



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

**MALTRATO INFANTIL EN PACIENTES CON PRIMER EPISODIO PSICÓTICO  
DE LA CITEP DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

Presenta la Tesis para obtener el Diploma de Especialista en Psiquiatría

Dra. Araceli Ramírez García

Dra. María del Socorro González Valadez  
Asesor Teórico

Mtra. Janet Jiménez Genchi  
Asesor Metodológico

Ciudad de México febrero del 2020



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a la doctora Coco por orientarme, alientarme y acompañarme en este proceso. A la maestra Genchi por orientarme y apoyarme.

Gracias a mi familia porque está es la culminación de su apoyo desde mis primeros años como estudiante, sobre todo gracias a Lucy; sin ella no hubiera podido concluir este proceso.

## ÍNDICE

ÍNDICE DE CUADROS .....	IV
ÍNDICE DE FIGURAS .....	V
LISTA DE ABREVIATURAS .....	VI
RESUMEN:.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO .....	1
MATERIAL Y MÉTODO: .....	19
Justificación .....	19
Planteamiento del problema: .....	19
Pregunta de investigación.....	20
Objetivos.....	20
Hipótesis .....	21
Operacionalización de variables .....	22
Cuadro 2. Cuadro de operacionalización de variables.....	22
Muestreo .....	23
Criterios de selección .....	24
Tipo de estudio .....	25
Instrumento .....	26
Procedimiento .....	28
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	29
RESULTADOS.....	31
DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIÓN .....	40
ALCANCES Y LIMITACIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro 1.</b> Criterios de ultra alto riesgo.....	15
<b>Cuadro 2.</b> Cuadro de operacionalización de variables.....	22
<b>Cuadro 3.</b> Características sociodemográficas de la población de estudio.....	31
<b>Cuadro 4.</b> Tipos de maltrato infantil de la población de estudio.....	33
<b>Cuadro 5.</b> Relación entre abuso físico y características sociodemográficas.....	34
<b>Cuadro 6.</b> Relación entre abuso sexual y características sociodemográficas.....	35
<b>Cuadro 7.</b> Relación entre abuso emocional y características sociodemográficas.....	36

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Eje Hipotalámico Hipófisis Suprarrenal.....	8
<b>Figura 2.</b> Disfunción del eje Hipotalámico Hipófisis Suprarrenal.....	9
<b>Figura 3.</b> Localización y descripción de vías dopaminérgicas.....	11
<b>Figura 4.</b> Liberación de dopamina en la sinapsis.....	13
<b>Figura 5.</b> Frecuencia de maltrato infantil.....	32

## LISTA DE ABREVIATURAS

BDNF- Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro

COMT- catecol-O-metil transferasa

CITEP- Clínica de Intervención Temprana en Psicosis

HPFBA- Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

HHA- Eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal

ECAR-Estados Clínicos de Alto Riesgo

ACTH- Hormona Adrenocorticotropa

CRH- Hormona Liberadora de Corticotropina

**RESUMEN: Introducción.** El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales. La relación entre maltrato infantil y psicosis, se lleva a cabo por un proceso llamado sensibilización, para explicar cómo se lleva a cabo dicho proceso se han propuesto dos mecanismos el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHA) y el sistema dopaminérgico.

**Objetivo.** Conocer la existencia de maltrato infantil en pacientes con primer episodio psicótico de la CITEP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. **Material y método.** Se aplicó el Cuestionario de Maltrato Infantil (CTQ-SF). **Resultados.** La población de estudio fue de 30 pacientes de los cuales 18 (60% ) fueron hombres y 12 (40%) mujeres. La edad promedio de los participantes fue de 23. 30 ± 3.77 años. Asimismo el 46.7 % de la población cuenta con escolaridad de nivel preparatoria. Otra característica sociodemográfica interrogada en la población fue la religión en la cual el 36.7 % no tiene religión vs el 63.3% que sí. El estado civil de la población el mayor porcentaje lo ocupó la categoría de soltero con un 80% y finalmente 76.7 % contaba con empleo. En cuanto a la frecuencia del maltrato infantil en la población estudiada fue del 100%. Se observó en la población de estudio una frecuencia mayor en la variable con abuso sexual en la infancia (76.66%) respecto a la que no lo presentó (23.33%). De la misma forma el sexo masculino tuvo un porcentaje mayor de abuso (56.52 %) que el femenino (43.47%). Respecto a las variables Negligencia física y emocional se obtiene una frecuencia de 100% presente en la población de estudio. De la misma manera en el cuestionario CTQ-SF se obtiene un subregistro del 100% en la población. **Conclusiones.** Existe una relación importante entre el antecedente de haber padecido maltrato infantil en el paciente con primer episodio psicótico.

**Palabras clave:** maltrato infantil, psicosis, riesgo de psicosis, primer episodio psicótico.



## INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida. Los estudios internacionales que realizó la OMS en el año 2016 revelan que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos cuando eran niños. <sup>(1)</sup>

El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales.

El maltrato infantil se ha relacionado de manera consistente como factor de riesgo en la aparición de psicosis, ya que se ha calculado que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia fueron víctimas de maltrato infantil 2.72 veces más que la población sana.

La relación entre maltrato infantil y psicosis, se lleva a cabo por un proceso llamado sensibilización, para explicar como se lleva a cabo dicho proceso se han propuesto dos mecanismos el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHA) y el sistema dopaminérgico. El propósito del presente estudio es conocer la existencia de maltrato infantil en pacientes con primer episodio psicótico de la CITEP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

## MARCO TEÓRICO

En el año 2016 según la OMS el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación

comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

Existen diferentes tipos de maltrato infantil, sin embargo en los que el presente estudio se enfocará son: abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia física y emocional.

El abuso sexual infantil consiste en aquellas relaciones sexuales que mantiene un niño o una niña menor de 18 años con un adulto de más edad, abuso físico como aquel conjunto de acciones no accidentales ocasionadas por adultos que originan en el niño un daño físico o enfermedad manifiesta. Abuso emocional aquel que, mediante conductas casi siempre verbales, incide de manera directa y negativa el autoconcepto del niño. Así, el adulto resta importancia a las necesidades psicológicas y emocionales del menor, o emite comentarios que merman su autoestima tales como críticas constantes o amenazas. Negligencia física cuando no se proveen las necesidades básicas como una vivienda o alimentos, o cuando no hay supervisión adecuada. Negligencia emocional es la inatención a las necesidades emocionales del niño; cuando no se le da un cuidado psicológico adecuado; por lo que el niño siente una falta de cariño y de atención que hace que se sienta desamparado y falto de amor.

### *Epidemiología*

El maltrato infantil es un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida. Los estudios internacionales que realizó la OMS en el año 2016 revelan que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos cuando eran niños, 1 de cada 5 mujeres y uno de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos

sexuales en la infancia. Asimismo, muchos niños son objeto de maltrato psicológico (también llamado maltrato emocional) y víctimas de desatención.

En cuanto a los tipos de maltrato en Estados Unidos la negligencia ocupa un 75%, abuso físico 17%, abuso sexual 8% y 6% abuso emocional. <sup>13</sup>

El maltrato infantil es una causa de sufrimiento para los niños y las familias debido a que estos niños provienen de ambientes familiares y sociales adversos como pobreza, embarazo de la madre en la adolescencia o conductas antisociales de los padres, y puede tener consecuencias a largo plazo por lo que esto conduce a estrés asociándose a trastornos del desarrollo cerebral temprano como trastornos de la conducta (TDAH, trastorno oposicionista desafiante y trastorno antisocial). <sup>13</sup>

Por lo tanto los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales,<sup>1</sup> como trastorno psicótico, esquizoafectivo, esquizofrenia y/o síntomas psicóticos. <sup>13</sup>

La Organización Mundial de la Salud en el año 2016 aseguró que en el mundo existen 275 millones de niños que son maltratados con golpes, insultos, humillaciones y abandono.<sup>1</sup>

Coordinado a lo anterior, una cantidad significativa de niños son obligados a trabajar, prostituirse o realizar prácticas pornográficas; otros son víctimas de tráfico humano y muchos son obligados a enlistarse en el ejército. Durante el año 2016, la OMS indicó que México se encontraba en el sexto lugar en América Latina de maltrato infantil, al registrar un alto número de homicidios de menores; en los últimos 25 años fueron asesinados

diariamente dos niños o adolescentes menores de 14 años. Se estima que un niño maltratado tiene la posibilidad de sufrir de nuevo malos tratos en 50% de los casos. Si no se detecta el maltrato la probabilidad de muerte es de 10%.<sup>2,12</sup>

Adentrando al tema la psicosis el término “psicosis” fue introducido a la psiquiatría por Ernst von Feuchtersleben en el siglo XIX, un término que hereda la concepción grecorromana de locura y se opone a lo que se conceptualizó como neurosis. La psicosis es un concepto que básicamente se entendía como la confusión entre el mundo interno y el externo, este concepto ha evolucionado en forma gradual, apoyándose en aportaciones de Cullen, Morel, Kraepelin, Bleuler, Jasper, Ey y Schneider, entre otros.<sup>18</sup>

Actualmente la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) define la psicosis para hacer referencia a un trastorno mental importante caracterizado por la presencia de alucinaciones, delirios o un número limitado de trastornos graves del comportamiento, tales como hiperactividad y excitación, inhibición psicomotriz marcada y comportamiento catatónico.<sup>17</sup>

Para la American Psychiatric Association (APA) es: un trastorno mental importante de origen orgánico o emocional, en el cual la capacidad de una persona para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y conducirse de manera apropiada está suficientemente deteriorada como para inferir gravemente con la capacidad para satisfacer las demandas ordinarias de la vida; además existe un fallo en la capacidad de evaluar el mundo exterior de manera objetiva y diferenciar de forma adecuada entre dicho mundo exterior y el interno. Esta alteración supone la presencia de alucinaciones o ideas delirantes.

