores y las molestias. Estos interfieren con regularidad en las actividades lúdicas.....	4
Está preocupado por los dolores y las molestias. Estos interfieren con regularidad en las actividades lúdicas.....	5
Está preocupado por los dolores y las molestias. Estos interfieren con regularidad en las actividades lúdicas.....	6
Está preocupado por los dolores y las molestias. Estos interfieren con regularidad en las actividades lúdicas.....	7

Comentario _____

8. IRRITABILIDAD →

Casi nunca se irrita.....	1
Se irrita con facilidad. Tiene periodos de irritabilidad varias veces por semana, pero no duran demasiado.....	2
Se irrita con frecuencia. Varias veces por semana tiene periodos de irritabilidad prolongados y le resulta difícil superarlos.....	3
Se irrita con frecuencia. Varias veces por semana tiene periodos de irritabilidad prolongados y le resulta difícil superarlos.....	4
Se irrita con frecuencia. Varias veces por semana tiene periodos de irritabilidad prolongados y le resulta difícil superarlos.....	5
Se irrita con frecuencia. Varias veces por semana tiene periodos de irritabilidad prolongados y le resulta difícil superarlos.....	6
Se irrita con frecuencia. Varias veces por semana tiene periodos de irritabilidad prolongados y le resulta difícil superarlos.....	7

Comentario _____

9. CULPA EXCESIVA →

No expresa ningún sentimiento de culpa indebido. La culpa informada parece apropiada con respecto al evento que la provoca.....	1
Exagera la culpa o la vergüenza de manera desproporcionada con respecto al evento descrito.....	2
Exagera la culpa o la vergüenza de manera desproporcionada con respecto al evento descrito.....	3
Exagera la culpa o la vergüenza de manera desproporcionada con respecto al evento descrito.....	4
Se siente culpable por cosas que no están bajo su control. Estos sentimientos interfieren en su funcionamiento cotidiano.....	5
Se siente culpable por cosas que no están bajo su control. Estos sentimientos interfieren en su funcionamiento cotidiano.....	6
Se siente culpable por cosas que no están bajo su control. Estos sentimientos interfieren en su funcionamiento cotidiano.....	7

Comentario _____

10. AUTOESTIMA BAJA →

Se describe a sí mismo en términos principalmente positivos.....	1
Describe un área importante o prominente en la que siente que hay un déficit.....	2
Describe un área importante o prominente en la que siente que hay un déficit.....	3
Describe un área importante o prominente en la que siente que hay un déficit.....	4
Se describe a sí mismo en términos predominantemente negativos o da respuestas insustanciales a las preguntas que se le hacen.....	5
Se describe a sí mismo en términos predominantemente negativos o da respuestas insustanciales a las preguntas que se le hacen.....	6
Se describe a sí mismo en términos predominantemente negativos o da respuestas insustanciales a las preguntas que se le hacen.....	7

Comentario _____

11. SENTIMIENTOS DEPRESIVOS →

Sentimientos ocasionales de tristeza que desaparecen rápidamente.....	1
Describe periodos continuos de tristeza que parecen excesivos en relación con los eventos descritos.....	2
Describe periodos continuos de tristeza que parecen excesivos en relación con los eventos descritos.....	3
Describe periodos continuos de tristeza que parecen excesivos en relación con los eventos descritos.....	4
Se siente triste la mayor parte del tiempo sin una causa principal que lo provoque.....	5
Se siente triste la mayor parte del tiempo sin una causa principal que lo provoque.....	6
Se siente triste la mayor parte del tiempo sin una causa principal que lo provoque.....	7

Comentario _____

12. IDEAS MORBOSAS →

No se informaron pensamientos morbosos.....	1
Niega enfáticamente tener pensamientos morbosos.....	2
Analiza pensamientos morbosos que se relacionan con un evento real, pero parecen excesivos.....	3
Describe preocupación por los pensamientos morbosos varias veces por semana. Estos pensamientos morbosos se extienden más allá de la realidad externa.....	4
Describe preocupación por los pensamientos morbosos varias veces por semana. Estos pensamientos morbosos se extienden más allá de la realidad externa.....	5
A diario le preocupan temas relacionados con la muerte o pensamientos morbosos que son detallados, exhaustivos o extravagantes.....	6
A diario le preocupan temas relacionados con la muerte o pensamientos morbosos que son detallados, exhaustivos o extravagantes.....	7

Comentario _____

13. IDEAS DE SUICIDIO →

Comprende la palabra suicidio, pero no aplica el término a sí mismo.....	1
Negación rotunda de los pensamientos suicidas.....	2
Tiene pensamientos relacionados con el suicidio o con hacerse daño a sí mismo (si no comprende el concepto de suicidio), en general cuando está enojado.....	3
Tiene pensamientos relacionados con el suicidio o con hacerse daño a sí mismo (si no comprende el concepto de suicidio), en general cuando está enojado.....	4
Tiene pensamientos relacionados con el suicidio o con hacerse daño a sí mismo (si no comprende el concepto de suicidio), en general cuando está enojado.....	5
Tiene pensamientos relacionados con el suicidio o con hacerse daño a sí mismo (si no comprende el concepto de suicidio), en general cuando está enojado.....	6
Ha tenido un intento de suicidio en el último mes o tiene comportamiento suicida.....	7

