

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.
“ DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA”

TESIS DE POSGRADO

TITULO:

“Frecuencia de depresión en pacientes pediátricos con dolor abdominal que acuden al servicio de gastropediatria de la UMAE CMN La Raza”

PARA OBTENER EL TITULO

MEDICO PEDIATRA

PRESENTA

DRA. IVONNE KARLA ESPINOS GOMEZ

ASESOR DE TESIS
DR. RICARDO GERARDO HIDALGO LUNA

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DIRECTOR DE INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
"DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

JOSE LUIS MATAMOROS TAPIA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
" DR, GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

MARIO GONZALEZ VITE

MEDICO PEDIATRA Y MEDICO PSIQUIATRA
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
" DR, GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

DR. RICARDO GERARDO HIDALGO LUNA.

MEDICO RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE ESPECIALIDAD
EN PEDIATRIA
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
" DR, GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Ricardo Gerardo Hidalgo Luna.
Pediatra y Médico psiquiatra
Adscrito al servicio: Higiene Mental
UMAE: Dr. Gaudencio González Garza.
CMN La Raza IMSS.

INVESTIGADORES ASOCIADOS:

Dra. Evelyn Juárez Naranjo.
Medico Gastroenterólogo Pediatra
UMAE. Dr. Gaudencio González Garza.
CMN LA RAZA IMSS.

José Antonio Chávez Barrera.
Médico Gastroenterólogo pediatra
UMAE Dr. Gaudencio González Garza.
CMN LA RAZA IMSS

Maria Guadalupe Rodríguez Maldonado.
Reumatóloga Pediatra.
UMAE: Dr. Gaudencio González Garza.
CMN LA RAZA IMSS

Dra. Ivonne Karla Espinos Gómez.
Médico Pediatra.
Residente de 4to. Año de pediatría.
UMAE. Dr. Gaudencio González Garza.
CMN LA RAZA IMSS

INDICE:

RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	4
JUSTIFICACION.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
OBJETIVOS.....	11
HIPOTESIS.....	12
TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.....	13
IDENTIFICACION DE VARIABLES.....	14
MATERIAL Y METODOS.....	17
METODOLOGIA.....	18
ANALISIS ESTADISTICO.....	19
RECURSOS.....	20
CONSIDERACIONES ETICAS.....	21
FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO.....	22
ANEXOS.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	32
CRONOGRAMA.....	34

TITULO: "Frecuencia de depresión medida por el cuestionario de depresión infantil en pacientes pediátricos con dolor abdominal, que acuden al servicio de gastroenterología de la UMAE CMN La Raza"

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ricardo Gerardo Hidalgo Luna., Pediatra y Médico psiquiatra, Adscrito al servicio: Higiene Mental. **INVESTIGADORES ASOCIADOS:** Dra. Evelyn Juárez Naranjo. Médico Gastroenterólogo Pediatra. Jose Antonio Chavez Barrera Médico Gastroenterólogo Pediatra. María Guadalupe Rodríguez Maldonado. Reumatóloga Pediatra. Dra. Ivonne Karla Espinos Gómez. Residente de 4to. Año de pediatría.

Marco teórico: El dolor abdominal recurrente es la entidad más común en niños y adolescentes afectando aproximadamente de un 10 a 15% de la población en edad escolar. La depresión es una enfermedad muy habitual, según la organización Mundial de la Salud, representa el 4 to. Problema de salud a nivel mundial y ocupara el 2do. Lugar en el año 2020(12). En México, la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica (ENEP) Proporciono las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales, se estimo que el 8.4 % de la población ha sufrido según la población manual Diagnostico y Estadístico de la asociación americana de psiquiatría (DSM-IV TR) un episodio un episodio alguna vez en la vida con una mediana de edad a los 24 años. Debido a la mayor comorbilidad de la depresión en los individuos en quienes se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que ella se inicie en la infancia o la adolescencia, sea una forma más severa del trastorno(14). La depresión en pacientes con enfermedades crónicas, es dos a tres veces más común que en la población general. (14). Actualmente de acuerdo a la clasificación de las enfermedades psicosomáticas de la primera infancia según Joaquín Callabed, donde delimita el campo de la medicina psicosomática dentro del complejo mundo de las relaciones orgánicas y psíquicas. El campo psicosomático recobra todas las enfermedades físicas donde el determinismo y la evolución reconocen el papel prevalente de factores psicológicos o conflictuales. La clínica psicológica nos sitúa frente a una realidad física. Dentro de la clasificación se encuentran los dolores abdominal psicógenos que aparecen con frecuencia entre los 8 y 10 años de edad.

Existen aun pocos estudios donde se evidencie la presencia de depresión asociada a dolor abdominal sobretodo en la población pediátrica, aun así los estudios realizados muestran un alto porcentaje de prevalencia de depresión asociada con dolor abdominal.

JUSTIFICACION: En la UMAE Hospital General Gaudencio González Garza en el servicio de gastroenterología constituye el dolor abdominal constituye aproximadamente el 30% de consulta de primera vez y es motivo de consultas subsecuentes por periodos prolongados. El interés en este proyecto de investigación no se reduce a la simple identificación del problema posiblemente sub-diagnosticado, sino que nuestro principal interés es enfatizar el abordaje integral psicopsicosocial, que requieren este tipo de pacientes, a través del apoyo de otras disciplinas de salud que están involucradas en el manejo multidisciplinario.

PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA Profesionales en psicología infantil han observado que la presencia de depresión en pacientes con enfermedades crónicas como lo es el dolor abdominal presentan una evolución clínica mas complicada, reflejándose en el estado global de la salud del paciente aunado a que el dolor abdominal crónico es un patología frecuente en pediatría y causa de consulta tanto al nivel de médicos generales, pediatras y servicios de gastroenterología pediátricas. Lo que hace plantear la siguiente pregunta:

¿ Cual es la frecuencia de depresión en pacientes con dolor abdominal.

OBJETIVO GENERAL se identifico la frecuencia de depresión en pacientes pediátricos con dolor abdominal según los criterios de Roma III de dolor abdominal funcional atendidos en el servicio de gastroenterología pediátrico

HIPOTESIS: No se realizara hipótesis ya que el estudio es tipo observacional, descriptivo y transversal.

TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO: Descriptivo, Transversal, Observacional

IDENTIFICACION DE VARIABLES. Dolor abdominal, Depresión, Edad, y genero.

MATERIAL Y METODOS

Universo de trabajo y tamaño de la muestra: el estudio se realizo en pacientes pediátricos con diagnostico de dolor abdominal según los criterios inclusión establecidos por Roma III atendidos en el servicio de gastroenterología pediátrica de la unidad de alta especialidad la raza del instituto mexicano del seguro social, entre el periodo de marzo a julio del 2009.

CRITERIOS DE INCLUSION: Pacientes con diagnostico de dolor abdominal que fueron atendidos en la consulta de gastroenterología pediátrica de primera vez y subsecuentes que cumplan los criterios propuestos por Roma III. 2.- Género femenino y masculino.3.- Edad de 7 a 15 años 4. Con expediente clínico completo.5 Cuyos padres y pacientes aceptaron participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION: 1. Pacientes menor de 7 años y mayores de 15 años. 2.- Pacientes que se encuentren en tratamiento psiquiátrico psicológico 3.- Pacientes que se nieguen a participar

CRITERIOS DE NO INCLUSION: Pacientes con cuestionados incompleto

METODOLOGIA Se obtuvieron de las hojas de consulta externa de gastroenterología nombre, numero de filiación y teléfono. Se localizo vía telefónica o el día que acudio a la cita en consulta externa de Gastroenterología. Se revizo el expediente clínico y se realizo un cuestionario con los criterios de Roma III para corroborar que las características del dolor abdominal funcional de acuerdo a los criterios de Roma III. Se informo al paciente a través del consentimiento informado (anexo VI). A los pacientes que aceptaron participar se les realizo un cuestionario: contiene 27 rubros que evalúan la sintomatología depresiva en las últimas dos semanas validado para ser aplicado a niños de 7 a 15 años. El cuestionario fue evaluado por expertos en psiquiatría para valorar el grado de depresión.

