

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD (FCS)

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FINAL DE GRADO

SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA, DEPRESIVA Y
RASGO PERFECCIONISTA Y SU RELACIÓN
CON LOS TRASTORNOS
GASTROINTESTINALES FUNCIONALES
EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL.
ESTUDIO TRANSVERSAL.

Asignatura: MD1758 - Trabajo de Final de Grado (2022/2023)

AUTORA: MÓNICA RUBIO SÁNCHEZ

TUTORES: CARMEN JOVANÍ CASANO Y JESÚS LUCAS GARCÍA

Departamento: Unidad Predepartamental de Medicina y Servicio de
Pediatría del Hospital General Universitario de Castellón.

*“La medicina es la ciencia de la incertidumbre
y el arte de la probabilidad”.*

- *William Osler*

ÍNDICE

1. DATOS IDENTIFICATIVOS	3
2. INTRODUCCIÓN	9
3. HIPÓTESIS, OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	11
3.1. HIPÓTESIS.....	11
3.2. OBJETIVOS	11
4. MATERIAL Y METODOLOGÍA.....	12
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	12
4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	12
4.2.1. <i>Cálculo tamaño muestral</i>	13
4.3. VARIABLES	13
4.4. RECOGIDA DE DATOS	14
4.5. INSTRUMENTOS.....	15
4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS	17
4.7. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	17
5. RESULTADOS	18
6. DISCUSIÓN.....	24
7. CONCLUSIONES E IMPACTO DEL PROYECTO	25
8. PLAN DE TRABAJO	27
9. AGRADECIMIENTOS	27
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
11. ANEXOS	30

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

TÍTULO DEL PROYECTO: Sintomatología ansiosa, depresiva y rasgo perfeccionista y su relación con los trastornos gastrointestinales funcionales en población infanto-juvenil.
Estudio transversal.

INVESTIGADORES:

- Mónica Rubio Sánchez, estudiante de 6º de medicina en la UJI.
- Andreea Cristiana Milea Milea, psicóloga general sanitaria en el Hospital General Universitario de Castellón.
- Carmen Jovaní Casano, pediatra en la Unidad de Nutrición y Gastroenterología Infantil del Hospital General Universitario de Castellón y profesora asociada en la UJI.
- Jesús Lucas García, pediatra en la Unidad de Nefrología Infantil del Hospital General Universitario de Castellón y profesor asociado asistencial en la UJI.

RESUMEN

Introducción: Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF) son un conjunto de síntomas digestivos recurrentes o crónicos que no se explican ni por alteraciones estructurales ni bioquímicas. Actualmente, aunque su fisiopatología no es del todo conocida, se entiende desde una perspectiva biopsicosocial, debiendo abordar la esfera de la salud mental. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de los TGIF, de sintomatología ansiosa, depresiva y de rasgo perfeccionista en población infanto-juvenil española, así como analizar su posible relación.

Sujetos y métodos: se incluye a un total de 447 sujetos (51.9% mujeres) de edades comprendidas entre 10-14 años (mediana edad = 12.26) de 4 centros educativos de la provincia de Castellón. Estudio observacional descriptivo-analítico transversal. Periodo de estudio: octubre 2022 - abril 2023.

Resultados: La prevalencia de TGIF es de 37.1%, sintomatología depresiva 13%, ansiedad global 36.5%, perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) 23.3% y perfeccionismo autorientado a críticas (PAOC) 36.5%. Los TGIF se relacionan con PSP ($p=0.034$) y con el PAOC ($p=0.038$); con la ansiedad global en sujetos ≥ 12 años ($p<0.001$), $RP=1.73$, $IC\ 95\%=(1.30-2.30)$ y con sintomatología depresiva ($p<0.001$), $RP=2.47$, $IC\ 95\%=(1.62-3.77)$.

Conclusiones: Los TGIF son un problema prevalente. Dada la relación obtenida en el presente estudio entre estos trastornos y la esfera biopsicosocial, sería recomendable valorar la alteración del estado anímico y/o existencia de rasgo perfeccionista en sujetos diagnosticados de TGIF, importante para un buen abordaje terapéutico.

Palabras clave: TGIF; TDAF; sintomatología depresiva; sintomatología ansiosa; perfeccionismo; criterios pediátricos Roma IV.

ABSTRACT:

Introduction: Functional gastrointestinal disorders (FGID) are a set of recurrent or chronic digestive symptoms that are not explained by structural or biochemical alterations. Currently, although its pathophysiology is not fully known, it is understood from a biopsychosocial perspective, having to address the sphere of mental health. The objective of the study is to determinate the prevalence of FGID, anxious and depressive symptoms and perfectionist trait in the Spanish child and adolescent population, as well as to analyse their possible relationship.

Subjects and methods: A total of 447 subjects (51.9% women) aged between 10-14 years (median age=12.26) from 4 educational centres in the province of Castellón were included. Cross-sectional descriptive-analytical observational study. Study period: October 2022 - April 2023.

Results: The prevalence of FGID is 37.1%, depressive symptomatology 13%, global anxiety 36.5%, socially prescribed perfectionism (SPP) 23.3% and self-oriented perfectionism to criticism (SOPC) 36.5%. The FGID are related to SPP ($p=0.034$) and to SOPC ($p=0.038$); with global anxiety in subjects ≥ 12 years ($p<0.001$), $PR=1.73$, 95% $CI=(1.30-2.30)$ and with depressive symptoms ($p<0.001$), $PR=2.47$, 95% $CI=(1.62-3.77)$.

Conclusions: FGID are a prevalent problem. Given the relationship obtained in this study between these disorders and the biopsychosocial sphere, it would be advisable to assess the altered mental health and/or the existence of a perfectionist trait in subjects diagnosed with FGID, which is important for a good therapeutic approach.

Keywords: FGID; FAPD; anxious symptoms; depressive symptoms; perfectionism; paediatric Rome IV criteria.

LISTADO DE ABREVIATURAS: TGIF (trastornos gastrointestinales funcionales), TDAF (trastorno de dolor abdominal funcional), MA (migraña abdominal), SII (síndrome de intestino irritable), DF (dispepsia funcional), FAD-NEOM (dolor abdominal funcional no especificado de otra forma), HGUC (Hospital General Universitario de Castellón), SCAS (*Spence Children Anxiety Scale*), CDI (*Children's Depression Inventory*), CAPS (*Child-Adolescent Perfectionism Scale*), CI (consentimiento informado), HI (hoja informativa), PAOE (perfeccionismo autorientado a esfuerzo), PAOC (perfeccionismo autorientado a críticas), PSP (perfeccionismo socialmente prescrito), RP (razón de prevalencia) e IQI (intervalo intercuartil).

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Functional gastrointestinal disorders (FGID) are a set of recurrent or chronic digestive symptoms that are not explained by structural or biochemical alterations. Currently, for its diagnosis in infants and adolescents, the Rome IV paediatric criteria are applied. The present study focuses on the FAP subtype, which is composed of functional dyspepsia (FD), irritable bowel syndrome (IBS), abdominal migraine (AM), and abdominal pain not otherwise specified (FAP-NOS).

Its prevalence is difficult to determine. In the scientific literature, disparate results are found due to the great heterogeneity of the diagnostic criteria applied according to the moment in which each investigation was carried out. However, it seems to be elevated from 20-40% in childhood. In addition, the pathophysiology of these disorders is still not completely known, currently being approached from a biopsychosocial point of view. Therefore, it is essential to talk about mental health. From this new perspective, different factors (environmental, psychological, psychosocial...) can alter the gut-brain axis. Dysregulation of the gut-brain axis is considered one of the main mechanisms involved. This axis consists of bidirectional communication between the central and enteric nervous systems, including other systems such as the autonomic (ANS) and the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) systems. So, different emotions, thoughts, etc. can trigger certain mechanisms involved. Among them, the dysfunction in the processing and modulation of pain entails a central and peripheral sensitization.

The most studied psychological factors in relation to FGID are anxiety and depression. Multiple studies show that subjects are more likely to present some FGID if they have anxiety disorders and depressive symptoms, compared to subjects who do not.

Finally, the lines of therapeutic intervention remain undefined. It seems that the use of antispasmodics, antihistamines or antidepressants does not seem to alleviate the symptoms in minors. However, techniques such as hypnosis or cognitive therapy alleviate pain in the short term in minors with FAPD.

The importance of this issue lies in the fact that, although FGID rarely cause mortality, they have a negative impact on the quality of life of both minors and their families. Its natural history is chronic or relapsing, something that, added to the lack of effective treatment, leads to a greater demand for medical care, which entails higher costs for the health system. Consequently, it also influences the educational sphere, sometimes generating absenteeism from school and from work. In addition, the published results do not have to be extrapolated to children from the general population of our context. In fact, there are practically no up-to-date studies in the Spanish child and adolescent population or that apply the current Rome IV paediatric criteria. Nor have any studies been found linking FGIDs with perfectionist traits in our population. For all these reasons, the need to have updated data, essential for a good therapeutic approach, is justified.

Objective and hypothesis

The objective is to determine the prevalence of FGID, of anxious and depressive symptoms and perfectionist trait in the Spanish population aged 10-14 years and to analyse their possible relationship. The hypothesis put forward is that there is a relationship between having some FGID and presenting anxious, depressive and/or perfectionist symptoms in said population.

Methods

Cross-sectional descriptive-analytical observational study from October 2022 - April 2023. A total of 447 subjects (51.9% women) aged between 10-14 years (median age = 12.26) from 4 educational centres in the province of Castellón, one concerted and three public. After obtaining the signed informed consents from the legal guardians/fathers/mothers authorizing the minors to participate, the questionnaires were administered anonymously using an identifier. A total of 5 questionnaires were administered to each child: a demographic survey which collected: [dichotomous categorical variables] *e. g.*: sex, stressful life event in the last 3 months or history of childhood trauma, age [continuous numeric] and satisfaction with the

family environment [ordinal categorical]; a questionnaire that assesses anxiety symptoms (*SCAS*); another for depressive symptoms (*CDI*); another to evaluate the perfectionist trait (*CAPS*) and another to evaluate the presence of functional gastrointestinal disorder. The latter is based on the current Rome IV paediatric criteria, but self-made, as there is no validated questionnaire for population of this study.

The data has been collected manually using the *RedCap* software. The statistical analysis is carried out with the *IBM SPSS software in its version 29.0*. The FGID, depressive symptomatology and total anxiety (and by subcategories) are analysed as categorical variables. The variables used to study anxiety, as well as perfectionism, are also numerically evaluated (based on the score obtained in the corresponding questionnaires). The descriptors used for the categorical variables are the proportions. The descriptors used in the numerical variables are the median and the interquartile interval (IQI). The *Kolmogorov-Smirnov* tests is used for the study of normality. To study the relationship between a categorical and a numerical variable, the *non-parametric Mann-Whitney U test* is used. For the analysis of the relationship between the categorical variables, the *Chi-square* test is used, and the magnitude of the effect is also indicated with the prevalence ratio (PR) and confidence interval (CI) at 95%.