Existen múltiples factores de riesgo en la aparición de psicosis, genéticos o ambientales, de estos últimos el maltrato infantil se ha relacionado de manera consistente como factor de riesgo, que según la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. En la aparición de psicosis se ha calculado que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia fueron víctimas de maltrato infantil 2.72 veces más que la población sana. Así mismo en estudios con pacientes con alto riesgo de psicosis se calculó la prevalencia de maltrato infantil del 87% comparado con pacientes sanos. <sup>3</sup>

Se ha estudiado que los pacientes víctimas de maltrato infantil presentan síntomas positivos, afectivos y cognitivos más severos que los que no estuvieron expuestos a dicho maltrato.

La edad de exposición se considera un factor de riesgo importante ya que pacientes que estuvieron expuestos desde la niñez desarrollarán una sensibilización a estresores posteriores en la adolescencia y adultez además de tener diferentes efectos en el neurodesarrollo. <sup>3</sup>

En cuanto a la prevalencia entre ambos sexos, se ha estudiado que los trastornos psicóticos son más prevalentes en el sexo masculino que en el femenino, sin embargo aún no se tienen datos exactos sobre esta relación. <sup>14</sup>

### *Mecanismos neurobiológicos*

Para desarrollar y discernir la relación entre maltrato infantil y psicosis, se expondrán a continuación los procesos por los cuales se llevan a cabo. Sensibilización se refiere a la exposición repetida de un evento en donde aumenta la respuesta biológica y conductual

en la exposición posterior a eventos similares aún cuando dicha exposición no sea de la misma severidad. La sensibilización lleva al paciente a tener una mayor respuesta tanto biológica como conductual ante pequeños estresores de la vida diaria.<sup>4,7</sup>

Se han estudiado dos mecanismos neurobiológicos por los cuales dicha sensibilización se lleva a cabo para posteriormente desarrollar un episodio psicótico.

- Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHA)
- Sistema dopaminérgico

### **Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal**

Este es el principal eje que media la respuesta ante una situación estresante, ya sea psicológica o física.

Normalmente en respuesta a un estresor la hormona liberadora de corticotropina (CRH) es liberada del núcleo paraventricular del hipotálamo; esto a su vez promueve la secreción de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) del hipotálamo anterior y por consecuencia promueve la secreción de glucocorticoides (cortisol) de la glándula suprarrenal. Los glucocorticoides una vez secretados tienen diferentes efectos en distintas partes del cuerpo como en el aparato cardiovascular, en el metabolismo, en el sistema inmune y por supuesto en la función cerebral. Los glucocorticoides inician su acción a través de la unión con dos tipos de receptores los tipo I (antiguamente denominados mineralocorticoides), dotados de una gran afinidad por la aldosterona y los glucocorticoides, están localizados principalmente en el sistema límbico; y los receptores tipo II (anteriormente denominados

receptores de glucocorticoides), de afinidad más baja por los glucocorticoides y más baja todavía para la aldosterona, los cuales están ampliamente distribuidos en el sistema nervioso central. Los receptores tipo I controlan la inhibición tónica de la secreción basal de glucocorticoides, mientras que los receptores tipo II sólo están involucrados cuando los niveles circulantes de glucocorticoides aumentan, como en el estrés, con el fin de inhibir la respuesta de la ACTH y de la CRH.<sup>19</sup> (Figura 1)

Las respuesta a una situación estresante se lleva a cabo mediante una respuesta adaptativa y esta consta de tres fases:

- La fase de alerta. En reacción a un estresor, el hipotálamo a través del eje HHA estimula las suprarrenales (en su parte medular) para secretar la adrenalina, cuyo objetivo es suministrar la energía en caso de urgencia. Por lo que el organismo tendrá una serie de respuestas como un aumento de la frecuencia cardíaca, una vasodilatación, un aumento de la vigilancia.<sup>20</sup>
- La fase defensa (o resistencia) que se activa solamente si el estrés se mantiene. Las suprarrenales (en la zona fasciculada) van a secretar cortisol. Su papel, es esta vez, el de mantener constante el nivel de glucosa sanguínea para nutrir los músculos, el corazón, el cerebro para asegurar la renovación de las reservas.
- La fase de agotamiento (o de relajamiento) se instala si la situación persiste y se acompaña de una alteración hormonal crónica. Si la situación persiste todavía poco a poco las hormonas secretadas son menos eficaces y comienzan a acumularse en la circulación. Por lo que lo que habrá consecuencias orgánicas y psiquiátricas.<sup>20</sup>

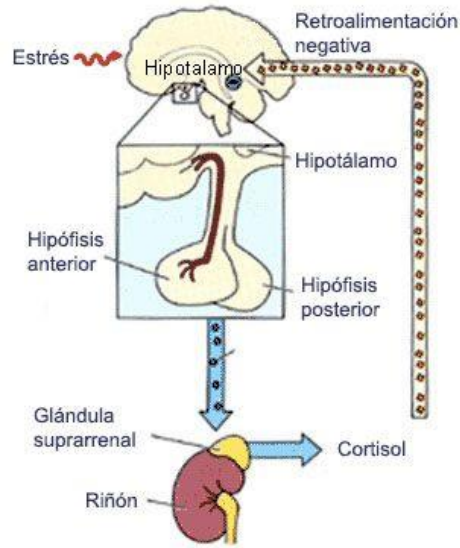


Figura 1. Eje Hipotálamo Hipófisis Suprarrenal. Al estar expuesto a una situación estresante se libera CRH, que a su vez favorece la secreción de ACTH del hipotálamo para posteriormente liberar cortisol de la glándula suprarrenal.

Se cree que un aumento en la respuesta del HHA juega un papel importante en la aparición, exacerbación y recaída de un episodio psicótico. Gracias a la contribución de Walker y Diforio en 1997 los cuales propusieron el modelo diátesis-estrés o vulnerabilidad-estrés, en donde un evento estresante actúa sobre el HHA produciendo cortisol, el cual desencadena una cascada de eventos a nivel cerebral resultantes en una disfunción del propio eje y sobre el señalamiento dopaminérgico, se puede vincular la actividad del eje HHA con psicosis.

Además de este modelo existen otras evidencias en donde interactúa la actividad del eje HHA y psicosis. Se ha observado que en patologías con aumento de niveles de cortisol inducido por medicamentos como en el Síndrome de Cushing existe la aparición de síntomas psicóticos inducidos por medicamentos. Así mismo pacientes con esquizofrenia o algún trastorno psicótico presentan desregulación del eje HHA, al incrementar los niveles basales de cortisol así como la hormona adrenocorticotropa. Se ha estudiado una relación



sinérgica entre el eje HHA y el sistema dopaminérgico, ya que la secreción de glucocorticoides actúa aumentando la actividad de ciertas regiones cerebrales en especial la vía mesolímbica, y con esto una disminución del hipocampo debido a una neurotoxicidad producida por el exceso de cortisol y por consecuencia un malfuncionamiento en el *feedback* negativo. <sup>19</sup>

También se han descrito factores prenatales que pueden alterar la función del eje HHA, como la exposición materna al estrés o a la administración de glucocorticoides, abuso de drogas (cannabis y anfetaminas). <sup>4, 7</sup>

Así es como la exposición temprana, prolongada y severa al maltrato durante la infancia puede incrementar el riesgo de psicosis. (Figura 2)

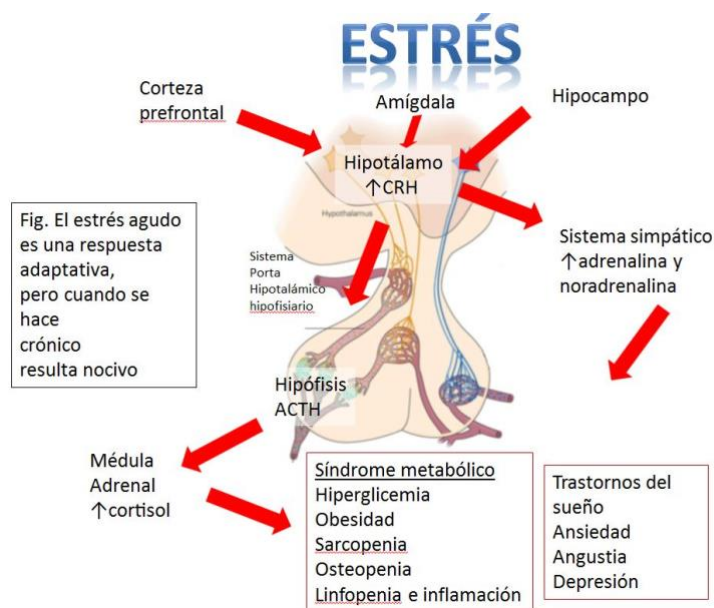


Figura 2. Representación gráfica de la disfunción del eje Hipotálamo Hipófisis Suprarrenal al estar sometido a una exposición prolongada de estrés.