ANALISIS ESTADISTICO. Las variables se resumieron con estadística descriptiva de acuerdo a la naturaleza de la variable en medias de frecuencia y porcentaje. La frecuencia de depresión con dolor abdominal se expreso en frecuencia y porcentaje

RECURSOS: HUMANOS, EXPEDIENTES CLINICOS, TELEFONO, COMPUTADORA, HOJAS PARA IMPRESIÓN Y RECOLECCION DE DATOS, LAPICES Y PLUMAS.

CONSIDERACIONES ETICAS: El presente estudio se apega al manual de buenas practicas clínicas y se inscribe dentro de la normativa en relación a la investigación en seres humanos de la coordinación de investigación en salud, así como a las disposiciones contenidas en el código sanitario en materia de investigación, acordes a la declaración de Helsinki y a sus adecuaciones posteriores (Hong Kong y Tokio)

FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO: Se dispuso de todos recursos necesarios para poderse llevar a cabo el presente estudio, siendo tomados los pacientes del servicio de gastroenterología con diagnostico de dolor abdominal según los criterios de Roma III, así como se proporcionaron los recursos necesarios por parte del servicio de Higiene mental para valorar el estado de salud mental en este caso Depresión con el cuestionario y escala necesaria.

ANTECEDENTES:

El dolor abdominal recurrente es la entidad más común en niños y adolescentes afectando aproximadamente de un 10 a 15% de la población en edad escolar. Los casos en que puede justificarse su etiología orgánica son entre 5 y 10% y el 90 a 95% restante se define como disfuncional ¹

La coexistencia de síntomas psiquiátricos y síntomas gastrointestinales se presentan hasta en 80% aunque no predomina ningún diagnóstico en particular.

Algunos estudios de neuroimagen demuestran anomalías en los mecanismos que procesan el dolor central en respuesta a estímulos como la distensión rectal, así mismo, la asociación de factores cognitivos y somatización ha dado pauta el tratamiento como psicoterapia para reducir el dolor abdominal.

En la psicopatología asociada a dolor abdominal se incluyen el trastorno de ansiedad, el cual puede preceder o seguir a los síntomas y la depresión, que se asocia a un grado mayor que la ansiedad.

Apley refirió inicialmente al dolor abdominal como recurrente, a finales de 1950 basado en una investigación realizada en una población de 1000 escolares. El autor clasifica el dolor abdominal como crónico o recurrente cuando ocurría por lo menos una vez al mes durante tres meses consecutivos y con una intensidad suficiente como para alterar la vida normal ⁽²⁾.

Esta definición está construida inicialmente para establecer criterios de inclusión, pero más tarde llegar a ser un término usado clínicamente al evaluar a todos los niños con dolor abdominal sin una etiología orgánica ⁽³⁾.

Se define que el dolor abdominal recurrente, incluye a niños con una variedad de trastornos gastrointestinales ⁽²⁾.

El dolor abdominal se puede definir como disconformidad, indisposición, sufrimiento, caracterizado por diferentes signos y síntomas localizados en abdomen y puede clasificarse como orgánico o inorgánico, según sea o no posible identificar la causa ⁽⁴⁾.

Se llama orgánico o funcional al dolor que no puede explicarse con base en alteraciones estructurales o bioquímicas.

En el congreso internacional de Gastroenterología de Roma de 1988 se establece, por primera vez y por consenso de varios subcomités de expertos, la clasificación de los trastornos funcionales del adulto, que se publican en el año de 1994. Los criterios diagnósticos, basados en los síntomas, recibieron el nombre de criterios de Roma I. Se establecieron seis grupos, dependiendo del órgano afectado, esofágicos, gastroduodenales, intestinales, dolor abdominal funcional, de la vía biliar, páncreas, y anorrectales, pero no hubo ninguna referencia en la edad infantil.

En el año de 1997 se incorporó un equipo pediátrico de trabajo para establecer guías basadas en evidencia para la evaluación y manejo de dolor abdominal crónico en niños. Este comité desarrolló una clasificación basada en síntomas de las alteraciones funcionales a dolor abdominal conocida como criterios de Roma para alteraciones funcionales intestinales, asociadas a dolor abdominal o malestar en niños publicadas en la revista

Gut en 1999 y posteriormente en el texto “ The Functional Gastrointestinal Disorders”(5,6)

La utilidad de los criterios de Roma II en la práctica clínica y en la investigación es una guía para el tratamiento y clasificación de los pacientes.

No obstante, el tiempo y su aplicación demostraron que tenían diversas limitaciones y que claramente podían ser mejorados. Con esta intención nacieron los “criterios de Roma III” que se han presentado en DDW 2006 y que se recogen en el volumen de Abril de Gastroenterology así como en un libro publicado a tal efecto.

El proceso de elaboración de los criterios de Roma III ha durado 5 años y han participado un total de 87 expertos sobre los distintos temas. (7)

Los cambios principales con respecto a los criterios previos de Roma II son algunos de los siguientes:

Se ha modificado el tiempo de evolución necesario para establecer el diagnóstico. Ahora basta con que los síntomas hayan aparecido al menos 6 meses antes y estar actualmente activos durante 3 meses, dependiendo el trastorno gastrointestinal.

Este hecho los hace menos restrictivos que los utilizados en Roma II (12 semanas de síntomas en los últimos 12 meses) (8)

Los trastornos pediátricos se han dividido en dos categorías: las correspondientes a neonatos/primer infancia y segunda infancia/adolescentes. La causa es que los trastornos en ambos periodos del desarrollo pueden ser muy diferentes(9,10)

En un estudio realizado por Cruz y Cools, (2007), se estudiaron 50 pacientes con dolor abdominal en base a los criterios de Roma II, aplicándose cuestionarios del DSM-IV para depresión, el cual ha sido rediseñado y aceptado internacionalmente, en dicho estudio reveló que en el 50% de los casos, la relación de dolor abdominal que en este caso se manifestaba como síndrome de intestino irritable con depresión era del 50% con predominio del sexo femenino. (11)

La depresión es una enfermedad muy habitual, según la Organización Mundial de la Salud, representa el 4to. problema de salud a nivel mundial y ocupará el 2do. Lugar en el año 2020(12).

Este trastorno se presenta en todas las etapas del ciclo vital, aunque la prevalencia vital varía según la población que se estudie y el método diagnóstico que se utilice, actualmente su identificación se ha incrementado gracias a la mejor definición diagnóstica y al uso de diversos instrumentos de evolución.(13)

En México, la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica (ENEP) Proporciona las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales, se estima que el 8.4 % de la población ha sufrido según la población manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV TR), un episodio alguna vez en la vida con una mediana de edad a los 24 años.

Sin embargo en los últimos 30 años, se ha empezado a reconocer que la depresión también es un trastorno que padecen los niños y los

adolescentes, aunque su estimación general no es conocida. Algunos estudios sugieren que la edad de inicio para la depresión está disminuyendo en cohortes estudiadas recientemente. (13, 14)

Debido a la mayor comorbilidad de la depresión en los individuos en quienes se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que ella se inicie en la infancia o la adolescencia, sea una forma más severa del trastorno. (14)

Kandel y Davis sugieren que las personas que padecen depresión, les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con pocas amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico. (15)

La depresión en pacientes con enfermedades crónicas, es dos a tres veces más común que en la población general. (14).