Results and discussion

The prevalence of FGID is 37.1%, depressive symptomatology 13%, global anxiety 36.5%, socially prescribed perfectionism (SPP) 23.3% and self-oriented perfectionism to criticism (SOPC) 36.5%. The TGIF are related to SPP ($p=0.034$) and to SOPC ($p=0.038$); with global anxiety in subjects ≥ 12 years ($p<0.001$), $PR=1.73$, $95\% CI=(1.30-2.30)$ and with depressive symptoms ($p<0.001$), $PR=2.47$, $95\% CI=(1.62- 3.77)$.

The prevalence of FGID of this study is 37.1%, increasing with age ($p<0.007$), as other studies have also pointed out. The prevalence in the childhood population in other studies is 20-40% or 30%. These differences may be due to the great heterogeneity of the diagnostic criteria of current FGID according to the year of publication. In this investigation it is obtained that women ($p<0.001$), those who have suffered some childhood trauma ($p<0.001$) and some stressful life event in the last 3 months ($p<0.001$) suffer more frequently from FGID, as pointed out by other studies considering predisposing factors.

This study concludes that the prevalence of FGID is approximately 2.5 times higher in patients with depression than in those who do not ($p<0.001$), $95\% CI=(1.62-3.77)$. Also that the prevalence of these disorders is 1.7 times higher in adolescents ≥ 12 years of age who

have global anxious symptoms ($p < 0.001$), 95% CI=(1.30-2.30). In this line, there are multiple studies that conclude that minors with FAPD have higher rates of anxiety and/or depression compared to healthy controls. However, no relationship is found between the FGID and anxiety in <12 years ($p = 0.047$) 95% CI=(0.95-1.96). This may be because, as pointed out by some studies, adolescents >12 years are subjected to greater academic and social stressors. Likewise, it is concluded that there is a relationship between TGIF and SPP ($p = 0.034$) and SOPC ($p = 0.038$). Although there are no studies that analyse this relationship to date, there are several reviews that reflect the subject's personality as a biopsychosocial factor linked to or predisposing to chronic abdominal pain.

Conclusions

TGIFs are a prevalent problem. Given the relationship obtained in this study between these disorders and the biopsychosocial sphere, it would be advisable to assess the altered mental health and/or the existence of a perfectionist trait in subjects diagnosed with FGID, which is important for a good therapeutic approach.

2. INTRODUCCIÓN

Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF) son un conjunto de síntomas digestivos recurrentes o crónicos que no se explican ni por anomalías estructurales ni por alteraciones bioquímicas (1). Actualmente, en la edad pediátrica se aplican los criterios pediátricos Roma IV (2) para su diagnóstico. Estos trastornos están integrados por diferentes subgrupos sintomatológicos según la edad del paciente; el presente estudio se centra en el subgrupo de trastorno de dolor abdominal funcional (TDAF), que a su vez se compone de: dispepsia funcional (DF), síndrome de intestino irritable (SII), migraña abdominal (MA) y dolor abdominal no especificado de otra forma (FAD-NEOM).

La prevalencia global de estos trastornos según el estudio de 2021 realizado en 33 países de 6 continentes, parece ser del 40% en población adulta (3). La prevalencia de éstos en población escolar según criterios Roma III está entre el 20-40% (1); algunos estudios apuntan que incrementa con la edad (4). Y, en concreto, la prevalencia en edad pediátrica del TDAF parece ser de 17% en los EE. UU. y de 13.5% a nivel mundial (5). No obstante, es difícil determinarla exactamente, encontrándose resultados dispares. Esto se debe a que, además de que estos trastornos carecen de marcadores biológicos objetivables (1), los criterios diagnósticos se han modificado a lo largo del tiempo y, en consecuencia, cada estudio ha aplicado los criterios vigentes de ese momento sobre poblaciones diversas.

MODELO TEÓRICO

La forma de entender su fisiopatología también ha variado a lo largo de los años; primero, se abordaba desde un punto de vista clínico, posteriormente desde un modelo psicosocial y actualmente se entiende desde una perspectiva biopsicosocial o multidimensional. De hecho, todavía no se conoce con exactitud el mecanismo fisiopatológico que subyace a los TGIF y se pone en duda la existencia de uno en exclusiva dada su gran heterogeneidad clínica (1,5–8). En esta nueva perspectiva parece que intervienen diferentes factores genéticos, ambientales, psicológicos y psicosociales, que originan una desregulación del eje intestino-cerebro (1,5,6,9,10). Tanto es así, que actualmente también son conocidos como “trastornos de la interacción intestino-cerebro” (3).

La **desregulación del eje intestino-cerebro** se considera uno de los principales mecanismos implicados en los TGIF. Consiste en una comunicación bidireccional entre el sistema nervioso central y el entérico, incluyéndose a su vez el sistema nervioso autónomo (SNA) y el hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HHS), entre otros (6,7).

Así pues, diferentes emociones, pensamientos, etc. pueden desencadenar ciertos mecanismos implicados. Entre estos mecanismos se encuentran la disfunción en el procesamiento y modulación del dolor por alteración de las vías descendentes inhibitorias que conduce a una sensibilización central (7,11). A su vez, el estrés activa el eje HHS que finalmente genera un aumento de cortisol, activando las células inmunes locales y las aferencias viscerales, generando una hipersensibilidad visceral y sensibilización periférica (7). El estrés también puede generar alteraciones a nivel del SNA y éste a nivel de la motilidad y permeabilidad (5,7).

Los factores psicológicos más estudiados en relación con los TGIF son la depresión y ansiedad, que pueden alterar el eje intestino-cerebro, reduciendo la tolerancia al dolor e incrementando la severidad de la enfermedad (5,10). Algunos autores consideran que el TGIF es el primer símbolo de somatización que esconde un trastorno mental; sin quedar claro si este antecede o sigue a los TGIF (5,8). De hecho, muchos de los pacientes con TGIF describen el dolor utilizando adjetivos emocionales, más que cualidades objetivas, como sí lo hacen los que sufren patología orgánica (7).

Como se ha mencionado previamente, aunque no acaba de quedar claro el mecanismo subyacente, sí se conocen ciertos **factores predisponentes** que parecen ser significativos en la mayoría de los estudios, y que, a través de mecanismos epigenéticos no del todo conocidos, dan lugar a los mecanismos responsables de la patología (7,8). También se ha estudiado la repercusión del estrés sobre la microbiota intestinal al generar un estado proinflamatorio que aumenta la sensación algésica (6), pero su papel en los TDAF infantiles todavía está poco estudiado (7).

Por último, hay que destacar que las intervenciones terapéuticas no están consensuadas. El uso de antiespasmolíticos o antihistamínicos no parecen aliviar los síntomas de los menores, ni tampoco el uso de antidepresivos (12), que sí demostraron disminuir el dolor en relación con los TGIF en población adulta (9,10,13). Sin embargo, intervenciones psicológicas como la hipnosis o la terapia cognitiva parecen aliviar sobre todo a corto plazo el dolor en los menores con TDAF, mostrando resultados esperanzadores (7).

La importancia de este tema radica en que, aunque rara vez los TGIF provocan mortalidad, generan un impacto negativo en la calidad de vida tanto de los menores como de su familia (1,3,5). Su historia natural es crónica o recidivante, algo que, sumado a la ausencia de un tratamiento efectivo, lleva a una mayor demanda de asistencia médica,

que supone mayor costo para el sistema sanitario (3,5). Consecuentemente, también influye en la esfera y calidad educativa (4), generando absentismo escolar y por extensión, también laboral (5,9). Además, los resultados anteriormente comentados no tienen por qué ser extrapolables a niños de población general de nuestro contexto. De hecho, no hay prácticamente estudios realizados en población española (y en concreto, población infanto-juvenil) como ya refiere este estudio (14) ni que apliquen los criterios pediátricos Roma IV vigentes. Tampoco se han encontrado estudios que vinculen los TGIF con rasgo perfeccionista en nuestra población. Por todo lo anteriormente expuesto, se justifica la necesidad de disponer de datos actualizados, fundamental para un buen enfoque terapéutico.

Este estudio pretende determinar la prevalencia de los TGIF, así como de sintomatología ansiosa, depresiva y rasgo perfeccionista en población infanto-juvenil de 10-14 años. De hecho, conocer su prevalencia actual resulta muy relevante si se tiene en cuenta que según el último informe de UNICEF respecto al Estado Mundial de la Infancia (15) el porcentaje de adolescentes españoles de entre 10-19 años con trastornos mentales (siendo los más frecuentes la ansiedad y depresión) fue “4 puntos superior a la media europea (16,3%) y 7 puntos superior a la media global (13,2%)”; Y que, después de la *Covid-19* las cifras de depresión se han incrementado en un 12,3% y de ansiedad en un 8.9% (16). Asimismo, también se analiza la relación entre los TGIF y los trastornos anteriormente descritos.

3. HIPÓTESIS, OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

3.1. HIPÓTESIS

Los TGIF se relacionan con sintomatología ansiosa, depresiva y/o rasgo perfeccionista en población infanto-juvenil.

3.2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal de este estudio es determinar la prevalencia de TGIF (en concreto de TDAF), de ansiedad, de depresión y de rasgo perfeccionista en niños/as y adolescentes de edades comprendidas entre 10 y 14 años de 4 centros educativos de la provincia de Castellón, y analizar si existe relación entre los TGIF y estos trastornos psicológicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de TGIF en la población objeto de estudio según los criterios diagnósticos pediátricos Roma IV vigentes.
- Determinar la prevalencia de TGIF en función del sexo.
- Determinar la prevalencia de TGIF en función de la edad.
- Determinar la prevalencia de ansiedad global (total y por categorías según la edad).
- Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y rasgo perfeccionista.
- Analizar si existe relación entre los sujetos que presentan algún TGIF con la sintomatología ansiosa-depresiva estudiada.
- Analizar si existe relación entre los sujetos que presentan algún TGIF con algún subtipo de rasgo de personalidad perfeccionista estudiado.

4. MATERIAL Y METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio se basa en un diseño observacional descriptivo-analítico de tipo transversal realizado en Castellón de la Plana durante octubre 2022 - abril 2023, en población infanto-juvenil de 10-14 años de la provincia de Castellón.

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población objeto de estudio se constituía por 745 sujetos. Se eliminan 6 por no cumplir la edad establecida, 2 por barrera idiomática y 290 por no contar con el consentimiento informado. En consecuencia, conforman finalmente la muestra de estudio 447 (51.9% mujeres y 48.1% hombres) de entre 10-14 años pertenecientes a 4 centros educativos de la provincia de Castellón; tres centros públicos (*CEIP Bernat Artola*, *CEIP Tombatossals* e *IES Violant de Casalduch*) y uno concertado (*Centro Concertado de Enseñanza Ramiro Izquierdo*).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños/as y adolescentes de 10-14 años que estudien en 4 centros educativos de la provincia de Castellón.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Sujetos que no tengan la edad establecida.
- Cualquier condición que a juicio de los/as investigadores/as pueda suponer un sesgo en el estudio de investigación.
- *Otras situaciones*: cuestionarios incompletos, duplicidades en opción única o menores que no cuenten con la autorización de su tutor legal/madre/padre.