## Sistema dopaminérgico

La dopamina es el neurotransmisor catecolaminérgico más importante del Sistema Nervioso Central (SNC) de los mamíferos y participa en la regulación de diversas funciones como la conducta motora, la emotividad y la afectividad así como en la comunicación neuroendócrina. La dopamina se sintetiza a partir del aminoácido L- tirosina y existen mecanismos que regulan de manera muy precisa su síntesis y liberación. De entre todos los neurotransmisores, quizá la dopamina sea la principal implicada en trastornos neurológicos y psiquiátricos como la enfermedad de Parkinson, el síndrome de Tourette, el trastorno de hiperactividad con déficit de atención, la esquizofrenia y la psicosis.<sup>21</sup>

La dopamina se encuentra distribuida en el cerebro en cuatro vías principales (Figura 3):

- **Mesolímbica:** Proyecta desde el área tegmental ventral del mesencéfalo al núcleo accumbens, que forma parte del circuito de recompensa. Teóricamente la hiperactividad dopaminérgica de esta vía explicaría la producción de los síntomas positivos en las psicosis.
- **Mesocortical:** Proyecta desde el área tegmental ventral a córtex prefrontal ventromedial y dorsolateral. Los haces que conectan con el córtex ventromedial, se han relacionado con funciones de regulación de emociones y afectividad, por lo que, un déficit dopaminérgico en esta vía podría explicar parte de los síntomas negativos y afectivos. Los haces que proyectan al cortex dorsolateral se relacionan con la regulación de funciones cognitivas.
- **Nigroestriada:** Proyecta desde la sustancia negra del troncoencéfalo a los ganglios basales. Esta vía forma parte del sistema extrapiramidal y desempeña un papel clave en el control de los movimientos motores.

- Tuberoinfundibular: Constituida por las neuronas que proyectan desde el hipotálamo a la hipófisis anterior, mediando funciones neuroendocrinas. Regula la secreción de prolactina a la circulación sanguínea inhibiendo su liberación.

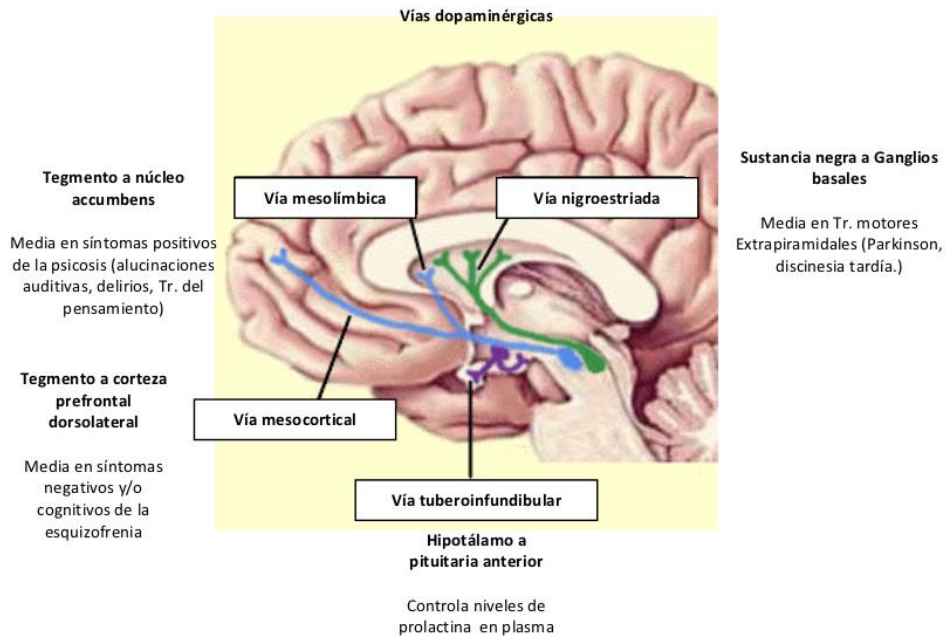


Figura 3. Localización y descripción de las vías dopaminérgicas.

Para explicar la presentación de síntomas psicóticos se han propuesto teorías basadas en la alteración del sistema dopaminérgico, sin dejar de lado la posible alteración de otros sistemas de neurotransmisión. En este contexto se planteó la coexistencia de situaciones de hiperdopaminergia e hipodopaminergia por una alteración de la modulación de la actividad de este neurotransmisor. Esta modulación dependería de otros neurotransmisores y de la interacción de los diferentes receptores dopaminérgicos, existiendo mecanismos moduladores de compensación.

De este modo, cuando existe un exceso de concentración de dopamina en la hendidura sináptica, se produce una disminución de receptores y a la inversa. En condiciones normales, en respuesta a estímulos como el estrés, el disparo neuronal de dopamina se produce de manera fásica, inmediata, siendo ésta rápidamente reincorporada sin dar lugar a la mediación del mecanismo de homeostasis. Sin embargo, en reposo la dopamina se libera de manera tónica a la hendidura sináptica, mantenida más tiempo, dando lugar a la activación de los mecanismos de compensación homeostática regulando la densidad de receptores. Esta liberación tónica de dopamina se mantendría gracias a la actividad de la corteza cerebral, que a través de proyecciones glutamatérgicas corticosubcorticales conseguiría un tono dopaminérgico adecuado. (Figura 4)

La disregulación dopaminérgica subcortical observada en los trastornos psicóticos podría ser secundaria al fracaso de la corteza prefrontal. Carlsson en 1963 describió un modelo en el que la corteza prefrontal modularía la actividad cerebral del cerebro medio mediante una vía activadora, constituida por proyecciones glutamatérgicas hacia las neuronas dopaminérgicas; y otra vía inhibitoria mediante proyecciones glutamatérgicas hacia las interneuronas. Existe otro modelo propuesto por Grace en 1991, en donde en los trastornos psicóticos existiría una hipoglutamatergia corticosubcortical, con lo que la liberación tónica de dopamina estaría disminuida, disminuyendo su concentración en la hendidura sináptica. Consecuentemente a esta disminución, se activarían mecanismos homeostáticos de hipersensibilidad dopaminérgica, generando una hiperactivación dopaminérgica postsináptica en respuesta a una actividad dopaminérgica fásica.<sup>4,22</sup>

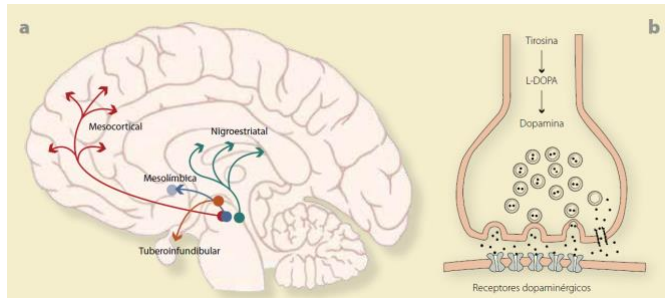


Figura 4. Liberación de dopamina en el espacio sináptico de acuerdo a la distribución de las vías dopaminérgicas.

Así mismo se han realizado estudios moleculares en donde se ha vinculado 2 genes en el desarrollo de sintomatología psicótica y la sensibilización al estrés.