En algunos estudios la prevalencia de la depresión varía en virtud de la asociación con discapacidad y dolor. (15).

La depresión se presenta en forma gradual con una gran variedad de síntomas que deben estar presentes al menos 2 semanas y deben causar ansiedad y alteración en la funcionalidad basal del paciente (14)

Hay varios factores que pueden desencadenar la depresión: estrés emocional (Duelo), situaciones difíciles y enfermedad sobre todo de tipo crónico (16)

Los síntomas característicos son: pérdida del interés en las actividades que una persona normalmente disfruta, sentimientos de inutilidad, retraimiento social, incapacidad para concentrarse, alteraciones del sueño y cambios en el apetito.

Así pues dentro del aspecto global de salud, la evaluación de síntomas depresivos son importantes por el impacto que tiene sobre el estado funcional, la intensidad del dolor y el desinterés por las actividades de la vida diaria que presenta al paciente deprimido.

En las últimas décadas se han desarrollado instrumentos válidos y viables para evaluar la depresión y los cuestionarios cognitivos relacionados con la misma, sin embargo el inventario de depresión infantil (CDI) diseñado por Kovacs, es el instrumento auxiliar diagnóstico que se ha empleado tanto en la práctica clínica como a nivel institucional y el cual nos ayuda a encontrar los síntomas que sugieren depresión en un paciente (17,18)

Esta desarrollada tomando en cuenta tomando como base el inventario de depresión de Beck para adultos, y aunque en niños existen otros instrumentos como la escala de desesperanza de Kazdin y la escala de evaluación de anhedonia, estos no solo evalúan depresión sino que se emplean para predecir la posibilidad de intento suicida en niños con depresión, sin tomar en cuenta otra entidad clínica asociada, mientras que el segundo instrumento se emplea para evaluar el interés que tiene el niño por actividades de logro y reto personal además de depresión (19,20,21)

El CDI es el instrumento que más se ha utilizado para identificar a niños que presentan alta sintomatología depresiva siendo finalmente el diagnóstico de depresión un diagnóstico clínico, este ha demostrado estabilidad temporal y alta fiabilidad, ya que este instrumento cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico con respecto a la sintomatología de la

depresión infantil, contiene 27 reactivos cada uno de ellos anunciados en tres frases que evalúan la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente, en una escala de 0-2, en dirección del incremento gradual de la sicopatología. (22,23)

Para la ausencia de síntomas se otorga el puntaje de 0, para síntomas leves de 1, y para la mayor frecuencia e intensidad de depresión se da un puntaje de dos. De esta manera la puntuación total de la escala puede variar en un rango de 0 a 54 puntos, pero el punto de cohorte que determina la presencia de depresión infantil tanto en población general con clínica es de 19 puntos, aunque esta puede ajustarse a la edad del paciente, finalmente la puntuación es corregida con una escala de baremos por género y edad para obtener el grado de sintomatología depresiva, que puede ser sin sintomatología, con depresión leve o severa.(23)

EL CDI evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación etc), y autoestima negativa (juicio de ineficacia, fealdad, maldad, etc), ambos componentes del estado depresivo. Este cuestionario puede ser contestado directamente por los niños evaluados, como autoinforme, o pueden contestarlos adultos de referencia como el padre, la madre, profesores o cuidadores (23,24)

Finch y colaboradores sugieren que este instrumento es incluso superior a otros similares para determinar depresión infantil porque ha mostrado validez y adecuados índices de confiabilidad (alpha de Cronbach de al menos 0.80 y coeficientes de prueba de 0.38 a 0.87) (25)

La versión española fue validado desde 1980 y hasta 1999 se aplico a la población pediátrica Mexicana, con el fin de evaluar la depresión en población Mexicana, a través de los diferentes instrumentos de medición propuestos hasta el momento (13,17).

Actualmente de acuerdo a la clasificación de las enfermedades psicosomáticas de la primera infancia según Joaquín Callabed, donde delimita el campo de la medicina psicosomática dentro del complejo mundo de las relaciones orgánicas y psíquicas, el campo psicosomático recobra todas las enfermedades físicas donde el determinismo y la evolución reconocen el papel prevalente de factores psicológicos o conflictuales.

La clínica psicológica nos sitúa frente a una realidad física Dentro de la clasificación se encuentran los dolores abdominal psicógenos que aparecen con frecuencia entre los 8 y 10 años de edad. El niño es tratado frecuentemente con un enfoque somático, e incluso con intervenciones de apendicitis, existe una gran amplitud de patología digestivas, pero no se debe olvidar que pueden ir unidas a un episodio de separación de la madre, por ejemplo, en el momento de ir al colegio.(25)

Según la literatura algunos artículos reportan que hasta un 25% de los pacientes con dolor abdominal manifiestan otros trastornos psicosomáticos(26).

Sin embargo otros artículos reportan que hasta en un 90% de los niños con dolor abdominal recurrente, este es de origen emocional, llegando a este diagnostico cuando se carecen de sustrato orgánico, en un paciente con personalidad característica, perteneciente a familia con una estructura y modo de funcionamiento también peculiares, en los que se llega a identificar

una situación conflictiva desencadenante, agradable o desagradable, como antecedentes se recaban síntomas relacionadas con la esfera psicoemocional (fobias, temores nocturnos, enuresis, insomnio) (27).

En ocasiones el dolor abdominal puede tener una función protectora de las presiones externas y de las tendencias internas mas o menos deseadas que están en desarmonías con el medio familiar, en ocasiones los padres suelen estar muy preocupados y a menudo consideran al niño como un enfermo necesitado de atención y protección.

En un estudio realizado Campo y cols, donde se buscaba la prevaecía de desordenes psiquiátricos en niños y adolescentes con dolor abdominal recurrente, se menciona una prevaecía de hasta 43% con niños que presentaban depresión contra 77% que refirieron ansiedad.(29)

Existen aun pocos estudios donde se evidencie la presencia de depresión asociada a dolor abdominal sobre todo en la población pediátrica, aun así los estudios realizados muestran un alto porcentaje de prevalencia de depresión asociada con dolor abdominal. Sin embargo es importante tener estudios que evalúen la presencia de depresión en pacientes con dolor abdominal, teniendo presente que el diagnostico de depresión es clínico, y los cuestionarios que se utilizan son herramientas que nos auxilian a realizar dicho diagnostico.

JUSTIFICACION:

En la UMAE Hospital General Gaudencio González Garza en el servicio de gastroenterología constituye el dolor abdominal constituye aproximadamente el 30% de consulta de primera vez y es motivo de consultas subsecuentes por periodos prolongados.

De acuerdo a la literatura a nivel internacional se ha observado que el dolor abdominal se convierte con frecuencia en un problema de diagnóstico y manejo, ya que peses a la persistencia y severidad obliga a la realización de diversos estudios con el fin de descartar posibles causas orgánicas que no se encuentran en ocasiones, y que obliga a descartar otras causas como las relaciones con el entorno biopsicosocial.

Puesto que en nuestro hospital no se han realizado estudios que describan la frecuencia de depresión en los pacientes con dolor abdominal crónico, consideramos que el presente proyecto tiene relevancia en la identificación de este problema, ya que es factible que esto condicione: falta de interés en la salud, dificultad para mejorar sintomatología y un tratamiento erróneo así como repercusión en la evolución clínica, a pesar de un buen tratamiento médico.