Comentario _____

14. LLANTO EXCESIVO →

El informe parece normal para su edad.....	1
Sus declaraciones parecen indicar que llora o tiene ganas de llorar con más frecuencia que sus compañeros.....	2
Llora con más frecuencia que sus compañeros, a veces, sin un factor desencadenante claro.....	3
Llora con más frecuencia que sus compañeros, a veces, sin un factor desencadenante claro.....	4
Llora o tiene ganas de llorar con frecuencia (varias veces por semana).....	5
Admite que llora sin saber el motivo.....	6
Llora casi todos los días.....	7

Comentario _____

Suma todos los números de las casillas anteriores aquí: _____ (Subtotal 2)

DETÉNGASE si la entrevista se realizó con uno de los padres (o con otro adulto). Los datos empíricos no justifican ni respaldan seguir realizando la actividad de puntuación. Consulte el capítulo 3 del Manual de la CDRS-R para ver las consideraciones interpretativas.

CONTINÚE si esta entrevista se realizó con el niño. Para las tres áreas de síntomas restantes, califique al niño según sus características no verbales durante la entrevista.

15. EXPRESIÓN FACIAL DEPRIMIDA →	1
Expresión facial y voz animadas durante la entrevista. No hay signos de expresión deprimida.	1
Supresión leve de la expresión. Cierta pérdida de espontaneidad.	2
Pérdida general de la espontaneidad. Se ve triste durante partes de la entrevista (p. ej., cara huraña, mirada baja, falta de animación en la cara).	3
Sin embargo, es capaz de sonreír y no evita el contacto visual cuando habla de áreas no amenazadoras.	4
Restricción moderada de la expresión durante la mayor parte de la entrevista. Tiene periodos frecuentes y más prolongados en los que se ve claramente triste. Nada parece animarlo.	5
Restricción grave de la expresión. Se ve claramente triste y retraído.	6
Interacción verbal mínima durante toda la entrevista. Llora o puede parecer tener los ojos llorosos.	7
Comentario _____	

16. HABLA APÁTICA →	1
La calidad del habla parece acorde a la situación sin ninguna desviación notable.	1
Ritmo lento, monótono o habla demasiado suave.	2
Ritmo lento con muchas pausas en las que parece desviarse. Las vacilaciones incluyen suspiros.	3
La calidad de la voz es claramente monótona y desanimada, y transmite una sensación de angustia y malestar psíquico.	4
Sensación extrema de malestar psíquico manifestada en la voz o por una profunda sensación de desánimo o vacío. Tiene dificultades para realizar la entrevista.	5
Comentario _____	

17. HIPOACTIVIDAD →	1
Los movimientos corporales son animados. (Tenga en cuenta que un niño hiperactivo y agitado no se distingue aquí de lo que se consideraría un comportamiento normal no distraído; debería hacerse una nota sobre la hiperactividad).	1
Los movimientos corporales parecen algo restringidos o lentos.	2
Restricción clara en los movimientos corporales y una sensación general de retardo motor.	3
	4
	5
	6
Sensación grave de retardo motor con cualidades pseudocatatónicas.	7
Comentario _____	

Sume todos los números de las casillas anteriores aquí: _____ (Subtotal 3)

Sume todos los subtotales de la página para calcular el resumen de la puntuación bruta:

Subtotal 1 + Subtotal 2 + Subtotal 3 = Resumen de la puntuación bruta

Primero, escriba el resumen de la puntuación bruta en el espacio denominado "Resumen de la puntuación bruta de la CDRS-R" que se encuentra en la página de resumen (página 1) de este cuadernillo de administración. Ubique el resumen de la puntuación en la línea media del "termómetro de puntuación" que se encuentra en la misma página. La puntuación T que corresponde al resumen de la puntuación puede encontrarse directamente debajo, en la línea inferior. Copie la puntuación T en el espacio denominado "Puntuación T de la CDRS-R". (El percentil que corresponde al resumen de la puntuación puede encontrarse directamente arriba, en la línea superior del termómetro de puntuación).

A continuación, si sospecha algún problema de invención, negación u otros problemas de validez similares, consulte el capítulo 3 del Manual de la CDRS-R para ver las consideraciones interpretativas. De lo contrario, en la mitad de la página de resumen, ubique el intervalo de puntuaciones T en el que se encuentra la puntuación T del niño. Coloque una marca de verificación en la columna que está a la izquierda del intervalo de puntuaciones T apropiado para indicar el enunciado interpretativo aplicable para la puntuación T de este niño. Por último, avance hasta la parte inferior de la misma página y resume las calificaciones de la entrevista para todos los informantes.

ANEXO 5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O TUTORES



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto
Nacional
de Pediatría

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

Ciudad de México, a ____ de _____ 202__

Documento de consentimiento informado para padres o tutores de menores participantes en el estudio.