Uno de los genes es el polimorfismo Val158Met en el gen que codifica para la COMT. Como se sabe, esta enzima es indispensable para la degradación de varios neurotransmisores entre ellos se encuentra la dopamina. Este polimorfismo resulta de Valina a Metionina. Se ha estudiado que el alelo Met incrementa el tono dopaminérgico y disminuye la liberación fásica de dopamina a nivel subcortical e incrementa a nivel cortical, por el contrario el alelo Val incrementa la liberación fásica de dopamina mientras disminuye el tono dopaminérgico a nivel subcortical y cortical, que de acuerdo con la hipótesis de liberación fásica y tónica de la dopamina, por lo que individuos con el genotipo Val/Val tendrán un riesgo mayor a presentar un episodio psicótico ya que por consiguiente existirá una alteración en la disponibilidad sináptica de dopamina tanto en corteza prefrontal como en la vía mesolímbica lo que explicaría la presencia de síntomas positivos.<sup>5</sup>

Esto es de suma importancia ya que en los últimos años se han realizado diferentes estudios en poblaciones jóvenes (18-25 años) en donde se ha estudiado la relación entre

el maltrato infantil y el consumo de cannabis como factores de riesgo para la psicosis en pacientes con polimorfismo en el gen COMT. <sup>6</sup>

El factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF, sus siglas en inglés), es la neurotrofina que tiene mayor expresión en el cerebro de los mamíferos, de manera particular en la corteza cerebral y el hipocampo. Las neurotrofinas desempeñan un papel crítico en el desarrollo del cerebro y continúan ejerciendo su acción de manera importante en la plasticidad del sistema nervioso maduro. Asimismo, son requeridas para la neurogénesis, el mantenimiento de la función neuronal y la integridad estructural de las neuronas. De acuerdo a lo mencionado anteriormente se ha estudiado que en el polimorfismo Val66Met se presenta una disminución de esta neurotrofina por lo que existe un riesgo para presentar síntomas psicóticos ante situaciones de estrés. <sup>4</sup>

#### *Primer episodio psicótico y estados clínicos de alto riesgo (ECAR)*

En medicina se pueden reconocer tres fases en cualquier enfermedad: fase premórbida, donde no hay síntomas; fase prodrómica, donde los síntomas aparecen y se van incrementando, y finalmente la presencia total o completa de una enfermedad. El pródromo es entonces una etapa intermedia entre la ausencia completa de síntomas y el inicio del cuadro, sin embargo, en vez de hablar de “pródromos”, se prefiere usar el término “estados clínicos de alto riesgo”. Una característica importante de las enfermedades mentales es lo prolongado del curso del cuadro clínico, especialmente en las psicosis, donde su evolución puede durar muchos años.

Existen dos enfoques teóricos para estudiar los ECAR, estos son los criterios de ultra alto riesgo y los síntomas básicos. Los criterios de ultra alto riesgo fueron estudiados por

McGorry, Young y Jackson en 1999 en Australia, estos consisten en tres agrupamientos sintomáticos.<sup>23</sup> (Cuadro 1)

Cuadro 1. Criterios de ultra alto riesgo

Síntomas positivos atenuados (APS)	Síntomas psicóticos breves, intermitentes y limitados	Riesgo genético y deterioro
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Síntomas psicóticos subumbrales y atenuados, registrados durante el último año.</li> <li>-Aparición mínima semanal.</li> <li>-Ideas de referencia, creencias extrañas, pensamiento mágico, ideas de grandiosidad, ideación paranoide, experiencias perceptivas inusuales y lenguaje desorganizado.</li> <li>-Consciencia de irrealidad</li> <li>-Síntomas tan severos o frecuentes que ameriten atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes que hayan experimentado un episodio de psicosis franca (alucinaciones, ideas delirantes y trastornos formales del pensamiento).</li> <li>-Duración no más de una semana.</li> <li>-Remisión espontánea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes que tengan un familiar de primer grado con un desorden psicótico.</li> <li>-Pacientes con personalidad esquizotípica.</li> <li>-Disminución significativa en el funcionamiento el último año.</li> </ul>

El segundo enfoque fue estudiado por Gerd Huber y Gisela Gross en 1960 en Alemania. La concepción de los síntomas básicos implica una secuencia en el proceso de la enfermedad que va desde síntomas inespecíficos a síntomas básicos predictivos, síntomas positivos atenuados, síntomas psicóticos transitorios y finalmente síntomas psicóticos característicos. Pueden definirse como alteraciones finas, subclínicas y autopercebidas del ímpetu, la tolerancia al estrés, el afecto, los procesos de pensamiento y lenguaje, de la percepción y la actividad motora, y que son diferenciables de los síntomas psicóticos. Algunos síntomas pueden estar presentes hasta 10 años antes de que se presente la enfermedad, durante o después del episodio psicótico. Estos síntomas son incapacidad para dividir la atención, interferencia del pensamiento, presión del pensamiento, bloqueo del pensamiento, alteración del habla receptiva, alteración del habla

expresiva, ideas de referencia inestables, alteraciones de pensamiento abstracto y captación de la atención por detalles del campo visual. <sup>11,24,25</sup>

### *Clínica de Intervención Temprana en Psicosis (CITEP)*

Los primeros años a partir del primer episodio psicótico son un período crítico donde factores biológicos y psicosociales influyen en el pronóstico futuro del trastorno. Sin embargo pueden pasar semanas o meses desde la aparición del primer síntoma psicótico y el inicio del tratamiento, a esto se le denomina periodo de psicosis no tratada. Mientras más prolongado sea el tiempo entre la aparición del primer síntoma y el inicio del tratamiento el paciente tendrá peores resultados en términos de nivel de funcionamiento, síntomas positivos, negativos, respuesta al tratamiento y calidad de vida. De acuerdo al registro diario del censo del servicio de urgencias del año 2013, el 30% de los pacientes contaron con el diagnóstico de primer episodio psicótico. Por lo que el pasado 08 de junio de 2015 se inauguró en el HPFBA la CITEP con el propósito de realizar una detección activa y precoz de la enfermedad, un diagnóstico correcto, inicio temprano de un tratamiento que integre las dimensiones psicosociales y farmacológicas y la continuidad de este a lo largo de la evolución del cuadro clínico. El primer episodio psicótico no sólo se relaciona con la esquizofrenia sino con una amplio espectro de psicosis no esquizofrénicas como trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado, inducido por sustancias, delirante, esquizoafectivo y esquizotípico o psicosis afectivas como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, trastorno bipolar con episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, con episodio actual en manía con síntomas psicóticos y bipolar con episodio actual mixto. <sup>8</sup>



EL servicio de CITEP brinda atención ambulatoria e intrahospitalaria. Existen ciertos criterios de admisión como son pacientes desde 16 años cumplidos con el consentimiento del tutor o representante legal hasta 35 años, ambos sexos, pacientes que presentan alta sospecha de primer episodio psicótico o síndrome de alto riesgo de psicosis, síntomas prodrómicos, síndrome de síntomas psicóticos atenuados, pacientes con familiares de primer grado que hayan presentado psicosis y con disminución funcional durante el último año, pacientes con síntomas psicóticos que se hayan iniciado en los últimos 6 meses pero que sean breves y variables .

El paciente hospitalizado ingresa desde el servicio de urgencias del hospital siempre y cuando cuente con ciertos criterios anteriormente mencionados y durante su estancia se inicia manejo farmacológico, una vez que los síntomas hayan remitido o no presente conductas que pongan en riesgo su vida o la de terceros se egresa del hospital y continúa su seguimiento en la consulta externa con tratamiento farmacológico.

En la consulta externa se cita al paciente cada 2-4 semanas, posterior a haber cumplido cierto número de citas, este tiempo se prolonga de 4-8 semanas y posteriormente 8-12 semanas; siempre y cuando el paciente se continúe manteniendo estable. Como parte del protocolo de estudio a todos los pacientes se le realiza laboratoriales completos, estudio de electroencefalograma y estudio de imagen (Tomografía de cráneo, Resonancia magnética, Tomografía computarizada de emisión monofotónica

(SPECT) o Tomografía por emisión de positrones (PET)). Como parte de la rehabilitación existen diferentes terapias como metacognición y cognitivo-conductual, taller de habilidades sociales y grupos psicoeducativos impartidos por personal de psicología y psiquiatría. Esto es de gran importancia ya que al tratarse de pacientes con primer episodio psicótico el objetivo es preservar en gran medida su funcionalidad a través de estimular

las funciones cognitivas y la conciencia de enfermedad, con esto el paciente podrá conocer la enfermedad, la importancia del tratamiento farmacológico, identificar reaparición de síntomas, evitar situaciones que le causen estrés; todo esto para evitar futuras recaídas.

## MATERIAL Y MÉTODO:

### Justificación

Se han estudiado múltiples causas sobre el origen de la psicosis si bien aún se desconoce la etiología exacta, su aparición se ha relacionado con múltiples factores, genéticos y ambientales, de estos últimos se ha descrito el maltrato infantil. Existen numerosos estudios que relacionan el maltrato infantil y riesgo alto de psicosis y/o primer episodio psicótico, ya que los pacientes que se han desarrollado en ambientes o situaciones adversas corren un mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales a largo plazo. Esta investigación es novedosa ya que no se ha estudiado en el hospital la existencia de maltrato infantil y primer episodio psicótico. Si bien el paciente se estudia integralmente muy poco se conoce sobre su infancia y el ambiente en el que creció. Además con los resultados obtenidos se podrá aumentar más conocimientos sobre el tema y con esto ampliar la anamnesis en el primer contacto que se tenga con el paciente y en caso de ser necesario realizar una intervención a nivel familiar.