4.2.1. Cálculo tamaño muestral

El cálculo del tamaño muestral necesario para detectar diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que presenta TGIF y el grupo control de una diferencia de proporción de 12.1% es de 164 pacientes en cada uno de los grupos, teniendo en cuenta una prevalencia en la población infantil de síntomas depresivos clínicamente significativos de 12.9% (16) y una prevalencia de síntomas depresivos en pacientes pediátricos con trastornos gastrointestinales funcionales según estudios de un 25%, con una potencia de nuestro estudio de un 80% y un nivel de significación *alpha* de 0.05.

4.3. VARIABLES

Variable relacionada con salud intestinal

Se evalúan los trastornos gastrointestinales funcionales, en concreto, el subgrupo de trastorno de dolor abdominal funcional que incluye: DF, SII, MA y FAD-NEOM mediante el cuestionario de TGIF (explicado en el apartado 4.5. *INSTRUMENTOS*).

Definición operativa: variable categórica nominal, codificada como 0 = no presenta y 1= sí presenta.

Variables relacionadas con salud mental

- Se evalúa la sintomatología **ansiosa** a través del cuestionario SCAS (*Spence Children Anxiety Scale*), explicado en el apartado 4.5. Tanto la puntuación global de la escala como la de las diferentes categorías se tratan como variables categóricas nominales (codificadas como 0 = no presenta; 1 = sí presenta); y, también como numéricas discretas, con el fin de comprobar si a mayor puntuación obtenida, mayor es la relación entre las variables estudiadas.

- Se valora la sintomatología **depresiva** a través del cuestionario CDI (*Children's Depression Inventory*), explicado en el apartado 4.5. Variable categórica nominal, codificada como 0 = no presenta; 1= sí presenta.
- El **rasgo perfeccionista** es evaluado mediante la puntuación obtenida de cada uno de los subtipos de perfeccionismo resultantes de aplicar el cuestionario CAPS (*Child-Adolescent Perfectionism Scale*). Son variables numéricas discretas.

Variables sociodemográficas

- Variables categóricas nominales, dicotómicas: *sexo* (hombre/mujer), *enfermedad diagnosticada* (SÍ/NO), *necesidad de acudir a algún/a profesional de salud mental* (SÍ/NO), *absentismo escolar por dolor abdominal en el último año* (SÍ/NO), *dificultad en la relación social* (SÍ/NO), *acontecimiento vital estresante en los últimos 3 meses* (SÍ/NO), *antecedente de trauma infantil* (SÍ/NO) y *de intervención quirúrgica* (SÍ/NO).
- Variables numéricas continuas: *edad* (tiempo vivido hasta el momento del estudio).
- Variable categórica ordinal: *satisfacción con el ambiente familiar* (nada/poco/bastante/muy satisfecho/a).

4.4. RECOGIDA DE DATOS

En primer lugar, se concertó una cita con los/as respectivos/as directores/as de los cuatro centros educativos para explicarles la propuesta del estudio y su objetivo principal. En los casos en los que aceptaron las condiciones, el siguiente paso fue aportar a cada colegio/instituto agrupadas en sobres oficiales del HGUC:

- 1 copia de la hoja informativa (HI) del estudio a cada tutor/a legal, padre o madre de los menores que presenten la edad objeto de estudio (10-14 años). Se incluye el correo de la investigadora principal como contacto (*anexo 3*).
- 1 copia de la HI del estudio a cada menor de entre 10-14 años (*anexo 4*).
- 1 copia común del CI tanto para el menor como para el/la responsable de este (*anexo 5*).

Cada centro fue el responsable de hacer llegar las copias a sus destinatarios. Acto seguido, sólo y exclusivamente si en el CI constaba la firma del menor (si >12 de años) y la del padre, madre o tutor/a legal autorizando la participación del estudiante en la investigación, se procedió a pasar los 5 cuestionarios previamente comentados.

En el momento en que los padres/madres devolvieron las autorizaciones al centro educativo, los tutores de cada una de las clases asignaban un número secuencial a cada niño/a, apuntando si participaba o no (número que después los sujetos apuntaban en los cuestionarios). Con ello, se garantizó el anonimato y que sólo los estudiantes con autorización pudieran rellenarlos.

Para facilitar la recogida de datos, se dieron las explicaciones pertinentes respecto a cada cuestionario y se permitió que los estudiantes plantearan cualquier duda a las investigadoras responsables allí presentes.

Procesamiento de los datos

La totalidad de los datos ha sido recogida manualmente utilizando el software de captura de datos electrónicos *RedCap*, a excepción de los sujetos de un colegio, que realizaron los cuestionarios vía online.

4.5. INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO DEMOGRÁFICO

Recoge tanto datos demográficos de los sujetos como algunos orientados a la esfera psicológica. Es el primer cuestionario de los cinco que se completa (*anexo 6*).

CUESTIONARIO ADAPTADO PARA LOS TGIF

El diagnóstico de TGIF en el presente estudio se basa en la aplicación de los criterios Roma IV pediátricos a través de un cuestionario no validado de elaboración propia (*anexo 7*). Esto se debe a que en el momento en que se realizó la búsqueda bibliográfica no se encontró ningún cuestionario validado para la edad poblacional estudiada; muchos estudios empleaban cuestionarios únicamente validados en adultos (3) o basados en criterios Roma III desactualizados (4).

Este cuestionario ha sido creado siguiendo rigurosa y estrictamente a los criterios diagnósticos antes mencionados, transformando cada uno de éstos en forma de pregunta con opción de respuesta dicotómica (SÍ/NO); además, se han respetado por completo los criterios temporales y se ha eliminado la jerga sanitaria para facilitar la respuesta por parte de las poblaciones objeto de estudio. Como el presente estudio se basa en el subgrupo TDAF y este a su vez se conforma de 4 subtipos (DF, SII, MA y FAD-NEOM), el diagnóstico de éstos quedaría así:

- **DF:** para su diagnóstico al menos dos preguntas de las tres deben ser afirmativas. Esta es el único cambio introducido si se compara con los Criterios Roma IV, que establecen que para que un/a niño/a presente DF, basta con tener un criterio de los tres. Esta modificación se ha llevado a cabo al prever que fácilmente la gran mayoría podía contestar afirmativamente a una única pregunta. Con ello, se aumenta la especificidad del cuestionario, a costa de disminuir sensibilidad, aumentando así la consistencia y validez interna.
- **SII, MA y FAD-NEOM:** para sus diagnósticos todas las respuestas a las preguntas propuestas deben ser afirmativas.

SCAS

La SCAS (17) es un cuestionario de 38 ítems que refleja la presencia de sintomatología ansiosa con 4 opciones de respuesta tipo *Likert*: nunca (0), a veces (1), a menudo (2) y siempre (3). Esta escala se puede administrar a niños/as y adolescentes con edades entre los 8 y los 15 años. En este cuestionario se integran 6 categorías que incluyen: TOC, fobia social, agorafobia, ansiedad por separación, miedos y ansiedad generalizada (*anexo 8*).

A mayor puntuación obtenida en la escala total (máxima de 114 puntos), mayores son los niveles de ansiedad. Las puntuaciones difieren en función del sexo y la edad. Entre 8 y 11 años: en niños la puntuación total ≥ 40 y en niñas ≥ 50 reflejan niveles elevados de ansiedad; entre 12 y 15 años: en niños la puntuación total ≥ 33 y en niñas ≥ 40 reflejan niveles elevados de ansiedad.

CDI

El CDI es un cuestionario autocumplimentado creado por Kovacs en 1992 (18) formado por 27 ítems aplicable a sujetos con edades comprendidas entre los 7 y los 15 años. Por cada ítem se proponen 3 respuestas a elegir una única. La puntuación total oscila entre 0-54 puntos. El punto de corte es 19, de forma que ≥ 19 se interpreta como sintomatología leve y ≥ 27 : sintomatología depresiva severa (*anexo 9*).

CAPS

El CAPS es un cuestionario que fue creado por Flett (19) y evalúa el perfeccionismo.

No obstante, en este estudio se utiliza la versión adaptada por Ossa-Corneja (20) formada por 19 ítems aplicable a sujetos con edades comprendidas entre los 6-18 años. Los ítems utilizan una escala tipo *Likert* de 4 opciones: falso (0) hasta muy cierto (4), obteniendo puntuación para 3 subtipos de perfeccionismo: PAOE (perfeccionismo autorientado a esfuerzo), PAOC (perfeccionismo autorientado a críticas) y PSP (perfeccionismo socialmente prescrito), *anexo 10*.

4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

El análisis estadístico se realizó con el software *IBM SPSS* en su *versión 29.0*.

En cuanto a la estadística descriptiva, las variables categóricas se expresan como proporciones. Los descriptivos utilizados en las variables numéricas son la mediana y el intervalo intercuartil (*IQI*). El estudio de normalidad de las variables numéricas se realiza según las pruebas de *Kolmogorov-Smirnov* o de *Shapiro-Wilk* (en función de si los sujetos que presentan la variable a estudiar son > 0 o < 50 respectivamente). Al analizar la relación entre una variable categórica y una numérica, se emplea la prueba no paramétrica *U de Mann-Whitney*. Mientras que para el análisis bivariante entre las variables categóricas se utiliza la *prueba Chi-cuadrado* y también se indica la magnitud del efecto con la razón de prevalencia (*RP*) e intervalo de confianza (*IC*) al 95%. Se considera un nivel de significación $p < 0.05$.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Este estudio cuenta con la aprobación por parte del CEIM del HGUC desde octubre de 2022 (*anexo 1*). También cuenta con la aprobación y autorización por parte de la Secretaría Autónoma de Educación de la Comunidad Valenciana (*Subdirección General de Coordinación y Normalización de Procesos en Educación*) para pasar los cuestionarios a los estudiantes (*anexo 2*).

Durante toda la investigación, se asegura el anonimato y confidencialidad, garantizando el derecho a la privacidad e intimidad de los sujetos del estudio, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. El tratamiento de los datos obtenidos es realizado por los/as investigadores/as y siempre bajo el principio de “secreto profesional”.

Se solicita por escrito el consentimiento informado de los representantes legales, recogiendo además la firma del menor en caso de ser >12 años; en éste también se especifica que pueden desistir de participar en el estudio en cualquier momento sin que ello suponga alguna repercusión. Además, se les proporciona una hoja informativa del proyecto tanto a los tutores legales como a los menores, reflejando que los resultados se utilizarán con fines de investigación según la Ley de Investigación Biomédica 14/2007 (BOE 4-VII-2007).

5. RESULTADOS

Estadística descriptiva

La muestra del estudio se compone de 447 estudiantes (51.9% mujeres y 48.1% hombres) de edades comprendidas entre 10-14 años procedentes de 4 centros educativos de la provincia de Castellón. La edad mediana es de 12.26 ($IQI=11.25;13.39$).