Actualmente no se cuenta con un porcentaje fidedigno de depresión asociado con dolor abdominal.

El interés en este proyecto de investigación no se reduce a la simple identificación del problema posiblemente sub-diagnosticado, sino que nuestro principal interés es enfatizar el abordaje integral biopsicosocial, que requieren este tipo de pacientes, a través del apoyo de otras disciplinas de salud que están involucradas en el manejo multidisciplinario.

PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

Profesionales en psicología infantil han observado que la presencia de depresión en pacientes con enfermedades crónicas como lo es el dolor abdominal presentan una evolución clínica mas complicada, reflejándose en el estado global de la salud del paciente aunado a que el dolor abdominal crónico es un patología frecuente en pediatría y causa de consulta tanto al nivel de médicos generales, pediatras y servicios de gastroenterología pediátricas.

Lo que hace plantear la siguiente pregunta:

¿ Cual es la frecuencia de depresión en pacientes con dolor abdominal ¿

OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de depresión en pacientes pediátricos con dolor abdominal según los criterios de Roma III de dolor abdominal funcional atendidos en el servicio de gastroenterología pediátrica

HIPOTESIS:

No se realizara hipótesis ya que el estudio es tipo observacional, descriptivo y transversal.

TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO:

- Descriptivo
- Transversal
- Observacional

IDENTIFICACION DE VARIABLES

I. Dolor abdominal.

a. Definición conceptual: Discomfort, indisposición o sufrimiento a nivel abdominal.

b. Definición operacional: discomfort, indisposición, sufrimiento a cualquier nivel abdominal, referido por el familiar o el paciente, caracterizado por ser continuo o intermitente, con duración de por lo menos en los últimos tres meses con inicio de las molestias al menos 6 meses antes del diagnóstico..

c. Escala de medición nominal

II: Trastornos Funcionales Gastrointestinales:

a. Definición conceptual: Alteraciones, discomfort, indisposición o presencia de cualquier sintomatología de origen gastrointestinal.

b. Definición Operacional: La presencia de uno o más de los siguientes síntomas de característica crónica o recurrente, atribuibles a patología gastrointestinal:

1. Dispepsia funcional.

2. Síndrome de intestino irritable.

3. Migraña abdominal

4. dolor abdominal funcional del niño

4.1 Síndrome de dolor abdominal funcional del niño.

II.a Dispepsia funcional:

Definición conceptual: Dolor con ritmo y periodicidad determinada, sin evidencia de órgano afectado, ubicado en la porción superior del abdomen.

Definición operacional: debe cumplir todos los siguientes criterios: por lo menos una vez por semana los últimos dos meses antes del diagnóstico.

1. Dolor persistente o recurrente o molestias centradas en el abdomen superior (por encima del ombligo).

2. Sin evidencia de que la dispepsia se alivia exclusivamente por la defecación o por un cambio en el comienzo, frecuencia o forma de las heces.

3. Sin evidencias de enfermedades orgánicas, procesos neoplásicos, inflamatorios, anatómicos, y metabólicos que expliquen los síntomas de paciente.

Escala de medición nominal.

Indicador: Si/ No

II.b Síndrome de intestino irritable

Definición conceptual: discomfort abdominal (sensación incomoda no descrita como dolor) o dolor

Definición operacional: Dolor o Discomfort por lo menos una vez por semana los dos últimos meses antes del diagnóstico, asociado en el 25% del tiempo con dos o más de los siguientes criterios:

a. Mejoría con la defecación.

b. Inicio asociado con un cambio de frecuencia de las heces.

c. Inicio asociado con un cambio en la forma (aparición) de las heces.

2. No hay evidencia de proceso neoplásico, metabólico, anatómico, e inflamatorio.

Escala de medición: nominal

Indicador: Si/ No

III.c Migraña abdominal.

Definición conceptual: Accesos estereotípicos recurrentes de dolor abdominal ubicados en la línea media, acompañado de otra sintomatología.

Definición operacional: debe cumplir los siguientes criterios:

1. Episodios paroxísticos de dolor abdominal agudo e intenso periumbilical de duración de 1 hora o más.

2. periodos libres de enfermedad por semanas o meses

3. el dolor interviene con las actividades diarias.

4. el dolor esta asociado con 2 o más de los siguientes síntomas:

a. Anorexia.

b. Náusea.

c. Vómito.

d. Cefalea.

e. Fotofobia.

f. Palidez.

5. No hay evidencia de proceso neoplásico, metabólico, anatómico, e inflamatorio.

Escala de medición nominal:

Indicador: Si/ No

IVa. Dolor abdominal funcional.

Definición conceptual: Discomfort, malestar abdominal sin causa orgánica aparente. Definición operacional: Discomfort, malestar abdominal, Una vez por semana en los últimos dos meses antes del diagnóstico. Y debe cumplir todos los siguientes criterios.

1. Episodios continuos de dolor abdominal.

2. criterios insuficientes para otros trastornos digestivos funcionales.

3. No hay evidencia de proceso neoplásico, metabólico, anatómico, e inflamatorio.

Escala de medición: nominal

Indicador: Si/No

a.1 Síndrome de dolor abdominal funcional

Definición conceptual: Discomfort, malestar abdominal sin causa orgánica aparente. Definición operacional: Discomfort, malestar abdominal

Incluye dolor abdominal funcional en al menos el 25% del tiempo y 1 o más de los siguientes síntomas:

1. Pérdida del funcionamiento diario.

2. Síntomas somáticos adicionales como cefalea, dolor de extremidades, dificultad para dormir.

Escala de medición: nominal
Indicador: Si/ NO

DEPRESION INFANTIL:

Definición Conceptual: Un cambio de humor, con pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad con una duración mínima de dos semanas.

Definición Operacional: Se establecerá en base a los criterios DSM IV y a través del inventario de depresión infantil (CDI) ajustada para la edad y sexo del paciente con la tabla de baremos anexo (IV)

Tipo: Cualitativa ordinal.

Indicador: Grado de depresión infantil.

1. Sin sintomatología depresiva.
2. Depresión infantil leve.
3. Depresión infantil severa.

VARIABLES UNIVERSALES:

EDAD CRONOLOGICA:

CONCEPTUAL: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de su inclusión en el estudio.

OPERACIONAL: determinación del tiempo en años desde el nacimiento hasta el momento de la evaluación.

TIPO. Cuantitativa Discreta.

INDICADOR: edad en años.

GENERO:

CONCEPTUAL: variable que implica los procesos de diferenciación sexual, en el que interactúan los factores biológicos, psicológicos y sociales, dando lugar a lo que denominamos hombres y mujeres.

OPERACIONAL: de acuerdo a la expresión de los caracteres sexuales.

TIPO: cualitativa Nominal.

INDICADOR: Femenino/ masculino.

MATERIAL Y METODOS

Universo de trabajo y tamaño de la muestra: el estudio se realizo en pacientes pediátricos con diagnostico de dolor abdominal según los criterios inclusión establecidos por Roma III atendidos en el servicio de gastroenterología pediátrica de la unidad de alta especialidad La Raza del instituto mexicano del seguro social, entre el periodo de marzo a julio del 2009.