**Planteamiento del problema:** El 87% de las personas con diagnóstico de esquizofrenia fueron víctimas de maltrato en la infancia, sin embargo, este antecedente no tiene el mismo peso como el consumo de sustancias, antecedentes heredo-familiares y exposición a infecciones durante el embarazo, debido a que se le da muy poca importancia el haber sido maltratado física o emocionalmente ya que en algunas culturas como en la mexicana el educar con “mano dura” es clave para que ese niño que se convertirá en adulto sea un buen ciudadano o en el otro extremo en que debido a circunstancias sociales adversas el niño no recibe atención por parte de sus padres. La OMS indica que México se ubica en el sexto lugar en América Latina de maltrato infantil.

## Pregunta de investigación

¿Existe maltrato infantil en pacientes con primer episodio psicótico de la CITEP del HPFBA?

## Objetivos

### *Objetivo general*

Conocer la existencia de maltrato infantil en pacientes con primer episodio psicótico de la CITEP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

### *Objetivos específicos:*

- Identificar el tipo de maltrato infantil que se encontró en los pacientes. (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia física y negligencia emocional).
- Establecer el subregistro potencial de maltrato reportado por los pacientes.
- Describir las características sociodemográficas de la población.
- Conocer la relación entre el tipo de maltrato infantil y las características sociodemográficas.

## Hipótesis

### *Hipótesis de investigación*

Si existe maltrato infantil en pacientes con primer episodio psicótico de la CITEP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

### *Hipótesis nula*

No existe maltrato infantil en pacientes con primer episodio psicótico de la CITEP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

## Operacionalización de variables

Cuadro 2. Cuadro de operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Maltrato infantil	Abusos y desatención de que son objeto los menores de 18 años, incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.	Abuso físico, emocional y sexual o negligencia emocional y física que fue objeto el paciente en la infancia	Cuantitativa	Ordinal	Mínimo Moderado Severo
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Edad que tendrá el paciente expresada en años	Cuantitativa	Intervalo	Años
Sexo	Conjunto de caracteres que diferencian a los machos de las hembras.	Sexo al pertenece el paciente	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Creencia religiosa que practica el paciente	Cualitativa	Nominal	Católica Protestante o evangélica Judaica Cristiana Otra Ninguna religión
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Último grado educativo que completó el paciente	Cualitativa	Ordinal	Primaria completa Secundaria completa Bachillerato completo Estudios universitarios completos Estudios de Posgrado
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en		Cualitativa	Nominal	Casado Unión libre

	función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.				Separado Divorciado Viudo Soltero
Ocupación	Actividad o trabajo	Trabajo al que se dedica el paciente	Cualitativa nominal	Nominal	Empleado Desempleado

## Muestreo

No probalístico, intencional y por cuota.

Sujetos: 30 pacientes que presenten primer episodio psicótico de la consulta externa de CITEP.

## Criterios de selección

### *Inclusión*

- Pacientes desde 16 años cumplidos con el consentimiento del tutor o representante legal hasta 35 años, ambos sexos
- Pacientes que presentan alta sospecha o diagnóstico establecido de primer episodio psicótico o síndrome de alto riesgo de psicosis
- Síntomas prodrómicos: aislamiento social, disminución en el funcionamiento escolar, laboral o personal, cambios en el estado de ánimo (depresión, ansiedad y expresión emocional reducida), disminución motivacional, problemas con el manejo de estrés cotidiano, suspicacia, creencias extrañas o pensamiento mágico sobrevalorado y experiencias perceptivas inusuales
- Síndrome de síntomas psicóticos atenuados
- Pacientes con familiares de primer grado que hayan presentado psicosis y con disminución funcional durante el último año
- Pacientes con síntomas psicóticos que se hayan iniciado en los últimos 6 meses pero que sean breves y variables (Síndrome psicótico breve e intermitente). Los síntomas pueden ser intensos, durar menos de una hora y aparecer pocas veces por semana.



### *Exclusión*

- Analfabetas
- Pacientes con diagnóstico previo de Esquizofrenia
- Pacientes con diagnóstico previo de Trastorno Bipolar
- Pacientes con sintomatología mayor a seis meses
- Pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual (retraso mental moderado, graves y profundo)
- Pacientes con trastorno neurológico (TCE o epilepsia)
- Trastorno psicótico residual inducido por alcohol y otras sustancias
- Trastorno antisocial
- Estado de intoxicación aguda por sustancias

### *Eliminación*

- Pacientes que no hayan firmado el consentimiento informado
- Pacientes que no hayan contestado el cuestionario completo

### **Tipo de estudio**

El estudio que se realizó fue un estudio observacional, descriptivo, correlacional y transversal.

## Instrumento

Para la medición del maltrato en la infancia se utilizó el Cuestionario de Maltrato Infantil (CTQ-SF) desarrollado por Bernstein, et al. En el año 2003. El cuestionario fue desarrollado como una herramienta de detección para las historias de abandono y negligencia en población mayor de 12 años de edad. Es un autoinforme que incluye 28 reactivos tipo Likert de 5 puntos, las opciones de respuestas van desde nunca a siempre. Con opciones de respuesta: nunca= 1, pocas veces= 2, a veces= 3, muchas veces= 4, siempre=5. El instrumento mide cinco tipos de maltrato (abuso/negligencia), abuso emocional (reactivos 3, 8, 14, 18, 25), abuso físico (reactivos 9, 11, 12, 15, 17), abuso sexual (reactivos 20, 21, 23, 24, 27), negligencia emocional (reactivos 5, 7, 13, 19, 28) y negligencia física (1, 2, 4, 6, 26). La puntuación total del instrumento oscila de 25 a 125 y las subescalas de 5 a 25 puntos. Además cuenta con un subregistro potencial de maltrato (reactivos 10, 16, 22), que sólo ayuda a conocer la “negación/minimización” o subregistro de maltrato, cada uno de estos reactivos es dicotomizado (nunca=0 o pocas veces, a veces, muchas veces y siempre =1) y sumado. Sí la suma de estos reactivos es de uno o mayor indica posible subreporte de maltrato (falso negativo).

Para las subescalas de maltrato se establecieron puntos de corte para establecer su nivel de abuso y negligencia. El cual se divide en cuatro niveles de abuso/negligencia: nada (o mínimo), de bajo a moderado, de moderado a severo y de severo a extremo. Cabe señalar, que los puntos de corte varían dependiendo de la subescala, así pues la subescala de abuso emocional el puntaje de 5 a 8 indica “nada (o mínimo)”, de 9 a 12 indica de “bajo (a moderado)”, 13 a 15 indica de “moderado (a severo)”, 16 o más se clasifica como de “severo (a extremo)”. Para la subescala de negligencia emocional el puntaje de 5 a 9 indica

“nada (o mínimo)”, 10 a 14 indica de “bajo (a moderado)”, 15 a 17 indica de “moderado (a severo)” y de 18 o mayor se clasifica como de “severo (a extremo)”. Para las subescalas de abuso y negligencia física los puntos de corte son los mismos, de tal manera que de 5 a 7 indica “nada (o mínimo)”, 8 a 9 se clasifica como de “bajo (a moderado)”, 10 a 12 indica de “moderado (a severo)” y 13 o más se clasifica como de “severo (a extremo)”. Por último, la subescala de abuso sexual donde un puntaje de 5 indica “nada (o mínimo)”, 6 a 7 se clasifica de “mínimo (a moderado)”, 8 a 12 indica de “moderado (a severo)” y 13 o más se clasifica de “severo (a extremo)”.

La confiabilidad para el CTQ-SF reporta consistencia aceptable para cada una de sus escalas abuso sexual ( $\alpha=0.93$  a  $0.95$ ), negligencia emocional ( $\alpha=.88$  a  $.92$ ), abuso emocional ( $\alpha=.84$  a  $.89$ ) y abuso físico ( $\alpha=.81$  a  $.86$ ). Durante el período de 3 meses y medio, el coeficiente test-retest se calculó en aproximadamente de  $.80$ . Pruebas de análisis del factor en el modelo de cinco factores Childhood Trauma Questionnaire de invariancia estructural que mostró que tiene una buena validez (Bernstein, et al., 2003).<sup>9</sup>

Por otra parte este instrumento ha sido validado en español por Hernández et al (2013)<sup>10</sup>, mostrando una consistencia interna para abuso emocional de  $\alpha=.87$ , abuso físico de  $\alpha=.88$ , abuso sexual de  $\alpha=0.94$ , negligencia emocional de  $\alpha=.83$  y negligencia física de  $\alpha=.66$ .