Investigador Principal: Dr. Jaime Andrés Arch Quirarte

Asociación entre trastornos depresivos y ansiosos y dolor abdominal crónico funcional en pacientes pediátricos en el Instituto Nacional de Pediatría.

La finalidad de este documento solicitar su autorización para que su hijo/a participe en un estudio sobre la asociación entre la presencia de depresión y trastornos de ansiedad asociada a dolor abdominal crónico funcional en el servicio de gastronomía del Instituto Nacional de Pediatría que reciben atención en este instituto.

Este estudio será realizado por la Dra. Diana Molina Valdespino y el Dr. Jaime Andrés Arch Quirarte, médicos psiquiatras del servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría.

El dolor abdominal crónico es el dolor abdominal crónico (DAC) o intermitente que se presente por lo menos 1 vez al mes, por 2 meses y puede interferir con las actividades diarias. Se le llama dolor abdominal crónico funcional (DACF), cuando se desconoce el diagnóstico de una enfermedad que pueda explicar el dolor. Muchos pacientes pueden presentar ansiedad y/o depresión. Ambos se relacionan por el eje intestino-cerebro, mediadas por procesos inflamatorios y factores estresantes. Se han propuesto que los trastornos psiquiátricos, pueden representar un riesgo para DACF, sin embargo, existen pocos estudios que confirmen dicha teoría.

El objetivo de este estudio es evaluar la presencia de trastornos depresivos y ansiosos y encontrar una asociación con la presencia de dolor abdominal crónico funcional en los pacientes entre 8 a 17 años atendidos por el servicio de nutrición del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo de mayo del 2022 a diciembre del 2022.

Procedimiento del estudio: La participación en el estudio consiste en una entrevista a alguno de los padres se aplicará cuestionario sociodemográfico diseñado para el estudio, mientras que a los pacientes se les aplicará la escala CDRS-R para depresión y SCARED para ansiedad. La entrevista se realizará en aproximadamente 30 minutos con familiar y 30 minutos con el paciente.

Participación: Su participación y la de su hijo/a es completamente voluntaria y gratuita; no se cobrará ninguna cantidad por la participación en el estudio. Decidir no participar en el estudio no afectará de ninguna manera la atención que recibe en esta Institución.

Beneficios para el participante: Estudiar las situaciones de estrés y la presencia de depresión y ansiedad en niños y adolescentes con dolor abdominal crónico funcional, nos permitirá intentar darles atención oportuna, ofreciéndole atención especializada para el tratamiento indicado en cada caso, así como seguimiento para los participantes, con estrategias de intervención para brindarles la mejor atención posible.

Riesgos: La entrevista y la aplicación de los cuestionarios tiene un riesgo mínimo. Algunos participantes pudieran presentar reacciones emocionales desagradables como nerviosismo o tristeza durante el procedimiento. Si este llegara a ser el caso, el médico que realiza el procedimiento está preparado para brindar la atención requerida.

Confidencialidad: En la recolección de datos personales se siguen todos los principios que marca la ley (art. 6): Sus datos personales están protegidos y permanecerán anónimos. Usted podrá tener acceso a la información sobre este estudio en caso de solicitarlo.

Toda la información acerca de la identidad de su hijo(a) se resguardará en expedientes especiales de investigación, independientemente de la información que se escriba de manera obligada en el expediente clínico electrónico del hospital. Las carpetas de investigación serán protegidas en archiveros bajo llave y/o en computadoras con contraseñas durante un año.

Participación y retiro. La participación de su hijo(a) en esta investigación es voluntaria. Si decide no participar, esto no afectará de ninguna forma su atención en el Instituto Nacional de Pediatría ni su derecho a recibir servicios de salud y a otros a los cuales de otra manera tendría acceso. Si usted decide que su hijo(a) participe, tiene la libertad de retirar su consentimiento y suspender su participación en cualquier momento, sin perjuicio a su atención futura en el Instituto Nacional de Pediatría.

Descubrimientos. Como se les evaluará en una sola entrevista, no es posible decirles al momento si hay algún descubrimiento del estudio. Pero de forma individual, de acuerdo a los riesgos psicológicos o sociales que se encuentren al momento del estudio, se les orientará para recibir la atención indicada para su caso y así prevenir nuevos intentos que pongan en riesgo la vida o la funcionalidad de su hijo(a).

Identificación de los investigadores

Si tiene preguntas relacionadas con la investigación o en caso de alguna reacción desfavorable relacionada con la participación en el estudio, puede comunicarse con el investigador identificado a continuación.

Dr. Jaime Andrés Arch Quirarte, Servicio de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Instituto Nacional de Pediatría, Celular 331010246

Dra. Diana Molina Valdespino, Servicio de Psiquiatría infantil y de la adolescencia, tel.: 10840900 Extensión: 1844.

En caso de tener alguna duda o queja relacionada con el estudio, podrá ponerse en contacto con el Dr. Alberto Olaya, al teléfono 1084 0900 extensión 1581 (Presidente del Comité de Ética en Investigación). Domicilio: Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, Alcaldía Coyoacán, CDMX.