CRITEROS DE INCLUSION:

1. Pacientes con diagnostico de dolor abdominal atendidos en la consulta de gastroenterología pediátrica de primera vez y subsecuentes que cumplan los criterios propuestos por Roma III
2. Genero femenino y masculino.
3. Edad de 7 a 15 años
4. Con expediente clínico completo.
5. Cuyos padres y pacientes aceptaron participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1.- Pacientes menor de 7 años y mayores de 15 años.
- 2.- Pacientes que se encuentren en tratamiento psiquiátrico psicológico
- 3.- Pacientes que se nieguen a participar

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

1. Pacientes con cuestionados incompletos

METODOLOGIA

1. Se obtuvieron de las hojas de consulta externa de gastropediatria nombre del paciente, numero de afiliación y teléfono.
2. Se localizo vía telefónica o el día que acudió a la cita en consulta externa de Gastropediatria.
3. Se reviso el expediente clínico y se realizo un cuestionario con los criterios de Roma III para corroborar que las características del dolor abdominal funcional de acuerdo a los criterios de Roma III.
4. Se informo al paciente a través del consentimiento informado (anexo VI).
5. A los pacientes que acepten participar se les realizo un cuestionario: contiene 27 rubros que evalúan la sintomatología depresiva en las últimas dos semanas validado para ser aplicado a niños de 7 a 15 años.
6. El cuestionario fue evaluados por expertos en psiquiatria para evaluar el grado de depresión.

ANALISIS ESTADISTICO.

Las variables se resumieron con estadística descriptiva de acuerdo a la naturaleza de la variable en medias de frecuencia y porcentaje.

La frecuencia de depresión con dolor abdominal se expreso en frecuencia y porcentaje.

RECURSOS:

HUMANOS

EXPEDIENTES CLINICOS

TELEFONO

COMPUTADORA

HOJAS PARA IMPRESIÓN Y RECOLECCION DE DATOS

LAPICES Y PLUMAS.

CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente estudio se apega al manual de buenas practicas clínicas y se inscribe dentro de la normativa en relación a la investigación en seres humanos de la coordinación de investigación en salud, así como a las disposiciones contenidas en el código sanitario en materia de investigación, acordes a la declaración de Helsinki y a sus adecuaciones posteriores (Hong Kong y Tokio)

El protocolo fue sometido a revisión por el comité de investigación y comité de ética de UMAE Gaudencio González Garza.

Todos los participantes del presente estudio aceptaron su participación firmando su consentimiento bajo información, el cual quedo anexado en el archivo de cada paciente junto con la hoja de recolección de datos de cuestionarios aplicados.

La información que se obtuvo para el estudio fue manejada por el personal investigador de forma ética y respetando la confidencialidad de cada uno de los participantes.

FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO:

Se dispuso de todos recursos necesarios para poderse llevar a cabo el presente estudio, siendo tomados los pacientes del servicio de gastroenterología con diagnóstico de dolor abdominal según los criterios de Roma III, así como se proporcionaron los recursos necesarios por parte del servicio de Higiene mental para valorar el estado de salud mental en este caso Depresión con el cuestionario y escala necesarias.

Resultados:

En el servicio de gastroenterología pediátrica de Centro médico la Raza, se realizó el estudio en 30 pacientes los cuales cumplían los criterios de dolor abdominal según los criterios de Roma III.

Se aplicó el cuestionario CID en un rango de edad de 7 a 15 años de edad con una mediana de 9 años de edad y promedio de 9.8 años de edad (DE 2.8). Tabla 1 y 2

En relación del género el 56.7%(17) fueron mujeres y el 43 %(13).

En relación a la depresión el 60% de los pacientes no se encontró depresión y el 33%(10 pacientes) presentó depresión leve y únicamente 6.7% depresión severa. Tabla 3

También se encontró asociación entre el género y el estado de depresión de los niños ($p= 0.581$ x2.), encontrándose que de los 10 pacientes con depresión leve 7 pertenecían a sexo femenino y 3 al sexo masculino, con respecto a depresión severa se presentaron dos pacientes uno de ellos de sexo femenino y otro perteneciente al sexo masculino. Tabla 4.

Tabla 1: CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES (P=30)

		Estadísticos		
		Edad	Genero	Depresión
N	Válidos	30	30	30
	Perdidos	0	0	0
Media		9.80	1.43	.47
Mediana		9.00	1.00	.00
Desv. típ.		2.772	.504	.629
Mínimo		7	1	0
Máximo		15	2	2

Tabla 2. TABLA DE ACUERDO A LA EDAD

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	7	7	23.3
	8	6	20.0
	9	5	16.7
	10	3	10.0
	11	1	3.3
	12	2	6.7
	14	3	10.0
	15	3	10.0
	Total	30	100.0

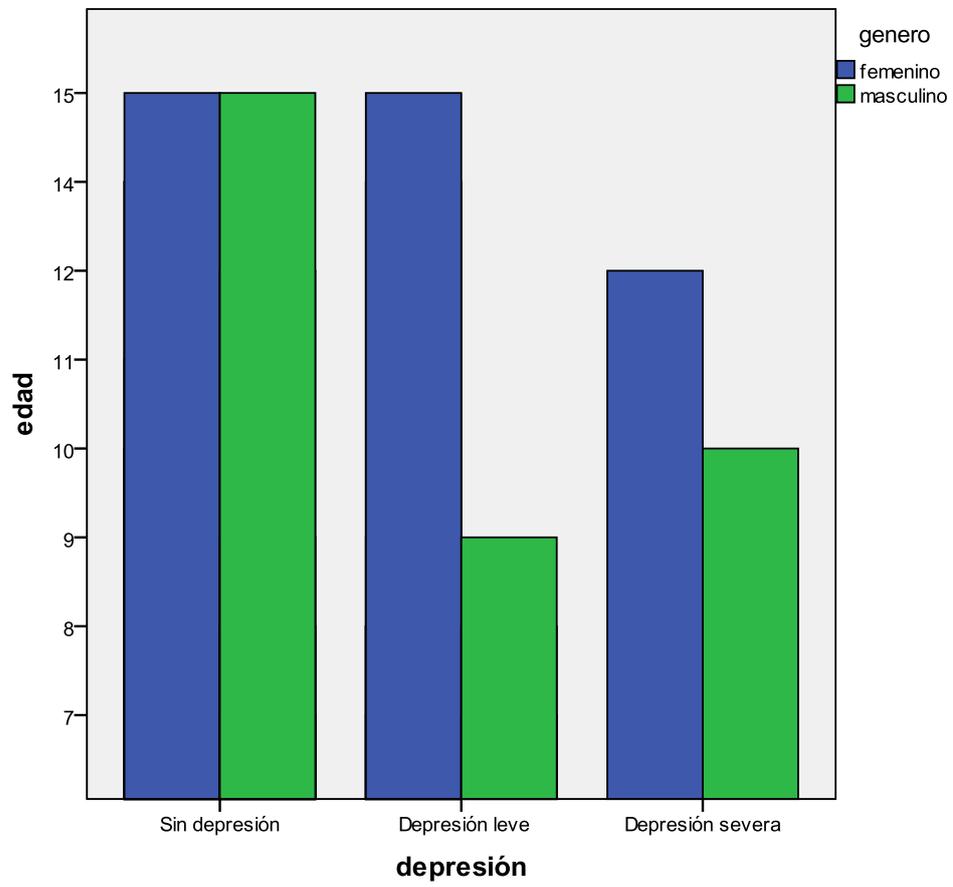
Tabla 3. DISTRIBUCION POR GRADOS DE DEPRESIÓN SEGÚN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL EN PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	0	18	60.0	60.0
	1	10	33.3	33.3
	2	2	6.7	6.7
	Total	30	100.0	100.0

Tabla 4. TABLA DE CONTINGENCIA GENERO- DEPRESION

		depresión			Total
		0	1	2	
genero	1	9	7	1	17
	2	9	3	1	13
	Total	18	10	2	30

GRAFICO I: DEPRESIÓN SEGUN EL GENERO Y EDAD.