## Procedimiento

Se presentó el protocolo ante el Comité de ética en investigación y Comité de investigación, una vez que fue aprobado se solicitó la autorización del jefe de servicio, se solicitó el llenado de consentimiento informado al paciente y se aplicó el cuestionario a pacientes de la consulta externa de CITEP los cuales contaban con los criterios de inclusión, se les explicó el tipo de información que se buscaba recolectar, el carácter voluntario de la participación, la gratuidad del estudio, así como en el carácter confidencial de la información, se solicitó un espacio físico al jefe de servicio y se aplicó en un horario que no interfiriera con las actividades del servicio de lunes a viernes , con una duración aproximada de 15 minutos.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante la realización de este estudio se tomaron en cuenta los principios básicos de bioética:

- **Beneficencia:** se busca brindar beneficio tanto al paciente como a los familiares ya que al detectar problemas en cuanto al entorno familiar se canalizará al servicio de CLIFAM.
- **No maleficencia:** ningún participante será perjudicado, se respetará sus derechos fundamentales y no será lastimado.
- **Autonomía:** el paciente tiene la decisión total de participar o no en el estudio y de abandonarlo en el momento que desee.
- **Justicia:** todos los pacientes que cumplan con los criterios de selección podrán participar.

En cuanto al riesgo de investigación de acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos este estudio se considera como:

- **Investigación con riesgo mínimo:** Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental

y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

La información que se obtuvo fue resguardada y únicamente usada con fines de estudio ya que el paciente firmó un formato de consentimiento informado que contiene los fines de la investigación y la absoluta confidencialidad de los datos recabados.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Como primer análisis descriptivo se tuvieron porcentajes y frecuencias de las variables y para el segundo análisis se ocupó Chi cuadrada entre alguna variable de interés con el paquete estadístico SPSS.

## RESULTADOS

La población de estudio fue de 30 pacientes de los cuales 18 (60%) fueron hombres y 12 (40%) mujeres. La edad promedio de los participantes fue de  $23.30 \pm 3.77$  años. Asimismo el 46.7 % de la población cuenta con escolaridad de nivel preparatoria. Otra característica sociodemográfica interrogada en la población fue la religión en la cual el 36.7 % no tiene religión vs el 63.3% que sí. El estado civil de la población el mayor porcentaje lo ocupó la categoría de soltero con un 80% y finalmente 76.7 % contaba con empleo. (Cuadro 3)

### Cuadro 3

Características sociodemográficas de la población de estudio

VARIABLE	N = 30 (%)
<b>Edad</b>	23.30 $\pm$ 3.77
<b>Sexo</b>	
Hombre	18 (60 %)
Mujer	12 (40%)
<b>Escolaridad</b>	
Primaria	2 (6.7 %)
Secundaria	5 (16.7 %)
Preparatoria	14 (46.7 %)
Licenciatura	9 (30 % )
<b>Religión</b>	
Con	19 (63.3 % )
Sin	11 (36.7 %)
<b>Estado Civil</b>	
Soltero	24 (80 % )
Casado	2 (6.7 %)
Unión Libre	4 (13.3 %)
<b>Ocupación</b>	
Empleo	23 (76.7 %)
Desempleado	7 (23.3 %)

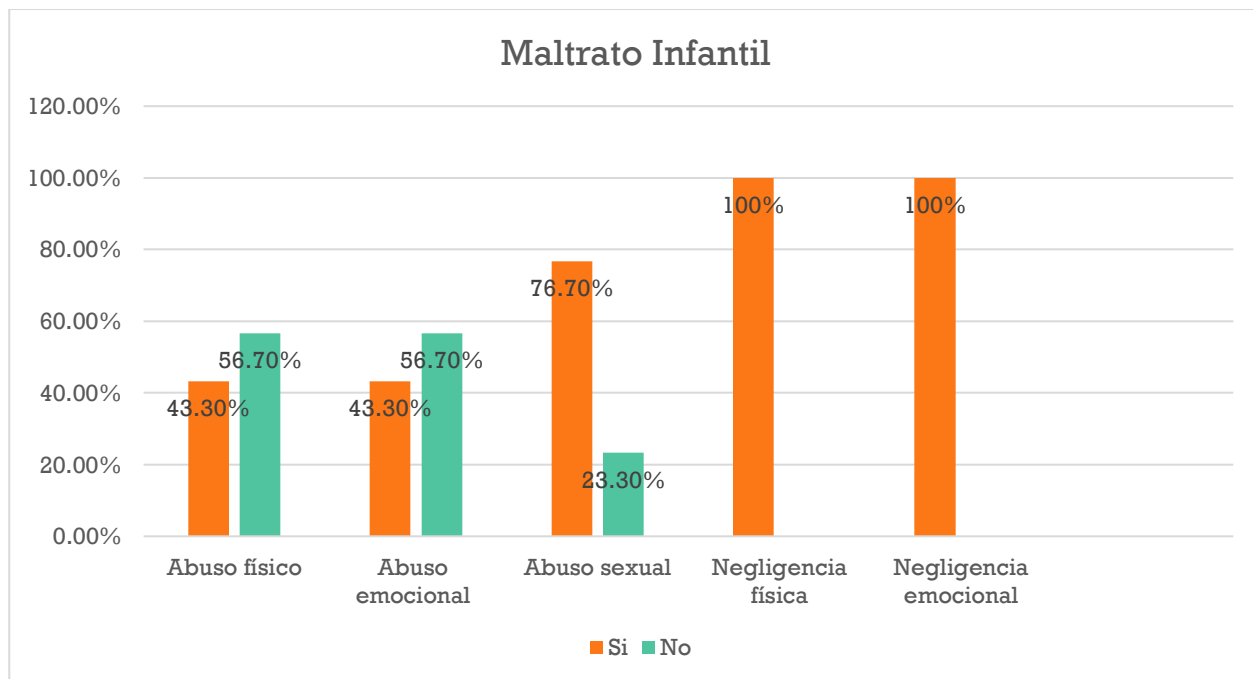
En cuanto a la frecuencia del maltrato infantil en la población estudiada fue del 100%, exponiéndose en el Cuadro 4 y Figura 5.

La muestra que no presentó abuso físico en la infancia fue 56.7 % vs 43.3 % que sí cayó en alguna de sus categorías.

El abuso sexual representó un 76.7% comparado con el 23.3 % que no lo refirió en la infancia. En cuanto al abuso emocional en la población de estudio fue de 56.7% que respondió en la categoría de nada y de 43.3% que así lo vivió.

La negligencia física en la muestra fue del 100% así como de la emocional. (Cuadro 4)

**Figura 5.** Frecuencia de maltrato infantil





#### Cuadro 4

Tipos de maltrato infantil de la población de estudio

VARIABLE	N (%)
<b>Abuso físico</b>	<b>13 (43.3%)</b>
Nada o mínimo	17 (56.7 %)
Bajo a moderado	4 (13.3 %)
Moderado a severo	1 (3.3 %)
Severo a extremo	8 (26.7%)
<b>Abuso sexual</b>	<b>23 (76.7%)</b>
Nada o mínimo	7 (23.3 %)
Bajo a moderado	14 (46.7%)
Moderado a severo	8 (26.7 %)
Severo a extremo	1 (3.3%)
<b>Abuso emocional</b>	<b>13 (43.3 %)</b>
Nada o mínimo	17 (56.7 %)
Bajo a moderado	6 (20 %)
Moderado a severo	1 (3.3%)
Severo a extremo	6 (20 %)
<b>Negligencia física</b>	<b>30 (100%)</b>
Nada o mínimo	0
Bajo a moderado	0
Moderado a severo	6 (20% )
Severo a extremo	24 (80%)
<b>Negligencia emocional</b>	<b>30 (100%)</b>
Nada o mínimo	0
Bajo a moderado	7 (23.3%)
Moderado a severo	5 (16.7%)
Severo a extremo	18 (60%)

A continuación se muestra la relación entre abuso físico y las características sociodemográficas. (Cuadro 5)

En el cual se observa una frecuencia mayor en la variable sin abuso (56.66 %) vs con abuso (43.33 %). Respecto al sexo y abuso físico se obtiene una mayor frecuencia en el sexo masculino (61.53 %).

**Cuadro 5**  
Relación entre abuso físico y características sociodemográficas

VARIABLES	SIN ABUSO FÍSICO N= 17 (56.66 %)	CON ABUSO FÍSICO N= 13 (43.33%)	TOTAL	VALOR DE p*
<b>Sexo</b>				1
Masculino	10 (58.82 %)	8 (61.53 %)	18	
Femenino	7 (41.17 %)	5 (38.46 %)	12	
<b>Estado civil</b>				.203
Soltero	14 (82.35%)	10 (76.92 %)	24	
Casado	0	2 (15.38)	2	
Unión libre	3 (17.64%)	1 (7.69 %)	4	
<b>Escolaridad</b>				.119
Primaria	1 (5.88 %)	1 (7.69 %)	2	
Secundaria	5 (29.41 %)	0	5	
Preparatoria	8 (47.05 %)	6 (46.15 %)	14	
Licenciatura	3 (17.64 %)	6 (46.15%)	9	
<b>Ocupación</b>				.427
Empleo	12 (70.58 %)	11 (84.61 %)	23	
Desempleo	5 (29.41 %)	2 (15.38 %)	7	

\* Prueba chi- cuadrada  $p < 0.05$

Se observó en la población de estudio una frecuencia mayor en la variable con abuso sexual en la infancia (76.66%) respecto a la que no lo presentó (23.33%). Cuadro 6.