Derechos de los sujetos bajo investigación. Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar sin sanción. Usted no renuncia a ninguno de sus reclamos legales, derechos o remedios debido a su participación en este estudio de investigación.

FIRMA DEL PADRE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo he leído (o alguien me ha leído) y entiendo la información anotada anteriormente. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias a todas mis preguntas. Me han dado una copia de este formulario.

Al firmar este formulario yo consiento voluntariamente en que mi hijo(a) participe en la investigación descrita.

Nombre completo del paciente: _____

Nombre completo de la madre o tutora: _____ Fecha: _____

Firma de la madre o tutora: _____

Nombre completo del padre o tutor: _____

Fecha: _____

Firma del padre o tutor: _____

FIRMA DEL INVESTIGADOR

Expliqué la investigación al sujeto o a su representante legal y he contestado todas sus preguntas. Yo pienso que él/ella entiende la información descrita en este documento y que de libre albedrío consiente en participar.

Nombre completo del investigador: _____

Firma del investigador: _____

Fecha: _____

TESTIGO 1:

Nombre completo y firma: _____

Fecha: _____

TESTIGO 2:

Nombre completo y firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 6. CARTA DE ASENTIMIENTO PARA PACIENTES



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto
Nacional
de Pediatría

CARTA DE ASENTIMIENTO PARA EL PROTOCOLO “ASOCIACION ENTRE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS Y DOLOR ABDOMINAL CRONICO FUNCIONAL EN PACIENTES PEDIATRICOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA”

Pacientes de edades entre 8 y 17 años

Te estamos invitando a que participes en un estudio que realizará el doctor Jaime Andrés Arch Quirarte, que trabaja en el equipo de salud mental del Instituto Nacional de Pediatría.

Tú cumples con los requisitos para participar en este estudio, ya has presentado dolor abdominal por al menos 1 vez al mes, por dos meses. Tu participación en este estudio es completamente voluntaria. Por favor lee esta información y puedes hacer cualquier pregunta antes de decidir si deseas, o no, participar en este estudio.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El objetivo de este estudio es conocer, que cosas viven los niños (as) y adolescentes que les causan estrés y que tan deprimidos y/o ansiosos están, que podría estar relacionados con la presencia de tu dolor.

PROCEDIMIENTOS:

Si aceptas participar en este estudio, se te harán preguntas de dos cuestionarios: Uno que es la escala de Cribado para trastornos emocionales relacionados con la ansiedad en niños (SCARED), para saber si has presentado síntomas de ansiedad y la escala de valoración de depresión en niños- revisada (CDRS-R) para ver si has estado deprimido (a), la entrevista tomará más o menos 40 minutos.

RIESGOS Y MALESTARES POTENCIALES

Las molestias asociadas al estudio no son un riesgo grave para tu salud. La realización de los cuestionarios podría causarte recuerdos y emociones desagradables en el momento y su esto pasa, te apoyaremos durante el tiempo en que sientas angustia o tristeza por lo que estás recordando.

INFORMACIÓN ACERCA DE TU PROBLEMA

La realización de este estudio permitirá conocer a que situaciones de estrés te has visto expuesto y que te han llevado a sentirte desesperado(a) o triste, así como ver el grado de depresión que podrías estar presentando.

BENEFICIOS PARA TI

Este estudio se hace para mejorar tu salud. El beneficio que esperamos con este estudio, es conocer las situaciones de estrés que has vivido y saber que grado de depresión y/o ansiedad has presentado para saber si tienen relación con tú dolor, para darte una mejor atención por un especialista que pueda apoyarte en tus problemas.

BENEFICIOS PARA LA SOCIEDAD

Este estudio se hace para tratar de entender y prevenir las causas que llevan a que los niños(as) y adolescentes presenten dolor abdominal crónico y poder desarrollar mejores los tratamientos para ayudarlos.

ALTERNATIVAS A LA PARTICIPACIÓN

Tu puedes decidir que no quieres participar, y esto no afectará de ninguna manera la atención que recibes en el Instituto.

PAGO POR PARTICIPAR

No se te cobrará por la valoración por psiquiatría y tampoco se te ofrecerá dinero a cambio, por lo que tu participación es voluntaria y gratuita.

ANONIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Las únicas personas que sabrán que estás en éste estudio, son los doctores del grupo de investigación. Ninguna información acerca de ti o proporcionada por ti durante la investigación será divulgada a otros sin tu permiso por escrito, exceptuando:

Si es necesaria para proteger tus derechos o bienestar (por ejemplo, si necesitas atención hospitalaria en otra institución, o bien.

Si la ley lo ordena

Si los resultados de esta investigación se publican o se presenten en conferencias no se incluirá información que de pistas de tu identidad.

Guardaremos toda la información en archiveros con llave y computadoras con contraseñas protegidas.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO

Tu participación en esta investigación es voluntaria. Si decides no participar, esto no afectará tu derecho a recibir atención en el Instituto Nacional de Pediatría. Si decides participar, tienes la libertad de dejar de contestar en el momento que quieras y esto tampoco afecta la atención que recibes en este hospital.