DISCUSIÓN:

La asociación entre depresión y dolor abdominal ha sido identificada en muchas ocasiones en adultos, sin embargo en la población infantil la información sobre esta aun es limitada y contradictoria.

Para la OMS representa un importante problema de salud pública, que requiere de una pronta identificación e intervención, ya que se ha estimado que para el 2020 la depresión ocupara el segundo lugar como problema de salud a nivel mundial.

En el presente estudio, usando el inventario de depresión (CID), la frecuencia de depresión que se encontró en la población con dolor abdominal según los criterios de Roma III en la unidad Médico de alta Especialidad fue en forma general 40%, superior al de la literatura. Al evaluar el puntaje obtenido de cada paciente con la tabla de baremos para determinar el grado de depresión, predominó con un 83% el grado leve y el resto representó el grado severo.

Esta observación es importante porque a través del cuestionario fue posible determinar no solo la presencia o ausencia de depresión, sino que también fue posible “medir” la magnitud del problema, cabe descartar que al evaluar los cuestionarios se encontró que algunos pacientes no alcanzaban el puntaje mínimo para determinar depresión sin embargo algunos tenían respuestas de importancia particular como aquellos en los que se evalúa la satisfacción de su apariencia o aquellas que evalúa la realización de actividades limitadas por la enfermedad.

Más del 60% considero preocupante el dolor y la enfermedad y solo en un paciente de género femenino que no alcanzó un puntaje para algún grado de depresión tenía ideación suicida (pregunta nueve “quiero matarme pero no lo haría”); estas consideraciones especiales son importantes porque nos demuestran que los instrumentos son auxiliares diagnósticos y forman parte de la evaluación “temporal” que se puede realizar pero no determinan que el evento que se está midiendo en ese momento no pueda presentarse en otro de la enfermedad, por lo que la consideración importante sería que los pacientes con respuesta “clave” deberán ser evaluados de cerca su evolución, a fin de otorgarles un manejo adecuado y oportuno con enfoque multidisciplinario como lo propusimos al inicio del estudio.

Nuestro estudio también identificó que el género más afectado para presentar algún grado de depresión fue el femenino aunque no significativo y con una mayor frecuencia durante los cambios de mayor trascendencia como es la adolescencia como una edad media de 9.8, no diferente a lo reportado en la población americana, en donde encontraron una mayor frecuencia de depresión en pacientes de entre 9-15 años.

También llama la atención que la respuesta más frecuentes, nadie me quiere, me siento solo siempre, estoy cansado siempre, tengo ganas de llorar

todos casi todos los días, la cuales se presentaron con mayor frecuencia en general con respecto al resto del cuestionario, y que llamo la atención con su relación en cuento a la dinámica familiar que presentaban los niños, pues en su mayoría eran hijos de padres separados y familias disfuncionales.

Existe una relación entre los pacientes que puntuaron con depresión y la familia desintegrada, divorcio separaciones que podríamos considerar un factor social aunado a la presencia de dolor abdominal y depresión, tal vez como síntomas condicionados por la situación actual con la que cursa la familia.

Conclusiones:

1. Se cumplió el principal objetivo resultando la frecuencia de depresión en nuestra población fue mayor a los reportado en a literatura 40% contra el (17%).

2. Es importante mencionar que nuestro objetivo relacionado a identificar la depresión en esta población pediátrica con dolor abdominal no debilita como lo reportado en la literatura que la ansiedad es el síntoma mas frecuente en los pacientes con dolor abdominal sin embargo la pregunta seria y que se intenta identificar que tantos niños con ansiedad cursan comorbilidad de depresión.

3, No existe correlación significativa entre el grado de depresión y el genero sin embargo predomino el sexo femenino con respecto al masculino, que habrá de tomarse en cuenta para próximos estudios.

4. Es conveniente realizar un estudio comparativo con la finalidad de darle más confiabilidad a los resultados, ante el hecho de prevalencia e impacto.

5. De los pacientes que están en el límite de puntuación para la presencia de depresión seria de suma importancia realizar una entrevista semiestructurada para determinar la posibilidad de depresión.

ANEXO I.

CRITERIOS DE DOLOR ABDOMINAL: ROMA III

A. Dispepsia funcional:

Evolución por lo menos una vez por semana los últimos dos meses antes del diagnóstico.

1. Dolor persistente o recurrente o molestias centradas en el abdomen superior (por encima del ombligo).
2. Sin evidencia de que la dispepsia se alivia exclusivamente por la defecación o por un cambio en el comienzo, frecuencia o forma de las heces.
3. Sin evidencias de enfermedades orgánicas, procesos neoplásicos, inflamatorios, anatómicos, y metabólicos que expliquen los síntomas de paciente.

B. Síndrome de intestino irritable

Evolución: por lo menos una vez por semana los últimos dos meses antes del diagnóstico.

1. El disconfort abdominal o dolor están asociados en el 25% del tiempo con dos o más de los siguientes criterios.

- a. Mejoría con la defecación.
- b. Inicio asociado con un cambio de frecuencia de las heces.
- c. Inicio asociado con un cambio en la forma (aparición) de las heces.

2. No hay evidencia de proceso neoplásico, metabólico, anatómico, e inflamatorio.

C. Migraña abdominal.

Evolución: dos o más veces en los últimos 12 meses.

Debe cumplir los siguientes criterios:

1. Episodios paroxísticos de dolor abdominal agudo e intenso periumbilical de duración de 1 hora o más.
2. Periodos libres de enfermedad por semanas o meses.
3. El dolor interviene con las actividades diarias.
4. el dolor está asociado con 2 o más de los siguientes síntomas:
 - a. Anorexia.
 - b. Náusea.
 - c. Vómito.
 - d. Cefalea.
 - e. Fotofobia.
 - f. Palidez.
5. No hay evidencia de proceso neoplásico, metabólico, anatómico, e inflamatorio.

D.. Dolor abdominal funcional.

Evolución: Una vez por semana en los últimos dos meses antes del diagnóstico.

Debe cumplir todos los siguientes criterios.

1. Episodios continuos de dolor abdominal.
2. criterios insuficientes para otros trastornos digestivos funcionales.
3. No hay evidencia de proceso neoplásico, metabólico, anatómico, e inflamatorio.

D.1 Síndrome de dolor abdominal funcional

Incluye dolor abdominal funcional en al menos el 25% del tiempo y 1 o más de los siguientes síntomas:

1. Pérdida del funcionamiento diario.
2. Síntomas somáticos adicionales como cefalea, dolor de extremidades, dificultad para dormir.

ANEXO II
 TRANSTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES EN PACIENTES
 PEDIÁTRICOS

Dispepsia funcional:

1. Dolor persistente o recurrente o molestias centradas en el abdomen superior
 (Por encima del ombligo) por lo menos una vez por semana los últimos dos meses antes del diagnóstico. SI NO
2. Sin evidencia de que la dispepsia se alivia exclusivamente por la defecación o por un cambio en el comienzo, frecuencia o forma de las heces
 SI NO.
3. Sin evidencias de enfermedades orgánicas, procesos neoplásicos, inflamatorios, anatómicos, y metabólicos que expliquen los síntomas de paciente.
 SI NO

II. Síndrome de intestino irritable

1. Dolor abdominal por lo menos una vez por semana los dos últimos meses antes del diagnóstico
 Asociado en el 25% del tiempo con dos o mas de los siguientes criterios.
 - a. Mejoría con la defecación. SI NO
 - b. Inicio asociado con un cambio de frecuencia de las heces. SI NO
 - c. Inicio asociado con un cambio en la forma (aparición) de las heces. SI NO
2. No hay evidencia de proceso neoplásico, metabólico, anatómico, e inflamatorio.
 SI NO

III. Migraña abdominal.

1. Episodios paroxísticos de dolor abdominal agudo e intenso periumbilical de duración de 1 hora o más. SI NO
2. Periodos libres de enfermedad por semanas o meses SI NO
3. El dolor interviene con las actividades diarias. SI NO
4. El dolor esta asociado con 2 o más de los siguientes síntomas:
 - a. Anorexia. SI NO
 - b. Nausea. SI NO
 - c. Vomito. SI NO
 - d. Cefalea. SI NO
 - e. Fotofobia. SI NO

f. Palidez.	SI	NO
5. No hay evidencia de proceso neoclásico, metabólico, anatómico, e inflamatorio.	SI	NO

IV. Dolor abdominal funcional.

Dolor abdominal una vez por semana en los últimos dos meses antes del diagnóstico.

y debe cumplir todos los siguientes criterios.