De la misma forma el sexo masculino tuvo un porcentaje mayor de abuso (56.52 %) que el femenino (43.47%).

Existe significancia estadística en la relación entre abuso sexual presente en la infancia y ocupación (empleado) obteniendo un 91.3 % respecto al no empleado de (8.69 %).

### Cuadro 6

Relación entre abuso sexual y características sociodemográficas

VARIABLES	SIN ABUSO SEXUAL N= 7 (23.33 %)	CON ABUSO SEXUAL N= 23 (76.66 %)	TOTAL	VALOR DE p*
<b>Sexo</b>				.669
Masculino	5 (71.42 %)	13 (56.52 %)	18	
Femenino	2 (28.57%)	10 (43.47 %)	12	
<b>Estado civil</b>				.722
Soltero	6 (85.71 %)	18 (78.26%)	24	
Casado	0	2 (8.69%)	2	
Unión libre	1 (14.28 %)	3 (13.04%)	4	
<b>Escolaridad</b>				.528
Primaria	1 (14.28 %)	1 (4.34%)	2	
Secundaria	2 (28.57%)	3 (13.04%)	5	
Preparatoria	2 (28.57%)	12 (52.17%)	14	
Licenciatura	2 (28.57%)	7 (30.43%)	9	
<b>Ocupación</b>				.003*
Empleo	2 (28.57%)	21 (91.30 %)	23	
Desempleo	5 (71.42%)	2 (8.69 %)	7	

\* Prueba chi- cuadrada  $p < 0.05$

En el Cuadro 7 se recolectó la información entre la relación de abuso emocional con características sociodemográficas, mostrando una frecuencia mayor en la población sin abuso (56.66%) respecto a la que lo presentó (43.33%).

Se obtuvo que el sexo masculino fue la población más afectada en la variable abuso emocional presente (76.92%) vs el femenino (23.07%).

### Cuadro 7

Relación entre abuso emocional y características sociodemográficas

VARIABLES	SIN ABUSO EMOCIONAL N= 17 (56.66%)	CON ABUSO EMOCIONAL N= 13 (43.33 %)	TOTAL	VALOR DE p*
<b>Sexo</b>				.141
Masculino	8 (47.05%)	10 (76.92%)	18	
Femenino	9 (52.94%)	3 (23.07%)	12	
<b>Estado civil</b>				.285
Soltero	12 (70.58%)	12 (92.30%)	24	
Casado	2 (11.76%)	0	2	
Unión libre	3 (17.64%)	1 (7.69%)	4	
<b>Escolaridad</b>				.119
Primaria	1 (5.88 %)	1 (7.69%)	2	
Secundaria	5 (29.41%)	0	5	
Preparatoria	8(47.05%)	6 (46.15%)	14	
Licenciatura	3 (17.64%)	6 (46.15%)	9	
<b>Ocupación</b>				.427
Empleo	12 (70.58%)	11 (84.61%)	23	
Desempleo	5 (29.41%)	2 (15.38%)	7	

\* Prueba chi- cuadrada  $p < 0.05$

Respecto a las variables Negligencia física y negligencia emocional se obtiene una frecuencia de 100% presente en la población de estudio.

De la misma manera en el cuestionario CTQ-SF se obtiene un subregistro del 100% en la población.

## DISCUSIÓN

Se ha estudiado que el maltrato infantil es un problema mundial con graves consecuencias las cuales pueden durar toda la vida. Dicho maltrato ha tenido una cantidad significativa de niños que son obligados a trabajar, prostituirse o realizar prácticas pornográficas, tráfico humano e incluso muchos son obligados a enlistarse en el ejército. <sup>1</sup>

Los estudios internacionales que realizó la OMS en el año 2016 revelan que una cuarta parte de todos los adultos ha recibido maltrato físico <sup>1</sup>. En contraste con la población del presente estudio que representó casi la mitad de la muestra.

Se estima que un niño maltratado tiene la posibilidad de sufrir de nuevo malos tratos en 50% de los casos y si no se detecta el maltrato a tiempo la probabilidad de muerte es del 10% <sup>2, 12</sup>. Por lo que es relevante mencionar que la población de estudio cuenta con algún tipo de maltrato en la infancia (abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligencia física y/o negligencia emocional).

En cuanto a los tipos de maltrato la literatura menciona que en México la población infantil en el año 2016 sufría mayormente de negligencia, concordando con la muestra en la cual el 100% de la población padeció negligencia física y emocional <sup>2</sup>, sumándose también el dato más relevante en el año 2014 en población estadounidense fue negligencia (Jaffee S) <sup>13</sup>.

Lo anterior tiene como repercusión una alteración en sistema nervioso, endócrino e inmunitario <sup>13</sup>. Por lo que la relevancia del estudio fue comprobar esta relación entre el primer episodio psicótico y maltrato infantil, concordando la misma relación con Bendall S, et al en el 2007; Van Winkel R, et al en 2013; Jaffee S en el 2017 <sup>4,13, 15</sup>, en los cuales concluyen que sí existe esta asociación.

En este sentido se reitera en la literatura y en el estudio la gran importancia del maltrato infantil con trastorno psicótico <sup>4, 16</sup>.

Se ha reportado que el sexo masculino es el más predominante en maltrato infantil Mcgrath J, et al en 2004, siendo similar a lo reportado en la muestra <sup>14</sup>.

En estudios anteriores no mencionan las características sociodemográficas de ocupación, escolaridad, religión, estado civil por lo que estas características en el presente estudio son de gran importancia para las siguientes generaciones de autores.

Por tal motivo las estrategias de prevención y diagnóstico temprano de la presencia de maltrato infantil serán vitales para un adecuado desarrollo, evitando en la medida de lo posible los factores externos que pueden influir en la severidad de un trastorno psiquiátrico, así como la disminución de los costos para el sistema de salud de nuestro país, por lo cual se vuelve una labor en conjunto de gran importancia para trabajar con los médicos de 1er y 2do nivel, psicólogos, trabajadores sociales, maestros, enfermería, padres de familia, para formar un equipo integral.

## CONCLUSIÓN

- Existe una relación importante entre el antecedente de haber padecido maltrato infantil y padecer un trastorno psicótico.
- Se observó una frecuencia del 100% de maltrato infantil en los pacientes de CITEP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- La autopercepción del maltrato en la infancia fue minimizada por el 100% de los pacientes, según el CTQ.
- La negligencia emocional y física abarcaron el 100% de la muestra.
- Los pacientes varones obtuvieron el porcentaje más alto en abuso físico y sexual.
- Los pacientes que tuvieron antecedente de abuso sexual en la infancia son funcionales en las actividades de la vida diaria.
- De acuerdo con los datos encontrados a través de esta investigación queda clara la relación que existe entre maltrato infantil y psicosis, en este caso primer episodio psicótico, por lo que con mayor razón habrá que ser más cauteloso en la anamnesis con los pacientes que provengan de medios socioculturales adversos que no hayan tenido consumo de sustancias o que no tengan riesgo genético para un trastorno psicótico.



- Psicoeducar a los pacientes de CITEP, hospitalización continua, consulta externa e incluso familiares acerca de la gran influencia que tiene el maltrato en la infancia sobre el curso y aparición de los síntomas psicóticos para evitar el maltrato o en caso de que se esté presentando detenerlo ya sea en los mismos pacientes o en familiares con alto riesgo de psicosis.

## ALCANCES Y LIMITACIONES

- Tamaño de la muestra.
- En la literatura existe muy poca información sobre los porcentajes respecto al sexo.
- Existe poca información sobre características sociodemográficas en pacientes con primer episodio psicótico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. C1 P-L, , Durán-McKinster C2 , Orozco-Covarrubias L1 , Saéz-De Ocariz M1 R-MR. Maltrato Infantil en México. 2016;60(4):326–33. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2016/rmd164g.pdf>
3. Loewy RL, Corey S, Amirfathi F, Dabit S, Fulford D, Pearson R, et al. Childhood trauma and clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res*. Elsevier B.V.; 2018;
4. Van Winkel R, Stefanis NC, Myin-Germeys I. Psychosocial stress and psychosis. A review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene-stress interaction. *Schizophr Bull*. 2008;34(6):1095–105.
5. Vinkers CH, Van Gastel WA, Schubart CD, Van Eijk KR, Luykx JJ, Van Winkel R, et al. The effect of childhood maltreatment and cannabis use on adult psychotic symptoms is modified by the COMT Val158Met polymorphism. *Schizophr Res* [Internet]. 2013;150(1):303–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.020>.
6. Vaessen TSJ, De Jong L, Schäfer AT, Damen T, Uittenboogaard A, Krolinski P, et al. The interaction between cannabis use and the Val158Met polymorphism of the COMT gene in psychosis: A transdiagnostic meta ± analysis. *PLoS One*. 2018;13(2):1–22.
7. Lardinois M, Lataster T, Mengelers R, Van Os J, Myin-Germeys I. Childhood trauma and increased stress sensitivity in psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;123(1):28–35.