DESCUBRIMIENTOS:

Durante el transcurso del estudio se te informará acerca de cualquier descubrimiento de importancia (ya sea bueno o malo) y se te dará seguimiento gratuito en la consulta o se te orientará acerca de los tratamientos que se consideren mejores para ti.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Si tienes alguna pregunta o duda relacionada con el estudio, podrás ponerte en contacto con la investigadora anotada a continuación:

Dr. Jaime Andrés Arch Quirarte, Servicio de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Instituto Nacional de Pediatría, Celular 3310102469
Dra. Diana Molina Valdespino, Servicio de Psiquiatría infantil y de la adolescencia, tel.: 10840900 Extensión: 1844

Si tuvieras dudas o quejas del estudio al que se te está invitando, puedes contactar con el presidente del comité de ética del INP, el Dr. Alberto Olaya, al teléfono 10840900, extensión 1581. Domicilio: Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, Alcaldía Coyoacán, CDMX.

DERECHOS DE LOS SUJETOS BAJO INVESTIGACIÓN:

Puedes retirar tu permiso en cualquier momento y dejar de participar. No renuncias a ninguno de tus derechos debido a tu participación en este estudio de investigación.

FIRMA DEL PACIENTE

Si tanto tú, como tus padres han aceptado participar en el estudio, deberás firmar el presente formulario de asentimiento.

Yo he leído (o alguien me ha leído) y entiendo la información anotada anteriormente. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias a todas mis preguntas. Me han dado una copia de este formulario.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO YO CONSIENTO VOLUNTARIAMENTE EN PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN DESCRITA.

Nombre completo del paciente: _____

Edad del paciente: _____ Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre completo de madre, padre o tutor: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre y firma de la persona que realiza la discusión del asentimiento informado:

Fecha: _____

Nombre completo de testigo 1: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre completo de testigo 2: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

ANEXO 7. AVISO DE PRIVACIDAD



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto
Nacional
de Pediatría

AVISO DE PRIVACIDAD

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “ASOCIACION ENTRE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS Y DOLOR CRONICO FUNCIONAL EN PACIENTES PEDIATRICOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA”.

Proyecto con registro:

El Dr. Jaime Andrés Arch Quirarte con Cédula Profesional 12470123, legalmente acreditado para brindar servicios de salud en población infantil y como trabajador adscrito al Instituto Nacional de Pediatría, con domicilio en Insurgentes Sur 3700c Colonia Insurgentes Cuicuilco, Código Postal 04530, Delegación Coyoacán en México CDMX, es el responsable de recabar sus datos personales, el uso que se les dé a los mismos y su protección.

Los datos personales de su hijo serán utilizados con fines que deriven exclusivamente del proyecto de investigación “**Asociación entre trastornos depresivos y ansiosos y dolor abdominal crónico funcional en pacientes pediátricos en el Instituto Nacional de Pediatría**”, en el que usted voluntariamente aceptó participar. Para los fines antes mencionados podemos recabar los datos personales de su hijo de distintas formas: cuando usted nos los proporcione directamente, a través del expediente médico o través de una llamada telefónica.

Los datos que recabaremos de manera directa, serán entre otros:

- 1) Una ficha de identificación que incluirá número de expediente, fecha de nacimiento y sexo.
- 2) Resultados de las 2 escalas para medición de depresión y ansiedad:
 - **CRDS-R** *Children’s Depression Rating Scale-Revised*, Escala para la evaluación de depresión en niños.
 - **SCARED** *Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders*, Cribado para Trastornos emocionales relacionados a ansiedad en niños.
- 3) Hoja de recolección de datos sociodemográficos.
- 4) Datos de los padres y/o tutores como Nombres, Firmas, Dirección e Identificación Oficial.

Los datos que recabaremos de manera telefónica serán, sus dudas o aclaraciones sobre el proyecto de investigación.

Le informamos que, para cumplir con las finalidades previstas en este aviso de privacidad, serán recabados y captados como datos personales sensibles, todos aquellos relacionados con antecedentes clínicos y condiciones patológicas, principalmente, nos comprometemos a que los mismos serán tratados bajo las más estrictas medidas de seguridad que garanticen su confidencialidad. Usted tiene derecho a acceder a los datos personales que poseemos y a los detalles del tratamiento de los mismos, así como a rectificarlos en caso de estar inexactos o

incompletos. Podrá cancelarlos cuando:

- Considere que no se requieren para alguna de las finalidades señaladas en el presente aviso de privacidad.
- A su juicio, estén siendo utilizados para finalidades no consentidas.
- Decida finalizar su participación en el proyecto.
- O bien, oponerse al tratamiento de los mismos para fines específicos. En caso de cancelarlos usted deberá de manifestarlo por escrito y especificar el fin que desea para sus datos. Esta carta deberá de ser entregada personalmente al Dr. Jaime Andrés Arch Quirarte del servicio de Salud Mental, del Instituto Nacional de Pediatría.

Los datos personales de su hijo y de usted, serán almacenados en una base electrónica diseñada ex profeso para tal fin, y bajo resguardo del personal que labora en este proyecto por un lapso de 5 años. Nos comprometemos a no transferir su información a terceros sin su consentimiento, salvo las excepciones previstas en el artículo 37 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, así como a realizar esta transferencia en los términos que fija la ley.