1. Episodios continuos de dolor abdominal.	SI	NO
2. Criterios insuficientes para otros trastornos digestivos funcionales.	SI	NO
3. No hay evidencia de proceso neoplásico, metabólico, anatómico, e inflamatorio.	SI	NO

IV a1 Síndrome de dolor abdominal funcional

Dolor abdominal funcional en al menos el 25% del tiempo y 1 o más de los siguientes síntomas:

1. Pérdida del funcionamiento diario.	SI	NO
2. Síntomas somáticos adicionales como cefalea, dolor de extremidades, dificultad para dormir.	SI	NO

ANEXO III

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI)

CDI N° _____ Nombre: _____

Afiliación: _____ Género: Masculino _____ Femenino _____

Edad: _____ años Fecha: ___/___/___

I N S T R U C C I O N E S

Los chicos y chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea LA QUE MEJOR DESCRIBA cómo te has sentido durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa a la siguiente.

Recuerda "no hay contestaciones correctas o incorrectas". Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor COMO TE HAS ENCONTRADO últimamente. Pon una cruz (x) en la línea que hay junto a tu respuesta.

<p>1</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy triste de vez en cuando</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy triste muchas veces</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy triste siempre</p>	<p>2</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca me saldrá nada bien</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien</p> <p><input type="checkbox"/> Las cosas me saldrán bien</p>	<p>3</p> <p><input type="checkbox"/> Hago bien la mayoría de las cosas</p> <p><input type="checkbox"/> Hago mal muchas cosas</p> <p><input type="checkbox"/> Todo lo hago mal</p>
<p>4</p> <p><input type="checkbox"/> Me divierten muchas cosas</p> <p><input type="checkbox"/> Me divierten algunas cosas</p> <p><input type="checkbox"/> Nada me divierte</p>	<p>5</p> <p><input type="checkbox"/> Soy malo siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Soy malo muchas veces</p> <p><input type="checkbox"/> Soy malo algunas veces</p>	<p>6</p> <p><input type="checkbox"/> A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas</p> <p><input type="checkbox"/> Me preocupa que me ocurran cosas malas</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles</p>
<p>7</p> <p><input type="checkbox"/> Me odio</p> <p><input type="checkbox"/> No me gusta como soy</p> <p><input type="checkbox"/> Me gusta como soy</p>	<p>8</p> <p><input type="checkbox"/> Todas las cosas malas son culpa mía</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas cosas malas son culpa mía</p> <p><input type="checkbox"/> Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas</p>	<p>9</p> <p><input type="checkbox"/> No pienso en matarme</p> <p><input type="checkbox"/> Pienso en matarme pero no lo haría</p> <p><input type="checkbox"/> Quiero matarme</p>
<p>10</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar todos los días</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar muchos días</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar de vez en cuando</p>	<p>11</p> <p><input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan muchas veces</p> <p><input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan de vez en cuando.</p>	<p>12</p> <p>- Me gusta estar con la gente</p> <p>- Muy a menudo no me gusta estar con la gente</p> <p>- No quiero en absoluto estar con la gente</p>
<p>13</p> <p><input type="checkbox"/> No puedo decidirme</p> <p><input type="checkbox"/> Me cuesta decidirme</p> <p><input type="checkbox"/> Me decido fácilmente</p>	<p>14</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo buen aspecto</p> <p><input type="checkbox"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan</p> <p><input type="checkbox"/> Soy feo o fea</p>	<p>15</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer deberes</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes</p> <p><input type="checkbox"/> No me cuesta ponerme a hacer los deberes</p>

<p style="text-align: center;">16</p> <p><input type="checkbox"/> Todas las noches me cuesta dormirme</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta dormirme</p> <p><input type="checkbox"/> Duermo muy bien</p>	<p style="text-align: center;">17</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy cansado de vez en cuando</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy cansado muchos días</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy cansado siempre</p>	<p style="text-align: center;">18</p> <p><input type="checkbox"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer</p> <p><input type="checkbox"/> Muchos días no tengo ganas de comer</p> <p><input type="checkbox"/> Como muy bien</p>
<p style="text-align: center;">19</p> <p><input type="checkbox"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad</p>	<p style="text-align: center;">20</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca me siento solo</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento solo muchas veces</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento solo siempre</p>	<p style="text-align: center;">21</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca me divierto en el colegio</p> <p><input type="checkbox"/> Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando</p> <p><input type="checkbox"/> Me divierto en el colegio muchas veces</p>
<p style="text-align: center;">22</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo amigos</p>	<p style="text-align: center;">23</p> <p><input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio es bueno</p> <p><input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes</p> <p><input type="checkbox"/> Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien</p>	<p style="text-align: center;">24</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca podré ser tan bueno como otros niños</p> <p><input type="checkbox"/> Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños</p> <p><input type="checkbox"/> Soy tan bueno como otros niños</p>
<p style="text-align: center;">25</p> <p><input type="checkbox"/> Nadie me quiere</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro de que alguien me quiera</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy seguro de que alguien me quiere</p>	<p style="text-align: center;">26</p> <p><input type="checkbox"/> Generalmente hago lo que me dicen</p> <p><input type="checkbox"/> Muchas veces no hago lo que me dicen</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca hago lo que me dicen</p>	<p style="text-align: center;">27</p> <p><input type="checkbox"/> Me llevo bien con la gente</p> <p><input type="checkbox"/> Me peleo muchas veces</p> <p><input type="checkbox"/> Me peleo siempre</p>

ANEXO IV

BAREMOS DE LA ESCALA TOTAL DE DEPRESIÓN INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI)