Un 37.1% (166 sujetos) de la muestra presenta algún TGIF.

Como se puede observar en el *gráfico 1* las mujeres padecen más frecuentemente algún TGIF respecto a los hombres (23.7% vs 13.4%) ($p<0.001$). El *gráfico 2* muestra que la prevalencia de TGIF es mayor en los sujetos ≥ 12 años que en los <12 años (24.4% vs 12.8%) ($p<0.007$).

Gráfico 1: analiza la relación entre TGIF y sexo.

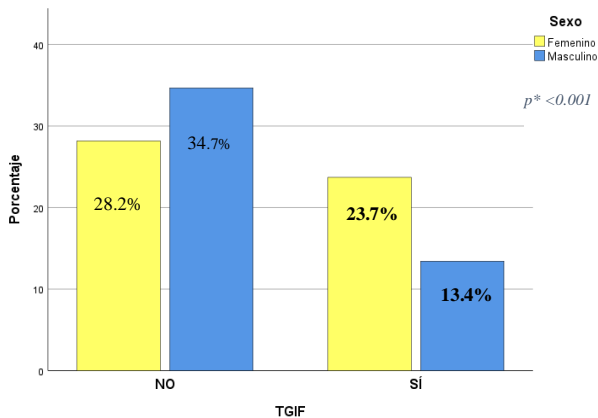
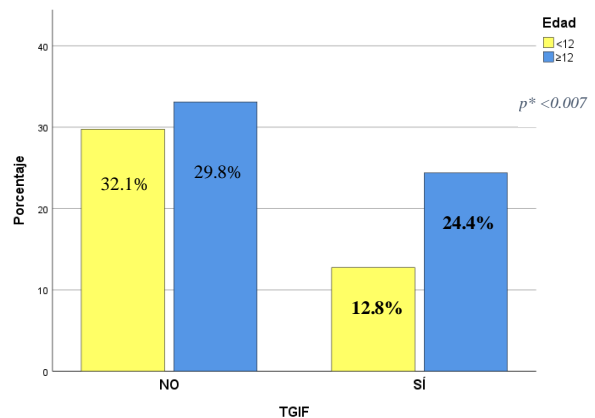


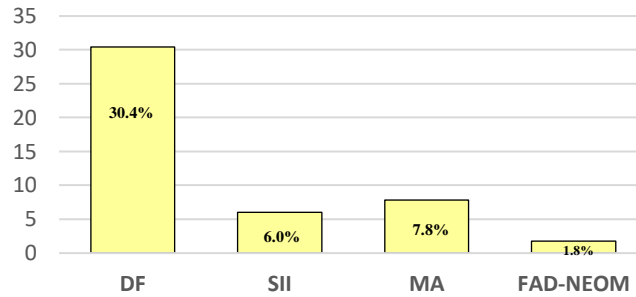
Gráfico 2: analiza la relación entre TGIF y edad.



(*) Prueba estadística realizada: Chi cuadrado en ambos casos.

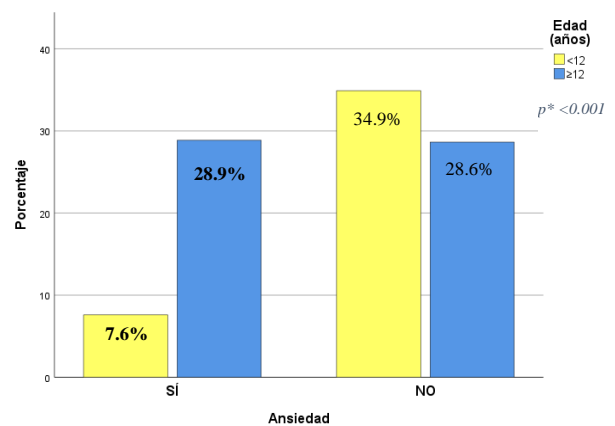
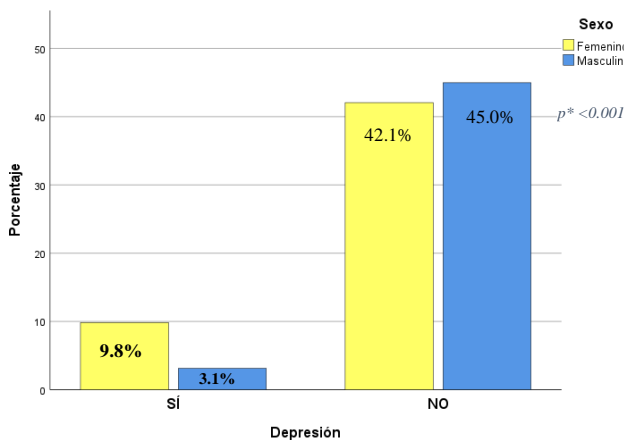
En el *gráfico 3* se puede observar que el TGIF de mayor prevalencia es la dispepsia funcional presentándose en un 30.4% de forma única o junto con otro TGIF. En cuanto al SII sólo lo presentan un 6.0%, de forma aislada o junto a otro subtipo. La prevalencia de la MA es de 7.8% de forma única o junto a otro TGIF y la del FAD-NEOM es de 1.8%.

Gráfico 3: representa la proporción de cada subtipo de TGIF en la totalidad de la muestra.



Como se ilustra en el *gráfico 4*, aproximadamente un 13% de la población objeto de estudio (58 sujetos) presenta sintomatología depresiva, siendo predominante en las mujeres respecto a los hombres (9.8% vs 3.1%) ($p < 0.001$). Sin embargo, no existe relación entre presentar depresión y la edad en la que se manifiesta ($p = 0.058$). Asimismo, 36.5% presentan sintomatología ansiosa, no encontrándose una relación estadísticamente significativa entre ésta y el sexo ($p = 0.059$); en cambio, en el *gráfico 5* se observa que la ansiedad es más prevalente en los sujetos ≥ 12 años respecto a los < 12 años (28.9% vs 7.6%) ($p < 0.001$).

Gráfico 4: analiza la relación entre depresión y sexo. Gráfico 5: analiza la relación entre ansiedad y edad.



(*) Prueba estadística realizada en los dos casos: Chi cuadrado.

En las edades de 12-14 años hay una prevalencia de ansiedad de un 17.7%; en cuanto a los diferentes subgrupos existe una prevalencia de TOC de un 19.5%, de fobia social de un 10.5%, de agorafobia de un 17.9%, de ansiedad por separación de un 28.9%, de miedos

de un 19.9% y de ansiedad generalizada de un 21.3%. Tanto la ansiedad por separación como los miedos son los dos únicos subgrupos más prevalentes en hombres, aunque no existe relación estadísticamente significativa ($p=0.06$).

Sin embargo, en las edades de 10-12 años hay una prevalencia de ansiedad de un 7.6%; en cuanto a los diferentes subgrupos se obtuvo una prevalencia de TOC de un 6.5%, de fobia social de un 7.6%, de agorafobia de un 6.0%, de ansiedad por separación de un 15.0%, y tanto de miedos como de ansiedad generalizada de un 13.0%. En este caso, la ansiedad por separación sí es más prevalente en hombres que en mujeres (8.9% vs 6.0%) ($p=0.039$).

La prevalencia de cada subgrupo de rasgo perfeccionista es de un 23.3% de PSP, un 36.5% para PAOC y un 40.3% en PAOE. Los descriptivos de estos subgrupos de perfeccionismo en <12 años son: PAOE ($Me=17$) e IQI (16;20), PSP ($Me=22$) e IQI (19;24) y PAOC ($Me=12.5$) e IQI (11;15). En ≥ 12 años son: PAOE ($Me=18$) e IQI (16;20), PSP ($Me=21$) e IQI (19;24) y PAOC ($Me=13$) e IQI (11;16). Las diferencias observadas en las medianas de la puntuación de cada subgrupo al tener en cuenta la edad no son estadísticamente significativas respectivamente: $p=0.501$, $p=0.814$, $p=0.384$.

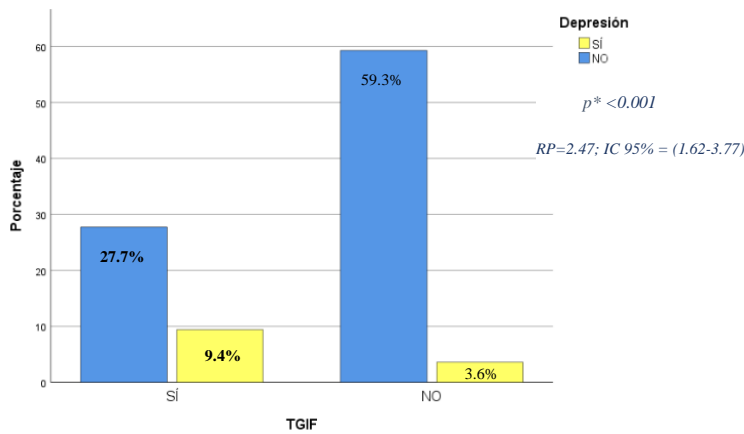
Los descriptivos de las diferentes categorías de la variable ansiedad diferenciados por edad son:

- Edad (años) <12 → **TOC**: $me=11$, IQI : (10;14), **fobia social**: $me=11$, IQI : (8;12), **agorafobia**: $me=11$, IQI : (10;13), **ansiedad por separación**: $me=10$, IQI : (9;12), **miedos**: $me=8$, IQI : (6;9), **ansiedad generalizada**: $me=11$, IQI : (10;12) y **ansiedad total**: $me=55$, IQI : (47;63).
- Edad (años) ≥ 12 → **TOC**: $me=8$, IQI : (7;10), **fobia social**: $me=11$, IQI : (10;13), **agorafobia**: $me=8$, IQI : (6;11), **ansiedad por separación**: $me=7$, IQI : (5;8), **miedos**: $me=7$, IQI : (5;8), **ansiedad generalizada**: $me=10$, IQI : (9;12) y **ansiedad total**: $me=46$, IQI : (41;54).

Estadística inferencial

El *gráfico 6* recoge la prevalencia de depresión en función de la presencia de TGIF.

Gráfico 6: analiza la relación entre presentar TGIF y depresión.



(*) Prueba estadística realizada: Chi cuadrado.

Ante estos datos, se concluye que la prevalencia de TGIF es aproximadamente 2.5 veces mayor en los pacientes que presentan depresión, respecto a los que no la tienen, en el momento del estudio ($p < 0.001$), IC 95% = (1.62-3.77).

También se ha obtenido que la prevalencia de TGIF es aproximadamente 1.8 veces mayor en los pacientes que han experimentado algún acontecimiento vital estresante en los últimos 3 meses ($p < 0.001$), IC 95% = (1.48-2.12). Asimismo, la prevalencia de TGIF es \approx 1.6 veces mayor en sujetos que han experimentado algún acontecimiento traumático en la infancia ($p < 0.001$), IC 95% = (1.22-2.01).