Nos reservamos el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente aviso de privacidad, para la atención de novedades legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de nuestro servicio.

Si Usted considera que su derecho de protección de datos ha sido lesionado por alguna conducta de nuestro personal o nuestras actuaciones o respuestas, presume que en el tratamiento de sus datos personales existe alguna violación a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, podrá interponer queja o denuncia correspondiente ante el IFAI, para mayor información visite www.ifai.org.mx

Es importante que usted sepa que todo el equipo que colabora en este estudio se compromete a que toda la información proporcionada por usted, será tratada bajo medidas de seguridad, y garantizando siempre su confidencialidad. En el caso de este proyecto las medidas que se tomarán para ello serán utilizar códigos, iniciales del nombre del paciente en estudio y número de expediente, los cuales se almacenarán en archivo electrónico a cargo del investigador principal.

Los datos que usted nos proporcione (nombre, dirección, identificación oficial y firma) no serán compartidos con otras personas o instituciones, y únicamente serán usados por el equipo de investigadores para este proyecto.

Usted tiene derecho a acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al manejo de los mismos o anular el consentimiento que nos haya otorgado para tal fin, acudiendo con cualquiera de los investigadores principales que el mismo día que se presente a solicitar retirar sus datos, eliminarán su expediente físico y lo que éste contenga.

De conformidad con lo que establece el artículo 9 de la Ley en cita, requerimos de su consentimiento expreso para el tratamiento de los datos personales sensibles, por lo que solicitamos que indique si acepta o no el tratamiento.

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD: Manifiesto estar de acuerdo con el tratamiento que se dará a mis datos personales.

**Consiento que los datos personales de mi hijo _____
sean tratados conforme a los términos y condiciones del presente aviso de privacidad.**

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FECHA

ANEXO 8. AVISO DE PRIVACIDAD PARA TESTIGOS



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto
Nacional
de Pediatría

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “Asociación entre trastornos depresivos y ansiosos y dolor abdominal crónico funcional en pacientes pediátricos en el Instituto Nacional de Pediatría”.

AVISO DE PRIVACIDAD PARA TESTIGOS

El *Dr. Jaime Andrés Arch Quirarte con Cédula Profesional 12470123, legalmente acreditado para brindar servicios de salud en población infantil y como trabajador adscrito al Instituto Nacional de Pediatría con domicilio en Insurgentes Sur 3700c Colonia Insurgentes Cuicuilco, Código Postal 04530, Delegación Coyoacán en México CDMX*, es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección.

Su información personal será utilizada con los fines indicados a continuación:

Participar como testigo en el proceso de consentimiento informado de los estudios clínicos que se llevan a cabo en el Instituto Nacional de Pediatría.

Para las finalidades antes mencionadas, *el Dr. Jaime Andrés Arch Quirarte* requiere la obtención de los siguientes datos personales:

- Nombre
- Firma
- Parentesco con el paciente/sujeto
- Dirección
- Identificación oficial

Usted tiene derecho de tener acceso a sus datos personales, rectificarlos (corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta) y cancelarlos (que la eliminemos de nuestras bases de datos), así como de oponerse al uso de los mismos o retirar el consentimiento que para tal fin haya otorgado. En caso de que usted requiera realizar alguna de estas acciones, le sugerimos contactar al *Dr. Jaime Andrés Arch Quirarte en el Instituto Nacional de Pediatría* quien le informará el proceso a seguir.

El Jaime Andrés Arch Quirarte tomará las medidas necesarias para garantizar en todo momento el apego a los principios de protección de datos establecidos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

El presente Aviso de Privacidad puede sufrir modificaciones o actualizaciones debido a nuevos requerimientos legales, nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de nuestros servicios o nuevos requerimientos de los estudios clínicos. Estas modificaciones podrán ser consultadas con el *Dr. Jaime Andrés Arch*

Quirarte ya sea acudiendo al centro o en el siguiente número telefónico:
3310102469

Si usted considera que alguno de sus derechos como titular de los datos personales ha sido lesionado por alguna conducta de nuestros empleados o de nuestros actos o respuestas o presume que en el tratamiento de sus datos personales existe alguna violación a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, podrá imponer la queja o denuncia correspondiente ante el IFAI (Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos), para mayor información visite www.ifai.org.mx