8. Enrique V, Zamora R, Reza H, Treviño G. *Revista Psiquis (Mexico)*. 2016;25 No.1:13–6.
9. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abus Negl*. 2003;27(2):169–90.
10. Hernandez A, Gallardo-Pujol D, Pereda N, Arntz A, Bernstein DP, Gaviria AM, et al. Initial Validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: Factor Structure, Reliability and Association With Parenting. *J Interpers Violence*. 2013;28(7):1498–518.
11. Cabrera SAS, Michel C, Cruzado L. Estados clínicos de alto riesgo para esquizofrenia y otras formas de psicosis: una breve revisión. *Rev Neuropsiquiatr [Internet]*. 2017;80(1):43. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/3059>
12. Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N, Angeles L. Cutaneous signs of child abuse. 2007;371–92.
13. Jaffee SR. Child Maltreatment and Risk for Psychopathology in Childhood and Adulthood. 2017;(March):1–27
14. Mcgrath J, Saha S, Welham J, Saadi O El, Maccauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia : the distribution of rates and the influence of sex , urbanicity , migrant status and methodology. 2004;22:1–22.
15. Bendall S, Jackson HJ, Hulbert CA, McGorry PD. Childhood Trauma and Psychotic Disorders : a Systematic , Critical Review of the Evidence. 2008;34(3):568–79.

16. van Winkel R, Stefanis NC, Myin-Germeys I. Psychosocial stress and psychosis. A review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene–stress interaction. *Schizophr Bull.* 2008;34(6):1095–1105.
17. Ortuño F, Gutiérrez-Rojas L. Psicosis. *Medicine.* 2011;10(84):5693-702
18. Escamilla R, Saracco Ricardo. Psicosis. En: de la Fuente Juan, editor. *Salud Mental y Medicina Psicológica.* Segunda edición. México: Mc Graw Hill; 2015. p. 181
19. Walker E, Mittal V, Tessner K. Stress and the Hypothalamic Pituitary Adrenal Axis in the Developmental Course of Schizophrenia. 2008;
20. Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48 (4): 307-318
21. Bahena R, Flores G, Arias-Montaña J. Dopamina : síntesis , liberación y receptores en el Sistema Nervioso Central. *Rev Biomed* 2000;11(1):39–60.
22. Ruiz JS, De DC, Sánchez V, Páez S. The Neurobiological Basis of Schizophrenia Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. 2010;21.
23. Patrick D, Yung AR, Phiuips LJ. The " Close-in " or Ultra High-Risk Model : A Safe and Effective Strategy for Research and Clinical Intervention in Prepsychotic Mental Disorder. 1999;(McGlashan):771–90.
24. Söllwold I, Huber G. *Schizophrene Basisstörungen.* Berlin: Springer-Verlag; 2013.
25. Schultze-lutter F, Debbané M, Theodoridou A, Wood SJ, Raballo A, Michel C, et al. Revisiting the Basic Symptom Concept: Toward Translating Risk Symptoms for Psychosis into Neurobiological Targets. 2016;7(January).

## ANEXOS

### *Carta de consentimiento informado para paciente*

#### HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ SERVICIO DE INVESTIGACIÓN

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez , México, Ciudad de México a        de        del 2019.

Protocolo:

Registrado ante el Comité de Investigación con número:

Registrado ante el Comité de ética e Investigación con número:

Araceli Ramírez García

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. San Buenaventura 2, Tlalpan. Teléfono: 5573 1500.

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con la Ley General de Salud Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I. Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberán de prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró de riesgo mínimo de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el artículo 21:

I.Yo: \_\_\_\_\_

Declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de maltrato físico como factor de riesgo en la aparición del primer episodio psicótico .

II. Se me ha informado que realizaré un cuestionario autoaplicable.

III. Se me explicó que el instrumento de prueba es totalmente inofensivo, no representa ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información cerca de mi estado de salud durante el estudio.

V. Los resultados de dichos cuestionarios ayudarán a determinar la presencia de maltrato infantil el cual se utilizará con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación.

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio cuando yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y no se publicará mi nombre o revelará mi identidad.

Con fecha \_\_\_\_\_ y habiendo comprendido lo anterior, aclarado mis dudas sobre el propósito del proyecto, la disposición de los datos que se obtengan de mí y mi participación en el estudio, acepto participar en el proyecto ya citado.

Firma de consentimiento

Firma familiar responsable

Firma de quien explicó el estudio

Testigo.

Testigo.

## Declaración de no conflicto de intereses

### 1. Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1º, 2º, 7º y 8º de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo \_\_\_\_\_ ROMA personal adscrito

a \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ número de empleado \_\_\_\_\_ declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado, me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podrá discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.
- Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

- Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
- No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
- En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
- No interveniré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
- En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.
- En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

LUGAR Y FECHA:  
NOMBRE Y FIRMA:

**MALTRATO INFANTIL EN PACIENTES CON PRIMER EPISODIO PSICÓTICO  
DE LA CITEP DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Codigo postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Teléfono celular:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** M      F

**Fecha de nacimiento:** (dd)      (mm)      (aa)

**Lugar de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Lugar de residencia:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Religión:** \_\_\_\_\_

**Escolaridad:** \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Fecha de aplicación:** (dd)      (mm)      (aa)

**Referido por:** \_\_\_\_\_

<b>Tipo de maltrato</b>	<b>Nada o minimo</b>	<b>Bajo a moderado</b>	<b>Moderado a severo</b>	<b>Severo a extremo</b>	
<b>Abuso emocional</b>	5-8	9-12	13-15	>16	
<b>Abuso físico</b>	5-7	8-9	10-12	>13	
<b>Abuso sexual</b>	5	6-7	8-12	>13	
<b>Negligencia física</b>	5-7	8-9	10-12	>13	
<b>Negligencia emocional</b>	5-9	10-14	15-17	>18	
				<b>Total</b>	<b>/125</b>

## Cuestionario de Maltrato Infantil (CTQ-SF)

**Instrucciones:** A continuación se presentan una serie de situaciones específicas durante la infancia que pueden variar en cuanto a frecuencia, por favor marca con una **X** la que mayormente haya representado tu situación.

Cuando yo era niño		Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Siempre
1	No tenía suficiente para comer					
2	Sabía que había alguien que me cuidara y protegiera					
3	Mis familiares me decían cosas como estúpido(a), perezoso(a), o feo(a)					
4	Mis padres estaban demasiado borrachos o consumían demasiado alcohol para cuidar a mi familia					
5	Había alguien de mi familia que me hacía sentir especial e importante					
6	Tuve que ponerme ropa sucia.					
7	Me sentí amado(a)					
8	Pensé que mis padres deseaban que yo nunca hubiera nacido.					
9	Alguien de mi familia me golpeo tan fuerte que tuve que ver un médico o ir al hospital					
10	No había nada que hubiera querido cambiar de mi familia					
11	Alguien en mi familia me golpeó tan fuerte que me dejó moretones o marcas					
12	Me pegaban con un cinturón, palo, cuerda o alguna otro cosa que me hiciera daño					
13	Las personas de mi familia nos cuidábamos unas a las otras					
14	Personas en mi familia me decían cosas que me herían o me ofendían					
15	Creo que fui abusado (a) físicamente					
16	Tuve una gran infancia					
17	Me golpeaban tan fuerte que un maestro, vecino o médico lo llevo a notar.					
18	Sentí que alguien de mi familia me odiaba.					
19	Las personas de mi familia se sentían unidas					
20	Alguien trató de tocarme o trató que lo tocará de una manera sexual.					
21	Alguien me amenazó con hacerme daño o decir mentiras sobre mí, si no hacía algo sexual					
22	Tuve la mejor familia del mundo					
23	Alguien trató de obligarme a hacer cosas sexuales o ver cosas sexuales.					
24	Alguien me molestaba					
25	Creo que fui abusado(a) emocionalmente.					
26	Había alguien que me llevara al médico sí lo necesitaba.					
27	Creo que fui abusado(a) sexualmente					
28	Mi familia era una fuente de fuerza y apoyo.					