En el conjunto de la muestra, la **ansiedad** no se relaciona con presentar TGIF ($p = 0.085$), $RP = 1.14$ con IC al 95% (0.98-1.33). Sin embargo, al tener en cuenta la edad, sí existen diferencias estadísticamente significativas, como se recogen en la *Tabla 1*.

Tabla 1: analiza la relación entre TGIF y las categorías de ansiedad en sujetos ≥ 12 años.

Edad (años) ≥ 12	TGIF		
	p^*	RP	IC (95%)
TOC	<0.001	1.95	[1.46-2.61]
Fobia social	0.006	1.45	[1.05-2.02]
Agorafobia	<0.001	1.97	[1.45-2.68]
Ansiedad por separación	0.504	1.06	[0.90-1.24]
Miedos	0.051	1.21	[0.98-1.48]
Ansiedad generalizada	<0.001	1.58	[1.24-2.01]
Ansiedad total	<0.001	1.73	[1.30-2.30]

(*) Prueba estadística: Chi cuadrado. Se destacan en negrita las relaciones estadísticamente significativas.

Las principales conclusiones que se pueden obtener de los resultados recogidos en la tabla anterior son que:

- La prevalencia de TGIF es de 1.73 veces mayor en los adolescentes ≥ 12 años que tienen **ansiedad** respecto a los que no la tienen, en el momento del estudio ($p < 0.001$), IC 95% = (1.30-2.30).
- La prevalencia de TGIF es aproximadamente 2 veces mayor en los sujetos ≥ 12 años que presentan **TOC**, respecto a los que no ($p < 0.001$), IC 95% = (1.46-2.61).
- La prevalencia de TGIF es de 1.5 veces mayor en los sujetos ≥ 12 años que tienen **fobia social**, respecto a los que no la tienen ($p < 0.001$), IC 95% = (1.30-2.30).
- La prevalencia de TGIF es 2 veces mayor en los estudiantes ≥ 12 años que padecen **agorafobia**, respecto a los que no la padecen ($p < 0.001$), IC 95% = (1.45-2.68).
- La prevalencia de TGIF es 1.6 veces mayor en los sujetos ≥ 12 años que padecen **ansiedad generalizada**, respecto a los que no ($p < 0.001$), IC 95% = (1.24-2.01).

Sin embargo, no se obtiene una relación estadísticamente significativa entre presentar TGIF y las variables *miedos* y *ansiedad por separación* en edades de 12-14 años. Y tampoco existe relación entre presentar algún TGIF con presentar cualquier subgrupo de ansiedad en sujetos < 12 años: **TOC**: ($p = 0.375$), $RP = 1.41$, IC 95% = (0.82-1.61), **fobia social**: ($p = 0.106$), $RP = 1.28$, IC 95% = (0.91-1.80), **agorafobia**: ($p = 0.417$), $RP = 1.14$, IC 95% = (0.81-1.61), **ansiedad por separación**: ($p = 0.392$), $RP = 1.09$, IC 95% = (0.88-1.36), **miedos**: ($p = 0.473$), $RP = 1.08$, IC 95% = (0.86-1.36), **ansiedad generalizada** ($p = 0.313$), $RP = 1.12$, IC 95% = (0.88-1.42) y **ansiedad total**: ($p = 0.047$), $RP = 1.36$, IC 95% = (0.95-1.96).

Ninguna de las variables numéricas estudiadas (obtenidas según la puntuación de los respectivos cuestionarios de ansiedad y perfeccionismo) siguen una distribución normal.

Tabla 2: analiza la relación entre TGIF y las categorías de ansiedad en sujetos ≥ 12 años.

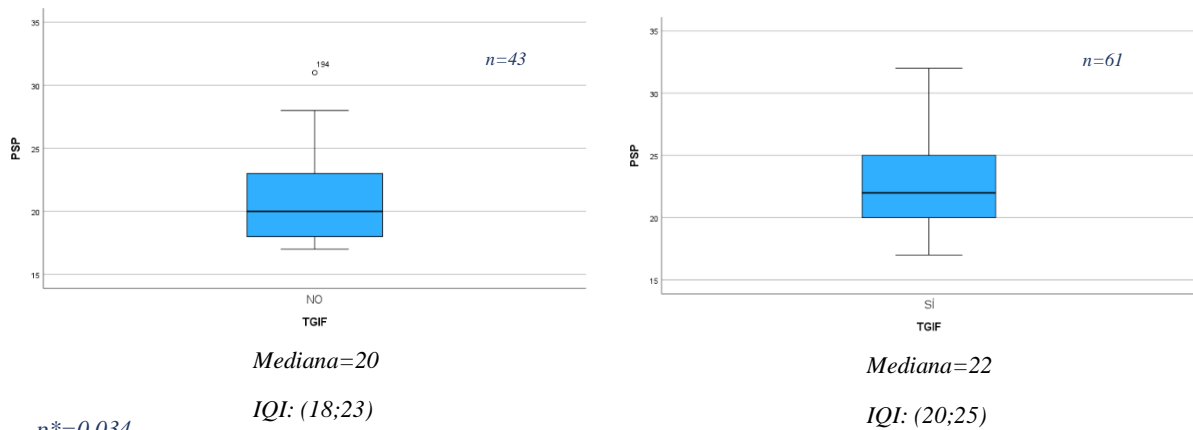
	TGIF				
		SÍ		NO	
Edad (años) ≥ 12	<i>p</i> *	<i>Me</i>	<i>IQI</i>	<i>Me</i>	<i>IQI</i>
Ansiedad total	<0.008	48	(44;56)	43	(37;51)
TOC	<0.697	9	(7;10)	8	(7;10)
Fobia social	0.020	12	(11;14)	10	(8;13)
Agorafobia	0.014	9	(7;12)	7	(5;10)
Ansiedad generalizada	0.005	11	(9;13)	10	(8;11)

(*) Prueba estadística realizada: no paramétrica U de Mann-Whitney. Destacadas en negrita las relaciones estadísticamente significativas.

De los resultados recogidos en la *Tabla 2* se obtiene que las puntuaciones medianas del cuestionario de ansiedad en niños ≥ 12 años son significativamente mayores en aquellos que presentan TGIF, respecto a los que no; excepto en el TOC.

Por último, en las parejas de diagramas de cajas siguientes (recogidas en *Gráfico 7 y 8*) se muestran los datos obtenidos al estudiar la relación entre la puntuación de cada subgrupo de **perfeccionismo** y la variable TGIF. Se concluye que las diferencias encontradas en las medianas de las puntuaciones de los subgrupos PSP y PAOC son estadísticamente significativas, siendo mayores en los sujetos que sí presentan TGIF. Sin embargo, no existe relación entre los TGIF y el subgrupo de PAOE $p=0.685$.

Gráfico 7: analiza la relación entre PSP y TGIF.



(*) Prueba estadística empleada: no paramétrica U Mann-Whitney.

Gráfico 8: analiza la relación entre PAOC y TGIF.



(*) Prueba estadística empleada: no paramétrica U Mann-Whitney.

6. DISCUSIÓN

La prevalencia de los TGIF en la población infanto-juvenil de este estudio es del 37.1%, incrementándose con la edad como apunta algún estudio (4). La prevalencia en población infantil en otros estudios es de 20-40% (1) o del 30% (21); estas diferencias pueden ser debidas a la gran heterogeneidad de los criterios diagnósticos de los TGIF según el año de publicación y, por tanto, al empleo de diferentes cuestionarios. Por otro lado, en esta investigación se obtiene que las mujeres ($p<0.001$), aquellos que han sufrido algún antecedente traumático en la infancia ($p<0.001$) y algún acontecimiento vital estresante en los últimos 3 meses ($p<0.001$) padecen más frecuentemente algún TGIF. Esto ya lo apuntan otros estudios al considerarse unos de los factores predisponentes más importantes (1,5,7,22,23).

En este estudio se concluye que la prevalencia de TGIF es aproximadamente 2.5 veces mayor en los pacientes que presentan depresión, respecto a los que no la tienen ($p<0.001$), IC 95%=(1.62-3.77). También que la prevalencia de estos trastornos es de 1.7 veces mayor en los adolescentes ≥ 12 años que tienen sintomatología ansiosa global ($p<0.001$), IC 95%=(1.30-2.30). En esta línea, son múltiples los estudios que concluyen que los menores con TDAF presentan tasas mayores de ansiedad y/o depresión respecto a los controles sanos (4,22,24). Por ejemplo, un estudio realizado en Australia en niños/as de 6-13 años (10) determinó que era más probable que los sujetos presentaran TGIF si tenían trastornos de ansiedad respecto a los que no. Otro estudio realizado en niños/as de 8-12 años concluyó que los síntomas gastrointestinales eran más frecuentes en los sujetos con sintomatología depresiva (14).

Además, también se obtiene una relación significativa entre todas las categorías de ansiedad (agorafobia, TOC...) y los TGIF pero únicamente en los sujetos ≥ 12 años, no obteniéndose relación entre la ansiedad (global \rightarrow ($p=0.047$) IC 95%=(0.95-1.96) y por categorías) y los TGIF <12 años. Esto puede deberse a que, tal y como apuntan algunos estudios (9,23,25), los adolescentes ≥ 12 años están sometidos a mayores estresores académicos y sociales. Además, esa edad se considera crítica para presentar desregulación emocional al tener que hacer frente a cambios fisiológicos que pueden no encajar adecuadamente.

Asimismo, se concluye que existe relación entre los TGIF y el perfeccionismo socialmente prescrito ($p=0.034$) y el autorientado a críticas ($p=0.038$). Aunque no hay estudios que analicen dicha relación hasta el momento, si son varias las revisiones que reflejan la personalidad del sujeto como un factor biopsicosocial vinculado o predisponente en el dolor abdominal crónico en relación con la somatización (23) y también con la depresión y la ansiedad (26).

7. CONCLUSIONES E IMPACTO DEL PROYECTO

Se concluye que los niños de 10-14 años que presentan sintomatología depresiva, rasgo de personalidad perfeccionista (en concreto, PSP y PAOC) y sintomatología ansiosa (sólo en edades ≥ 12 años) presentan mayor prevalencia de TGIF.

Los TGIF son un problema prevalente. Los resultados obtenidos son útiles para clarificar aspectos relacionados con dichos trastornos e informar de la situación y prevalencia actual en población infanto-juvenil española tras la pandemia *Covid-19*, pues no se han encontrado prácticamente estudios al respecto en España.

El hecho de haber obtenido una relación sólida entre los TGIF y las variables referidas a la salud mental puede servir de precedente para encaminar las intervenciones terapéuticas hacia nuevos horizontes. Es decir, ante pacientes diagnosticados de TGIF sería recomendable valorar la existencia de alguna alteración del estado anímico y posible rasgo perfeccionista; si se da alguna o las dos situaciones, podría merecer la pena probar herramientas encaminadas a abordar la esfera psicológica (psicoterapia, *p.ej.*), antes que prescribir fármacos dirigidos a patología orgánica, que no han mostrado claros beneficios hasta la fecha.