REFERENCIAS

1. Fifi AC, Velasco-Benitez C, Saps M. Functional abdominal pain and nutritional status of children. A school-based study. *Nutrients*. 2020;12(9):1-7. doi:10.3390/nu12092559
2. Dhroove G, Saps M, Garcia-Bueno C, Leyva Jiménez A, Rodriguez-Reynosa LL, Velasco-Benítez CA. Prevalencia de trastornos gastrointestinales funcionales en escolares mexicanos. *Rev Gastroenterol Mex*. 2017;82(1):13-18. doi:10.1016/j.rgm.2016.05.003
3. Kapural L. *Chronic Abdominal Pain*. Springer Science+Business Media New York; 2015. doi:10.1007/978-1-4939-1992-5_1
4. Tolba R, Shroll J, Kanu A, Rizk MK. The Epidemiology of Chronic Abdominal Pain. *Chronic Abdom Pain*. Published online 2015:13-24. doi:10.1007/978-1-4939-1992-5_2
5. Oberlander TF, Rappaport LA. Recurrent Abdominal Pain During Childhood. *Pediatr Rev*. 2015;14(8):313-319. doi:10.1542/pir.14-8-313
6. Krause L, Sarganas G, Thamm R, Neuhauser H. Headache, abdominal and back pain in children and adolescents in Germany: Results from KiGGS Wave 2 and trends. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*. 2019;62(10):1184-1194. doi:10.1007/s00103-019-03007-8
7. Reust CE, Williams A. Organic Etiologies of Recurrent Abdominal Pain in Children: Differential Diagnosis. *Am Fam Physician*. 2018;97(12):785-794. www.aafp.org/afp
8. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: A field survey of 1,000 school children. *Arch Dis Child*. 1958;33(168):165-170. doi:10.1136/adc.33.168.165
9. Halder SLS, McBeth J, Silman AJ, Thompson DG, Macfarlane GJ. Psychosocial risk factors for the onset of abdominal pain. Results from a large prospective population-based study. *Int J Epidemiol*. 2002;31(6):1219-1225. doi:10.1093/ije/31.6.1219
10. Zolezzi Francis A (Servicio DGHMAL-P. Las Enfermedades Funcionales Gastrointestinales y Roma III. *Rev Gastroenterol Perú*. 2007;(27):177-184.
11. Von Gontard A, Moritz AM, Thome-Granz S, Equit M. Abdominal pain symptoms are associated with anxiety and depression in young children. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2015;104(11):1156-1163. doi:10.1111/apa.13134
12. Moayedi A, Moayedi F. Psychological aspects of Recurrent Abdominal Pain Syndrome in children. *J Med Life*. 2015;8(Spec Iss 4):56-59. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28316707><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5319255>
13. Nelson S, Cunningham N. The impact of posttraumatic stress disorder on clinical presentation and psychosocial treatment response in youth with functional abdominal pain disorders: An exploratory study. *Children*. 2020;7(6). doi:10.3390/children7060056
14. Gieteling MJ, Leeuwen YL Van, Passchier J, Koes BW, Berger MY. The course of mental health problems in children presenting with abdominal pain

- in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2012;30(2):114-120. doi:10.3109/02813432.2012.675561
15. Lalouni M, Hesser H, Bonnert M, et al. Breaking the vicious circle of fear and avoidance in children with abdominal pain: A mediation analysis. *J Psychosom Res*. 2021;140(October 2020). doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110287
 16. Schmulson MJ, Drossman DA. What is new in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil*. 2017;23(2):151-163. doi:10.5056/jnm16214
 17. Knook LME, Konijnenberg AY, Van Der Hoeven J, et al. Psychiatric disorders in children and adolescents presenting with unexplained chronic pain: What is the prevalence and clinical relevancy? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(1):39-48. doi:10.1007/s00787-010-0146-0
 18. Ayonrinde OT, Ayonrinde OA, Adams LA, et al. The relationship between abdominal pain and emotional wellbeing in children and adolescents in the Raine Study. *Sci Rep*. 2020;10(1):1-11. doi:10.1038/s41598-020-58543-0
 19. Lexne E, Brudin L, Marteinsdottir I, Strain JJ, Nylander PO. Psychiatric symptoms among patients with acute abdominal pain : Patients with organic dyspepsia report more psychiatric symptoms and rate poorer general health compared to patients with other specific abdominal diagnoses and non-specific abdominal pain at. *Scand J Gastroenterol*. 2020;55(7):769-776. doi:10.1080/00365521.2020.1782464
 20. Andrea Shin, Geoffrey A. Preidis, Robert Shulman and PK. The Gut Microbiome in Adult and Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019;17(2):256-274. doi:10.1016/j.cgh.2018.08.054.
 21. Rodríguez G. L, Faúndez H. R, Maure O. D. Dolor Abdominal Crónico en Pediatría. *Rev Chil Pediatr*. 2012;83(3):279-289.
 22. Gracie DJ, Hamlin PJ, Ford AC. The influence of the brain–gut axis in inflammatory bowel disease and possible implications for treatment. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2019;4(8):632-642. doi:10.1016/S2468-1253(19)30089-5
 23. Davis MT, Holmes SE, Pietrzak RH, Esterlis I. Neurobiology of Chronic Stress-Related Psychiatric Disorders: Evidence from Molecular Imaging Studies. *Chronic Stress*. 2017;1. doi:10.1177/2470547017710916
 24. Mar I. Los trastornos psicósomáticos en el niño y el adolescente. *MEDISAN*. 2020;24(5):943-961. <https://orcid.org/0000-0002-4892-4144>
 25. van der Veek SMC, Derkx HHF, de Haan E, Benninga MA, Boer F. Emotion awareness and coping in children with functional abdominal pain: A controlled study. *Soc Sci Med*. 2012;74(2):112-119. doi:10.1016/j.socscimed.2011.10.023
 26. Mascaraque P. Sanchez, Guerrero Alzola F. Actualización del trastorno psicósomático en la infancia y adolescencia. *Rev Pediatra Integr*. 2017;21(1):32-38.
 27. Carmona-Sánchez R, Icaza-Chávez ME, Bielsa-Fernández M V., et al. Consenso mexicano sobre el síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016;81(3):149-167. doi:10.1016/j.rgmex.2016.01.004
 28. Landry BW, Fischer PR, Driscoll SW, et al. Managing Chronic Pain in Children and Adolescents: A Clinical Review. *PM R*. 2015;7(11):S295-S315.