PC	PUNTUACIONES DIRECTAS						TOTAL	Pc	z
	VARONES			MUJERES					
	7-8 años	9-10 años	11-15 años	7-8 años	9-10 años	11-15 años			
1	0	0	0	0	0	0	0	1	-1,77
2	---	---	1-2	--	---	1-3	1	2	-1,77
5	1	1-2	3-4	1-2	1-2	4	2-3	5	-1,45
10	2	3	5	3	3-4	5	4	10	-1,12
15	3	4	--	4	5	6	5	15	-0,96
20	4	5	6	5	---	7	6	20	-0,80
25	5	---	7	---	6	8	---	25	-0,64
30	6	6	8	6	7	---	7	30	-0,64
35	7	---	---	---	8	9	8	35	-0,48
40	--	7	9	7	9	10	---	40	-0,32
45	8	8	10	8	---	11	9	45	-0,32
50	9	9	---	---	10	---	10	50	-0,16
55	10	10	11	9	---	12	11	55	0,00
60	11	11	12	10	11	13	12	60	0,16
65	12	---	13	---	12	14	---	65	0,32
70	13	12	14	11	---	15	13	70	0,32
75	14	13	15	12-13	13	16	14-15	75	0,48
80	15	14-15	16-17	14-15	14-15	17-18	16	80	0,80
85	16-17	16-17	18-19	16	16-17	19-21	17-18	85	0,96
90	18	18	20	17	18	22	19	90	1,29
91	19	19	21	18	19	23	20	91	1,45
92	---	20	22	---	20	24	21	92	1,45
93	---	21	---	---	---	---	22	93	1,61
95	20-23	22-24	23-26	19-20	21-22	25-27	23-26	95	1,93
96	24-27	25-27	27-30	21-23	23-24	28-30	27-31	96	2,09
97	28-31	28-30	31-34	24-26	25-26	31-33	32-36	97	2,25
98	32-35	31-33	35-38	27-28	27	34-36	37-41	98	2,42
99	36-54	34-54	39-54	29-54	28-54	37-54	42-54	99	2,90
N	669	1.159	2.152	676	1.117	1.893	7.759		
Media	9,69	9,93	11,50	9,31	10,36	12,52	11,00		0
Dt	9,05	6,38	6,03	5,45	5,69	6,46	6,20		1

Pc 1-85 SIN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

90-95 DEPRESIÓN LEVE

96-99 DEPRESIÓN SEVERA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
"DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.

ANEXO V

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS:

Fecha:

- Nombre _____ del
paciente: _____
- Numero _____ de _____ afiliación:

- Edad _____
- Sexo: 1. Femenino 2.Masculino
- Teléfono: _____
- Grado _____ que _____ cursa:

- Cumple con los criterios de Roma III : SI _____ NO _____

- De acuerdo al cuestionario de CDI:
- Puntaje: -----
- Sin evidencia de depresión: 0: -----
- Depresión leve: 1: -----
- Depresión severa:2: -----

ANEXO VI

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Lugar y Fecha:

Nombre:

Sexo:

Edad:

Por medio de la presente yo: _____ padre, madre o tutor del paciente.....

...

Autorizo que mi hijo(a) forme parte del protocolo de investigación titulado:

“ Frecuencia de depresión asociado con dolor abdominal” del servicio de Higiene mental de la unidad medica de alta especialidad. Dr. Gaudencio Garza CMN La Raza, registrado ante el comité local de investigación con el número..... Cuyo objetivo principal es conocer la frecuencia que existe de depresión en pacientes con dolor abdominal.

El estudio será realizado por médicos especialistas de esta unidad: médicos gastroenterólogos y un medico psiquiatra.

Se me ha informado que la participación de su hijo consistirá en contestar un cuestionario para conocer si mi hijo presenta datos de depresión. Los resultados, de las evaluaciones que se obtengan serán manejados de forma confidencial y sin identificar en ningún momento los datos personales de mi hijo. Estos cuestionarios nos ayudaran a evaluar la presencia de depresión en pacientes con dolor abdominal en cuyo caso realizaremos la intervención pronta y adecuada que se requiera a través de atención medica especializada con el propósito de proporcionarle una mejor calidad de vida.

Acepto:

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE
PADRE.

NOMBRE Y FIRMA DEL

TESTIGO

TESTIGO

BIBLIOGRAFIA:

1. Arlene C. Lynn W. Andree R. Development and preliminary validation of the questionnaire on pediatric gastrointestinal symptoms to assess functional gastrointestinal disorders in children and adolescents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005; 41 296-304.
2. Apley J. Naish N: Recurrent abdominal pains: a field survey of 1000 school children. *Arch Dis child* 1958; 33: 165-170.
3. Di. Lorenzo C. Colleti R. Lehmann H. Boyle j. Gerson w. Hyams J. Chronic abdominal pain in children. A technical report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatrics and Gastroenterology. Hepatology and Nutrition: AAP subcommittee and NASPGHAN Committee on Chronic Abdominal Pain. *J. Pediatric Gastroenterol Nutr* 2005; 40: 249-261.
4. Hyman PE. Functional Gastrointestinal disorders and the biopsychosocial model of practice. *J. Pediatric Gastroenterol Nutr* 2001; 32 (suppl) 5-6.
5. Drossman D. Thopson W. Talley N, Funch - Janssens J. Identification of subgroups of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterol Int* 1990; 3 159-172.
6. Rasquin- Weber A. Hyman P. Cucchiara S. Fleisher D. Hyams J. et al Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut.* 1999; 45 (suppl). 1160-1168.
7. Zolezzi, FA. Las enfermedades Funcionales Gastrointestinales y Roma III. *Rev Gastroentero. Peru* 2007; 27: 177-184
8. Drossman DA. Corazziari E. Delvaux M. Spillerr, Talley, Thompson, Whitehead WE. Rome III. The Functional Gastrointestinal disorders. 2006 Aug.
9. Drossman DA. The functional Gastrointestinal disorders and Rome III *Gastroenterology* 2006. Apr: 130 (5) 1377-90.
10. Andrée Rasquin, Di Lorenzo Carlo, Forbes David, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano AM. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130-1527-1537.
11. Hyams JS, Burke G Davis PM. Et al Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community - based study. *J. Pediatric* 1996: 129: 220-226.
12. Mantilla ML, Sabalza PL, Diaz ML. Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga. Colombia. *Revista colombiana de Psiquiatría* 2004; 2.
13. Medina ME, Borges GL. Benjet CB, Fleiz C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment* 2003; 26: 1-16.
14. American Psychiatric Association. DSM-1: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edición. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.

15. Kandel DB, Davis M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 255-62.
16. De la Peña F, Ulloa RE, Páez F. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Ment* 1999; 22: 88-92.
17. Páez F, Nuñez R, Aguayol, Nieto R, Atriano MA. Evaluación de los constructos Cognitivos Relacionados con la Depresión en Niños. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30(1): 19-24.
18. Kovacs M: Rating Scales to Assess Depression in School-Aged Children. *Acta Paedopsychiatra* 1980;46:305-15.
19. Beck AT. Inventario de depression de Beck. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 61-71.
20. Kazdin A, French N, Unis A. Child, mother and father evaluation of depression in psychiatric inpatient children. *J Am Child Psychiatry* 1983; 11: 167-80).
21. Champam LJ, Vhampman JP, Raulin ML. Scales for physical and social anhedonia. *J Abnorm Psychol* 1980; 89: 678-82.
22. Crowley S, Worchel F, Ash M, self-report, Peer-Report, and Teacher-Report Measures of childhood depression: and analysis by item. *J pers Assess* 1992;59:189-03.
23. Kovacs M. Children's Depression Inventory. Multi-Health Systems. Toronto. 1992.
24. Del Barrio GV, Carrasco OA. Adaptación española Inventario de Depresión Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research* 2006; 4: 383-95
25. Las enfermedades psicomaticas y su relacion con la familia y la escuela. J. Callabed, Comellas MJ, Alertes. Pags 93-09
26. Vivero MD. Dolor abdominal recurrente. *Coloma Med* 2005; 36:39-41.
27. Pini A, F. S De, Breitman F, Cichowolski V, Carretero L, Castagnino N, De la Rosa S. Dolor Abdominal recurrente funcional o psicógeno *Rev. Del Hosp.. de Niños.* 1980; 22; 11-15.
28. Wasserman AL, Whittington Pf, Rivera FP, Psychogenic basis for abdominal pain in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27 179-184.
29. Campo VJ, Briege J, Ehmann M, Altman S, Lucas A, Birmaher B, Di Lorenzo C, Iyengar S, Brent D. Recurrent Abdominal Pain, Anxiety and Depression in Primary Care. *Pediatrics* 2004; 113; 817-824.