En caso de que, con el tiempo y en estudios más potentes a nivel poblacional este tipo de intervenciones psicológicas resultaran eficaces, podrían derivarse gran cantidad de beneficios. Por un lado, se evitaría el uso de fármacos fútiles que podrían llegar a generar la tan indeseada cascada terapéutica; también se evitaría solicitar pruebas diagnósticas que en ocasiones llegan a ser muy invasivas. Por otro lado, a nivel socioeconómico, además de ahorrar recursos al Sistema Nacional de Salud, también mejoraría el rendimiento escolar y laboral, pues se disminuiría el absentismo de ambas partes.

Por último y de forma global podría conseguirse una clara repercusión positiva en la calidad de vida tanto de la familia como del menor.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Entre las limitaciones de este estudio destaca la posible falta de sinceridad y/o aleatoriedad al basarse en resultados obtenidos de cuestionarios autorrellenables. También puede darse el sesgo de información tipo memoria, a la hora de preguntar a los sujetos por síntomas que han padecido en un plazo máximo de 6 meses.

Además, al no haber encontrado un cuestionario validado para el diagnóstico de los TGIF basado en los criterios pediátricos Roma IV para la muestra de este estudio, se ha utilizado un cuestionario no validado. Tampoco se ha descartado previamente organicidad en los sujetos, por lo que en algún caso la sintomatología puede deberse a alguna enfermedad orgánica todavía no diagnosticada (cometiendo un posible sesgo de selección). Por último, cabe añadir que el diagnóstico de ansiedad o depresión no se puede basar únicamente en el resultado obtenido al rellenar un cuestionario de un solo día, por este motivo se habla de sintomatología depresiva y ansiosa.

8. PLAN DE TRABAJO

En este apartado se incluyen en forma de cronograma las diferentes etapas de desarrollo y distribución de las tareas.

TAREAS	MESES					
	sept- oct 2022	oct 2022	oct- nov 2022	nov- dic 2022	enero 22- mar 2023	abr- may 2023
Andreea aporta anexos 8-10.						
1ª reunión TFG: plantear tema, objetivos, metodología...						
Tarea 1: 1.1. Actualización y revisión de antecedentes del tema del proyecto. Modelo teórico. 1.2. Elaboración del consentimiento informado y de las hojas informativas. 1.3. Diseño cuestionario de TGIF en base a criterios pediátricos Roma IV.						
Tarea 2: redacción del estudio para enviar al CEim y Secretaría de Educación de la CV.						
Tarea 3: 3.1. Ponerse en contacto con 4 centros educativos. 3.2. Cargar en RedCap-Fisabio los diferentes cuestionarios con sus respectivas puntuaciones (ayudante Félix Encinas, informático).						
Tarea 4: 4.1. Recoger muestra escolar. 4.2. Ir introduciendo los resultados en la base de datos.						
Tarea 5: Análisis de datos con SPSS y resultados. Finalizar la redacción del proyecto y presentar el estudio.						

9. AGRADECIMIENTOS

Finalmente, me gustaría agradecer la gran implicación demostrada a todos los investigadores del presente trabajo y a mi familia, por brindarme su apoyo y acompañarme a lo largo de todo este bonito y sacrificado recorrido.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carlos Blesa Baviera L, Cenarro Guerrero Pediatra Sagasta-Ruiseñores Zaragoza TC, Rodríguez Delgado Pediatra Alpedrete Alpedrete JC, Ros Arnal I. Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Criterios Roma IV [Internet]. Madrid; 2017. Available from: www.aepap.org
2. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology*. 2016 May;150(6):1456-1468.e2.
3. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, et al. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021 Jan;160(1):99-114.e3.
4. Sagawa T, Okamura S, Kakizaki S, Zhang Y, Morita K, Mori M. Functional gastrointestinal disorders in adolescents and quality of school life. *J Gastroenterol Hepatol*. 2013 Feb;28(2):285–90.
5. Newton E, Schosheim A, Patel S, Chitkara DK, Tilburg MAL. The role of psychological factors in pediatric functional abdominal pain disorders. *Neurogastroenterology & Motility*. 2019 Jun 6;31(6):e13538.
6. Laura Casado Sánchez M, Fernández Rodríguez M, García Rebollar C, de Juanes Toledo B, Soledad Martínez García M, Victoria Martínez Rubio M, et al. Trastornos gastrointestinales funcionales pediátricos (Roma IV). 2017.
7. Rajindrajith S, Zeevenhooven J, Devanarayana NM, Perera BJC, Benninga MA. Functional abdominal pain disorders in children. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018 Apr 3;12(4):369–90.
8. Holtmann G, Shah A, Morrison M. Pathophysiology of Functional Gastrointestinal Disorders: A Holistic Overview. *Digestive Diseases*. 2017;35(Suppl. 1):5–13.
9. Güven B, Gülerman F, Akyüz E, Aydın G. Emotional dysregulation in adolescents with functional gastrointestinal disorders. *Arab J Gastroenterol* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2022 Nov 9];21(1):24–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32179047/>

10. Waters AM, Schilpzand E, Bell C, Walker LS, Baber K. Functional Gastrointestinal Symptoms in Children with Anxiety Disorders. *J Abnorm Child Psychol*. 2013 Jan 8;41(1):151–63.
11. Matthews PJ, Aziz Q. Functional abdominal pain. *Postgrad Med J* [Internet]. 2005 Jul [cited 2022 Nov 9];81(957):448–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15998821/>
12. Saps M, Youssef N, Miranda A, Nurko S, Hyman P, Cocjin J, et al. Multicenter, Randomized, Placebo-Controlled Trial of Amitriptyline in Children With Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*. 2009 Oct;137(4):1261–9.
13. Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Muris JW. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011 Aug 10;2013(3).
14. Orgilés M, Fernández-Martínez I, Melero S, Morales A, Espada JP. Niños españoles con sintomatología depresiva: un estudio de sus quejas somáticas Spanish children with depressive symptoms: a study of their somatic complaints Correspondencia: Mireia Orgilés. Email: morgiles@umh.es. 2018;15:106–12. Available from: <http://summapsicologica.cl/>
15. UNICEF. A time for leadership on mental health. The State of the World's Children 2021. [Internet]. 2021 Oct. Available from: www.unicef.org/sowc
16. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19. *JAMA Pediatr*. 2021 Nov 1;175(11):1142.
17. Spence SH. A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*. 1998 May;36(5):545–66.
18. Kovacs M. Children's Depression Inventory (CDI and CDI 2). In: *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2015. p. 1–5.

19. Flett GL, Hewitt PL, Besser A, Su C, Vaillancourt T, Boucher D, et al. The Child–Adolescent Perfectionism Scale. *J Psychoeduc Assess*. 2016 Oct 3;34(7):634–52.
20. Ossa-Cornejo C, López-Fuentes M, Lagos-San Martín N, Palma-Luengo M, Pérez-Norambuena JS. Características psicométricas de la escala infantojuvenil de perfeccionismo en estudiantes de enseñanza básica (primaria) en Chile. *Ciencias Psicológicas*. 2019 Oct 3;296–304.
21. Peralta-Palmezano JJ, Guerrero-Lozano R. Prevalence of Functional Gastrointestinal Disorders in School Children and Adolescents. *The Korean Journal of Gastroenterology*. 2019;73(4):207.
22. von Gontard A, Moritz AM, Thome-Granz S, Equit M. Abdominal pain symptoms are associated with anxiety and depression in young children. *Acta Paediatr*. 2015 Nov;104(11):1156–63.
23. Wojtowicz AA, Banez GA. Adolescents with chronic pain and associated functional disability. *Journal of Child Health Care*. 2015 Dec 18;19(4):478–84.
24. Youssef NN, Atienza K, Langseder AL, Strauss RS. Chronic Abdominal Pain and Depressive Symptoms: Analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2008 Mar;6(3):329–32.
25. Sjölund J, Uusijärvi A, Tornkvist NT, Kull I, Bergström A, Alm J, et al. Prevalence and Progression of Recurrent Abdominal Pain, From Early Childhood to Adolescence. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2021 May;19(5):930-938.e8.
26. Limburg K, Watson HJ, Hagger MS, Egan SJ. The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *J Clin Psychol*. 2017 Oct;73(10):1301–26.

11. ANEXOS



INFORME COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓ

Doña Berta Claramonte Clausell, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital General Universitario de Castelló,

CERTIFICA

Que el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓ en su reunión del día 24 de octubre de 2022, acta 9/2022, tras la evaluación de las aclaraciones solicitadas a: D^a Andrea Cristiana Milea del Proyecto de Investigación: Sintomatología ansiosa/depresiva/perfeccionismo y su posible relación con los trastornos gastrointestinales funcionales en población infanto-juvenil. Protocolo versión 1, 19 octubre 2022. HIP/CI versión 1, 19 octubre 2022.

Servicio: Pediatría Hospital General Universitario de Castellón
Investigador principal: D^a Andrea Cristiana Milea

Y teniendo en consideración las siguientes cuestiones:

1. Cuestiones relacionadas con la idoneidad del investigador y sus colaboradores.
2. Cuestiones relacionadas con la idoneidad de las instalaciones.
3. Cuestiones relacionadas con la idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se consideran justificados los riesgos y las molestias previsibles para el sujeto.
4. Consideraciones generales del estudio.

EMITE UN INFORME FAVORABLE

El Comité tanto en su composición como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con el Real Decreto 223/2004, y su composición actual es la siguiente:

Presidente	D. Mario Ferrer Vázquez Facultativo Especialista Pediatría
Vicepresidente	D. Raimundo García Boyero Jefe Sección Servicio de Hematología
Secretaria	D^a Berta Claramonte Clausell Facultativo Especialista Neurología
Vocales	D^a Amparo Andrés Pruñonosa Graduada en Enfermería D. Manuel Batalla Sales Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria D. José Vicente Castelló Carrascosa Facultativo Especialista Alergología D. Juan Vicente Esplugues Mota Farmacólogo Clínico

D^a Ana Fernández Herrero

Miembro ajeno a la profesión sanitaria. Licenciada en Derecho

D. Raúl Ferrando Piqueres

Jefe Servicio de Farmacia

D. Jesús Lucas García

Facultativo Especialista Pediatría

D^a M. Lidón Mateu Campos

Facultativo Especialista de Medicina Intensiva

D^a Eufemia Marcos González

Diplomada en Trabajo Social

D^a Nayara Pérez Sánchez

Facultativo Especialista Anatomía Patológica

D^a María Teresa Pitarch Saborit

Miembro lego

D^a Rocío Ramos Aparici

Facultativo Especialista Anestesiología y Reanimación

D^a María Ramos Trujillo

Médico Documentalista. Experta en Protección de Datos

D^a Ana Sánchez Llopis

Facultativo Especialista en Urología

D. Carlos J. Soriano Navarro

Facultativo Especialista Cardiología

D. Juan Francisco Tosca Flores

Licenciado en Medicina y Cirugía. Experto en BPC

Que en dicha reunión del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos se cumplió el quórum preceptivo legalmente

Que en el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Lo que firmo en Castellón a,

Secretaria Técnica del CEIm Hospital General Universitario de Castellón

Visto Bueno del Jefe de Servicio

Dr./Dra. *Dr. Centelles Soler*, Jefe del Servicio de

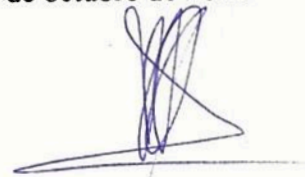
CERTIFICA:

Que conoce y acepta la realización en su servicio del proyecto de Investigación titulado:

“SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA/DEPRESIVA/PERFECCIONISMO Y SU POSIBLE RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL”.