- doi:10.1016/j.pmrj.2015.09.006
29. Acosta KR, Canals J, Hernández-Martínez C, Balladriga MCJ, Viñas F, Domènech-Llaberia E. Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*. 2010;22(4):613-618.
 30. Quintana L. Sintomatología del trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión en una muestra de niños testigos de violencia en la calle y violencia familiar que viven en Ciudad Juárez. Published online 2014. <http://www.tdx.cat/handle/10803/283944>
 31. De la Peña Olvera FR, Gómez Castro C, Heinze Martin G, Palacios-Cruz L. Adversidad social y trastornos psiquiátricos: Estudio comparativo entre estudiantes de secundarias públicas y privadas. *Salud Ment*. 2014;37(6):483. doi:10.17711/sm.0185-3325.2014.058
 32. Nereth L, Moye Q. Revista Electrónica de Psicología Iztacala CIUDAD JUÁREZ SYMPTOMATOLOGY OF DEPRESSION ON BOYS AND GIRLS WHO HAVE WITNESS ' S VIOLENCE IN THE STREET LIVING IN CIUDAD. 2016;(3):1014-1026.
 33. Solyom AE. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder. *JAMA*. 2004;291(1):1033-1041.
 34. Plener PL, Grieb J, Spröber N, et al. Convergence of children's depression rating scale-revised scores and clinical diagnosis in rating adolescent depressive symptomatology. *Ment Illn*. 2012;4(1):29-31. doi:10.4081/mi.2012.e7
 35. Polaino-Lorente A, Mediano ML, Martínez R. Estudio epidemiológico de la sintomatología depresiva infantil en la población escolar madrileña de ciclo medio. *An españoles Pediatría*. 1994;46(1997):344-350.
 36. Zia JK, Lenhart A, Yang PL, et al. Risk Factors for Abdominal Pain–Related Disorders of Gut–Brain Interaction in Adults and Children: A Systematic Review. *Gastroenterology*. 2022;163(4):995-1023.e3. doi:10.1053/j.gastro.2022.06.028
 37. Narmandakh A, Roest AM, de Jonge P, Oldehinkel AJ. Psychosocial and biological risk factors of anxiety disorders in adolescents: a TRAILS report. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30(12):1969-1982. doi:10.1007/s00787-020-01669-3
 38. Zhu Y, Chen X, Zhao H, et al. Socioeconomic status disparities affect children's anxiety and stress-sensitive cortisol awakening response through parental anxiety. *Psychoneuroendocrinology*. 2019;103(19):96-103. doi:10.1016/j.psyneuen.2019.01.008
 39. Zeevenhooven J, van der Heijden S, Devanarayana NM, Rajindrajith S, Benninga MA. Epidemiology of Functional Abdominal Pain Disorders and Functional Defecation Disorders in Adolescents in Curacao. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2020;70(4):e71-e76. doi:10.1097/MPG.0000000000002623
 40. Denesh K, Chitkara, Miranda A. L. van Tilburg, Nannette Blois-Martin WEW. Early life risk factors that contribute to irritable bowel syndrome in adults: systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(3). doi:10.1111/j.1572-0241.2007.01722.x.Early

41. Karunanayake A, Devanarayana NM, Rajindrajith S. Early life events in functional abdominal pain disorders in children. *PLoS One*. 2022;17(11 November):1-11. doi:10.1371/journal.pone.0275419
42. Korterink JJ, Diederik K, Benninga MA, Tabbers MM. Epidemiology of pediatric functional abdominal pain disorders: A meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(5):1-17. doi:10.1371/journal.pone.0126982
43. Eisenbruch S, Enck P. Psychobiological mechanisms in the pathophysiology of chronic visceral pain. *Schmerz*. 2016;30(5):407-411. doi:10.1007/s00482-016-0130-9
44. John W. Wiley, Gerald A. Higgins BDA. Stress and glucocorticoid receptor transcriptional programming in time and space: Implications for the brain–gut axis. *Neurogastroenterol Motil*. 2016;28(1):12-25. doi:10.1111/nmo.12706.
45. Higgins GA, Hong S, Wiley JW. The Role of Epigenomic Regulatory Pathways in the Gut-Brain Axis and Visceral Hyperalgesia. *Cell Mol Neurobiol*. 2022;42(2):361-376. doi:10.1007/s10571-021-01108-0