Que está de acuerdo con que este proyecto de investigación se lleve a cabo por el Investigador principal: Andreea Cristiana Milea Milea y los Investigadores Secundarios: Carmen Jovaní Casano y Jesús Lucas García.

Castellón 14 de octubre de 2022



Fdo. Dr./Dra *Dr. Centelles*

Sra Andreea Cristiana Milea Milea
C/ Manuel Azaña n°1, 3°K
12006 Castelló de la Plana

Notificación de la resolución que autoriza el acceso al alumnado de centros educativos para recoger datos enmarcados en el estudio “ Sintomatología ansiosa/depresiva/perfeccionismo y su posible relación con los trastornos gastrointestinales funcionales en población infanto-juvenil”.

En contestación a su solicitud de autorización de acceso a centros educativos para la cumplimentación de cuestionarios por parte del alumnado; le notificamos, adjunta a este escrito, la resolución **de 14 de marzo de 2023** del Secretario Autonómico de Educación y Formación Profesional mediante la cual **se autoriza su solicitud en los centros relacionados en el punto 1º (Anexo I) de la mencionada resolución.**

Asimismo, ponemos el proyecto de investigación y la autorización en conocimiento de la o las direcciones territoriales competentes para que informen a los centros incluidos en la resolución.

La resolución adjunta pone fin a la vía administrativa, cabiendo el recurso contencioso administrativo en los plazos y términos que se expresan en los artículos 112, 123 i 124 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas (BOE núm. 236, de 2.10.2015) y en los artículos 10, 14 y 46 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contenciosa administrativa (BOE núm.167, de 14.07.98), pudiendo también ser recurrido potestativamente en reposición ante los órganos y plazos expresados en la resolución.

Lo que le comunico para su conocimiento y a los efectos oportunos.

**Subdirector General de Coordinación y Normalización de Procesos en
Educación**

SÍNTOMATOLOGÍA ANSIOSA/DEPRESIVA Y PERFECCIONISMO EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL CON POSIBLE TRASTORNO DIGESTIVO FUNCIONAL

- **Motivo principal de la realización del estudio**

A lo largo de los años, la ansiedad y la depresión han incrementado en nuestra sociedad. Además, a raíz de la pandemia producida por el COVID-19, se ha podido observar que este tipo de sintomatología se da cada vez más en la población infanto-juvenil afectando su bienestar. Asimismo, esta sintomatología puede provocar dolores estomacales, mareos, vómitos, entre muchas otras cosas. Por otra parte, algunos rasgos de personalidad como el perfeccionismo también pueden desencadenar dolores abdominales frecuentes.

- **Objetivo principal de la investigación**

Analizar la sintomatología depresiva/ansiosa y el perfeccionismo en población infanto-juvenil desde los 10 a los 15 años de edad para ver si existe relación con los trastornos digestivos funcionales.

- **Procedimiento**

Para poder llevar a cabo este estudio, vuestros hijos/as deberán completar unos cuestionarios. El tiempo de duración para la realización de los cuestionarios será de unos 30 minutos aprox.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los comprendidos en esta investigación. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.



Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer las preguntas que considere necesario a las personas encargadas de llevar a cabo la investigación. Así mismo, tendréis a vuestra disposición la dirección de correo electrónico de la investigadora principal (andreea.milea@fisabio.es) para poder preguntarle cualquier duda en cualquier momento de la investigación.

Si está de acuerdo con que su hijo/a participe en la investigación, se le solicitará que firme el consentimiento informado

Muchas gracias por la colaboración

HOJA INFORMATIVA PARA L@S PARTICIPANTES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:
“SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA/DEPRESIVA/PERFECCIONISMO Y SU POSIBLE RELACIÓN CON
LOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL”

¿ALGUNA VEZ HAS ESCUCHADO HABLAR SOBRE EL EJE INTESTINO-CEREBRO?

PARECE QUE LOS ÚLTIMOS ESTUDIOS DICEN QUE ¡NUESTRO CEREBRO Y
NUESTRO INTESTINO SE COMUNICAN! SI AMBOS FUNCIONAN COORDINADOS
NOS DEBERÍAMOS ENCONTRAR BIEN, PERO SI UNO DE ELLOS NO FUNCIONA
ADECUADAMENTE, PUEDE HACER QUE EL OTRO TAMPOCO TRABAJE BIEN.

NUESTRO OBJETIVO: INVESTIGAR MÁS ACERCA DE ESTA POSIBLE RELACIÓN.

¿TE ANIMAS A CONTRIBUIR CON LA CIENCIA?



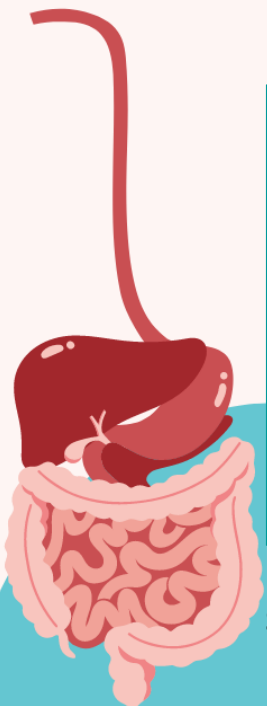
SÓLO TENDRÁS QUE RELLENAR 5
CUESTIONARIOS Y SER SINCERO
EN TUS RESPUESTAS.

SÓLO TARDARÁS 20-25 MINUTOS.

¡¡¡MUCHAS GRACIAS!!!

Si te surgen dudas durante la realización de los cuestionarios, no dudes en preguntar a los investigadores presentes. Además, si en algún momento del estudio tienes preguntas, puedes ponerte en contacto con la investigadora principal a través de andreea.milea@fisabio.es

SE ASEGURA LA CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO
DE LOS DATOS DURANTE TODO EL ESTUDIO.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:

“SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA/DEPRESIVA/PERFECCIONISMO Y SU POSIBLE RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL”

Investigadora principal: Andreea Milea Milea

Declaro que:

1. He leído y se me ha entregado la hoja de información del estudio aportada por el profesional sanitario.
2. La hoja de información que se me ha entregado explica adecuadamente el objetivo de la investigación.
3. Dispongo del correo de la investigadora principal para poder realizar preguntas y plantear dudas acerca del estudio.
4. Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, por cualquier razón y sin que tenga ningún tipo de repercusión.

YO _____ CON DNI _____
COMO PADRE/MADRE O TUTOR/A LEGAL DE

CON DNI _____, LE AUTORIZO A QUE PARTICIPE EN EL ESTUDIO PROPUESTO.

PARA TENER EN CUENTA:

- No se recibe ningún tipo de indemnización económica por participar en el estudio.

Castellón de la Plana a _____ de _____ del _____

Firma del tutor/a legal del menor.

Firma del menor (si >12 años).

-
- 2) Fecha: _____
-
- 3) Sexo: Masculino
 Femenino
 Otros
-
- 4) Fecha de nacimiento: _____
-
- 5) ¿Vives en una zona rural o urbana? Rural
 Urbana
-
- 6) ¿Tienes alguna enfermedad médica o trastorno diagnosticado? Yes
 No
-
- 7) ¿Has acudido a algún/a profesional de la salud mental para solicitar ayuda en algún momento de tu vida? Yes
 No
-
- 8) En el último año, ¿Has faltado al colegio por dolores abdominales? Nunca
 A veces
 La mayor parte del tiempo
 Siempre
-
- 9) ¿Tienes dificultades a la hora de relacionarte con otras personas? Yes
 No
-
- 10) ¿Estás satisfecho/a con tu ambiente familiar? Nada satisfecho/a
 Poco satisfecho/a
 Bastante satisfecho/a
 Muy satisfecho/a
-
- 11) En los últimos 3 meses, ¿Has experimentado algún acontecimiento vital estresante? Yes
 No
-
- 12) En el caso de haber contestado Sí a la pregunta anterior, ¿Qué acontecimiento vital estresante has experimentado? Pérdida, duelo
 Cambio de domicilio/colegio
 Acoso escolar
 Maltrato/abuso sexual
 Bajas calificaciones académicas
 Discusiones frecuentes con mis padres
 Otros

1) Peso (kg):

2) Talla (cm):

3) Intervenciones quirúrgicas previas:

- Yes
 No

4) Algún acontecimiento traumático durante la infancia:

- Yes
 No
-

En estos 2 últimos meses, mínimo 4 días al mes (es decir, 8 días en total)...

5) 1. ¿Te has sentido lleno/a-hinchado/a después de las comidas?

- Yes
 No

6) 2. ¿Te has sentido lleno/a antes de lo normal o comiendo menos de lo que sueles comer?

- Yes
 No

7) 3. ¿Te ha dolido el estómago o has sentido ardor en el pecho o garganta después de las comidas que no se alivien con la defecación o la expulsión de gases?

- Yes
 No

12) En estos 2 últimos meses, mínimo 4 días al mes ¿Has tenido dolor abdominal junto con uno de los síntomas siguientes?

- Yes
 No

13) Marca el/los síntomas que has tenido:

- Dolor durante la defecación
 Cambios en la frecuencia:
 He ido más veces al baño
 He ido menos veces al baño
 Cambios en el color o en la consistencia (duras, blandas) de las heces

14) Cuando he dejado de estar estreñido (en caso de haber estado), el dolor abdominal continuaba.

- Yes
 No

En los últimos 6 meses, mínimo 2 veces...

- 16) ¿Te ha dolido mucho alrededor del ombligo, en el medio del abdomen o por todo el abdomen durante 1 hora o más? Yes No
-
- 17) ¿Has estado sin dolor durante semanas-meses antes de volver a tener dolor? Yes No
-
- 18) ¿El dolor ha hecho que no puedas realizar tus actividades diarias? Yes No
-
- 19) Cuando sentías dolor, ¿también tenías 2 de los síntomas siguientes? Yes No
-
- 20) Marca los síntomas asociados:
- Pérdida de apetito
 - Náuseas
 - Vómitos
 - Dolor de cabeza
 - Molestia a la luz
 - Palidez
-

En estos 2 últimos meses, mínimo 4 días al mes...

- 22) ¿Has tenido dolor abdominal que no relaciones con la menstruación, comidas...? Yes No
-
- 23) Mi dolor no tiene ninguna de las características de las preguntas anteriores (si esto es cierto, contesta Sí) Yes No
-

Por favor, marca la opción que más se ajusta con la frecuencia con la que te ocurre cada una de estas cosas. Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

- 1) Hay cosas que me preocupan 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 2) Me da miedo la oscuridad 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 3) Cuando tengo un problema, siento una sensación rara en el estómago 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 4) Siento miedo 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 5) Sentiría miedo si me quedará sin nadie en casa 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 6) Siento miedo cuando tengo que hacer un examen 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 7) Me da miedo cuando tengo que utilizar un servicio o unos baños públicos 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 8) Me preocupa separarme de mis padres 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 9) Temo hacer una tontería delante de la gente 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 10) Me preocupa hacer mal mis deberes 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre

-
- 11) Me preocupa que alguien de mi familia tenga una
*+9-8')/' 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 12) De pronto, y sin razón, siento como si no pudiera
8+96/8'8 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 13) Siento la necesidad de comprobar varias veces que he
hecho bien las cosas (como que la luz está apagada o
la puerta cerrada) 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 14) Me da miedo dormir a solas 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 15) Tengo problemas cuando voy al colegio porque me siento
nervioso/a o asustado/a 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 16) Me dan miedo los perros 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 17) No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 18) Cuando tengo un problema, el corazón me late muy
*+68/9' 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 19) De pronto, y sin razón, me pongo a temblar 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 20) Me preocupa que me ocurra algo malo 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 21) Me da miedo ir al médico o al dentista 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre

-
- 22) Cuando tengo un problema, me pongo a temblar
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 23) Me dan miedo las alturas o los ascensores
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 24) Siento la necesidad de pensar en ciertas cosas (como números o palabras) para evitar que ocurran cosas
- 3'2'9
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 25) Siento miedo cuando tengo que viajar en coche, autobús o en un tren
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 26) Me preocupa mucho lo que la otra gente piense de mí
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 27) Me da miedo estar en lugares con mucha gente (centros comerciales, cines, autobuses, parques...)
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 28) De repente tengo miedo sin que haya razón para ello
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 29) Me dan miedo los insectos o las arañas
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 30) De repente, y sin razón, me mareo como si me fuera a
- *+93'?8
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 31) Me da miedo hablar delante de la clase
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 32) De repente, y sin razón, mi corazón empieza a
- ')+2+8'89+
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre

-
- 33) Me preocupa sentir miedo cuando no hay nada de qué
'9;9:'89+
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 34) Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados,
como túneles o habitaciones pequeñas
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 35) Siento la necesidad de hacer ciertas cosas una y otra
vez (lavarme manos, limpiar, poner las cosas en
orden...)
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 36) Me molestan ciertos pensamientos que me vienen a la
3+4:+
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 37) Para evitar desgracias siento la necesidad de hacer
algunas cosas exactamente como se deben hacer
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre
-
- 38) Sentiría miedo si me quedaré a dormir por la noche
fuera de casa
- 0 Nunca
 1 A veces
 2 A menudo
 3 Siempre

De cada grupo de frases, tienes que señalar la que mejor describa cómo te has sentido durante las 2 últimas semanas. Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas, únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor cómo te has encontrado últimamente.

- 1) 0 Estoy triste de vez en cuando
 1 Estoy triste muchas veces
 2 Estoy triste siempre
-
- 2) 0 Las cosas me saldrán bien
 1 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien
 2 Nunca me saldrá nada bien
-
- 3) 0 Hago bien la mayoría de las cosas
 1 Hago mal muchas cosas
 2 Todo lo hago mal
-
- 4) 0 Me divierten muchas cosas
 1 Me divierten algunas cosas
 2 Nada me divierte
-
- 5) 0 Soy malo algunas veces
 1 Soy malo muchas veces
 2 Soy malo siempre
-
- 6) 0 A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas
 1 Me preocupa que me ocurran cosas malas
 2 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
-
- 7) 0 Me gusta como soy
 1 No me gusta como soy
 2 Me odio
-
- 8) 0 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas
 1 Muchas cosas malas son culpa mía
 2 Todas las cosas malas son culpa mía
-
- 9) 0 No pienso en quitarme la vida
 1 Pienso en quitarme la vida pero no lo haría
 2 Quiero quitarme la vida
-
- 10) 0 Tengo ganas de llorar de vez en cuando
 1 Tengo ganas de llorar muchas veces
 2 Tengo ganas de llorar todos los días
-
- 11) 0 Las cosas me preocupan de cuando en cuando
 1 Las cosas me preocupan muchas veces
 2 Las cosas me preocupan siempre

-
- 12) 0 Me gusta estar con la gente
 1 Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 2 No quiero en absoluto estar con la gente
-
- 13) 0 Me decido fácilmente
 1 Me cuesta decidirme
 2 No puedo decidirme
-
- 14) 0 Tengo buen aspecto
 1 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
 2 Soy feo/a
-
- 15) 0 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
 1 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
 2 Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
-
- 16) 0 Duermo muy bien
 1 Muchas noches me cuesta dormir
 2 Todas las noches me cuesta dormir
-
- 17) 0 Estoy cansado/a de cuando en cuando
 1 Estoy cansado/a muchos días
 2 Estoy cansado/a siempre
-
- 18) 0 Como muy bien
 1 Muchos días no tengo ganas de comer
 2 La mayoría de los días no tengo ganas de comer
-
- 19) 0 No me preocupa el dolor ni la enfermedad
 1 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 2 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
-
- 20) 0 Nunca me siento solo/a
 1 Me siento solo/a muchas veces
 2 Me siento solo/a siempre
-
- 21) 0 Me divierto en el colegio muchas veces
 1 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando
 2 Nunca me divierto en el colegio
-
- 22) 0 Tengo muchas amistades
 1 Tengo muchas amistades, pero me gustaría tener más
 2 No tengo amistades
-
- 23) 0 Mi trabajo en el colegio es bueno
 1 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes
 2 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien
-
- 24) 0 Soy tan bueno como otros niños/as
 1 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños/as
 2 Nunca podré ser tan bueno como otros niños/as

25)

- 0 Estoy seguro/a de que alguien me quiere
- 1 No estoy seguro/a de que alguien me quiera
- 2 Nadie me quiere

26)

- 0 Generalmente hago lo que me dicen
- 1 Muchas veces no hago lo que me dicen
- 2 Nunca hago lo que me dicen

27)

- 0 Me llevo bien con la gente
- 1 Me peleo muchas veces
- 2 Me peleo siempre

Lee con atención cada frase y marca la opción con la que más te identifiques. Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

- 1) Intento ser perfecto/a en todo lo que hago
- 0 Falso
 1 Mayoritariamente falso
 2 Ni verdadero ni falso
 3 Mayoritariamente verdadero
 4 Muy cierto
-
- 2) Quiero ser el/la mejor en todo lo que hago
- 0 Falso
 1 Mayoritariamente falso
 2 Ni verdadero ni falso
 3 Mayoritariamente verdadero
 4 Muy cierto
-
- 3) Siento que debo hacer las cosas lo mejor posible
- 0 Falso
 1 Mayoritariamente falso
 2 Ni verdadero ni falso
 3 Mayoritariamente verdadero
 4 Muy cierto
-
- 4) Intento obtener la nota más alta en cada examen
- 0 Falso
 1 Mayoritariamente falso
 2 Ni verdadero ni falso
 3 Mayoritariamente verdadero
 4 Muy cierto
-
- 5) Cuando hago algo, tiene que ser perfecto
- 0 Falso
 1 Mayoritariamente falso
 2 Ni verdadero ni falso
 3 Mayoritariamente verdadero
 4 Muy cierto
-
- 6) Espero hacer las cosas mejor que los demás
- 0 Falso
 1 Mayoritariamente falso
 2 Ni verdadero ni falso
 3 Mayoritariamente verdadero
 4 Muy cierto
-
- 7) Hay personas en mi vida que esperan que yo sea perfecto/a
- 0 Falso
 1 Mayoritariamente falso
 2 Ni verdadero ni falso
 3 Mayoritariamente verdadero
 4 Muy cierto
-
- 8) Mi familia espera que yo sea perfecto/a
- 0 Falso
 1 Mayoritariamente falso
 2 Ni verdadero ni falso
 3 Mayoritariamente verdadero
 4 Muy cierto

-
- 9) La gente espera más de lo que yo soy capaz de dar
- 0 Falso
 - 1 Mayoritariamente falso
 - 2 Ni verdadero ni falso
 - 3 Mayoritariamente verdadero
 - 4 Muy cierto
-
- 10) El resto de la gente piensa que he fracasado si no soy lo mejor de mi en todo momento
- 0 Falso
 - 1 Mayoritariamente falso
 - 2 Ni verdadero ni falso
 - 3 Mayoritariamente verdadero
 - 4 Muy cierto
-
- 11) Otras personas esperan que yo sea perfecto/a en lo que ,%+3
- 0 Falso
 - 1 Mayoritariamente falso
 - 2 Ni verdadero ni falso
 - 3 Mayoritariamente verdadero
 - 4 Muy cierto
-
- 12) La gente que me rodea espera que sea extraordinario/a en todo
- 0 Falso
 - 1 Mayoritariamente falso
 - 2 Ni verdadero ni falso
 - 3 Mayoritariamente verdadero
 - 4 Muy cierto
-
- 13) Mis profesores/as esperan de mi que siempre haga un trabajo perfecto
- 0 Falso
 - 1 Mayoritariamente falso
 - 2 Ni verdadero ni falso
 - 3 Mayoritariamente verdadero
 - 4 Muy cierto
-
- 14) Siento que la gente me exige demasiado
- 0 Falso
 - 1 Mayoritariamente falso
 - 2 Ni verdadero ni falso
 - 3 Mayoritariamente verdadero
 - 4 Muy cierto
-
- 15) Realmente me molesta cuando no me esfuerzo lo suficiente en una tarea
- 0 Falso
 - 1 Mayoritariamente falso
 - 2 Ni verdadero ni falso
 - 3 Mayoritariamente verdadero
 - 4 Muy cierto
-
- 16) Me enfado conmigo mismo/a cuando cometo un error
- 0 Falso
 - 1 Mayoritariamente falso
 - 2 Ni verdadero ni falso
 - 3 Mayoritariamente verdadero
 - 4 Muy cierto
-
- 17) Me enfado incluso si sólo hay un error en mi trabajo o tarea
- 0 Falso
 - 1 Mayoritariamente falso
 - 2 Ni verdadero ni falso
 - 3 Mayoritariamente verdadero
 - 4 Muy cierto
-
- 18) Incluso cuando apruebo, siento que fracaso si no he conseguido obtener una de las mejores notas
- 0 Falso
 - 1 Mayoritariamente falso
 - 2 Ni verdadero ni falso
 - 3 Mayoritariamente verdadero
 - 4 Muy cierto

19) No puedo soportar no ser perfecto/a

- 0 Falso
 - 1 Mayoritariamente falso
 - 2 Ni verdadero ni falso
 - 3 Mayoritariamente verdadero
 - 4 Muy cierto
-