



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

“FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

“Hombre soy y nada humano es ajeno a mí”



Tesis para obtener el
Diploma de Especialista en Psiquiatría:

**“CORRELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL Y LAS
ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES. ESTUDIO TRANSVERSAL EN EL SERVICIO DE PAINAVAS
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”.**

Presenta:

Karina Azucena Enriquez Leal

Médico Residente Psiquiatría

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats

Asesor de investigación

Ciudad de México, Junio del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



A mi familia y a mis amigos

Que mediante su apoyo y conocimientos me guiaron a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados buscados.

“si alguien puede eres tú”.

¡Infinitas gracias!

“La verdad acerca de nuestra infancia está guardada en nuestro cuerpo y, aunque podemos reprimirla, nunca podremos alterarla.

Pero algún día el cuerpo pasará la cuenta.”

Alice Miller.



INDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	4
3. METODOLOGÍA	20
JUSTIFICACIÓN	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
OBJETIVOS.....	21
HIPÓTESIS	22
DEFINICIÓN DE VARIABLES	23
MUESTREO.....	28
SUJETOS	28
CRITERIOS DE SELECCIÓN	28
DISEÑO DEL ESTUDIO	29
INSTRUMENTOS	29
PROCEDIMIENTO.....	31
CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	35
5. RESULTADOS.....	36
6. DISCUSIÓN	48
7. CONCLUSIÓN	55
8. CRONOGRAMA	56
9. REFERENCIAS.....	57
10. ANEXOS.....	64
ANEXO 1: TEST INFANTIL DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (ChEAT).....	64
ANEXO 2: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.....	65
ANEXO 4: CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERÉS	69
ANEXO 5: TABLA DE MORBILIDAD ESTADÍSTICA DE ABUSO SEXUAL.....	70
ANEXO 6: TABLA DE MORBILIDAD ESTADÍSTICA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	71
ANEXO 7: CARTAS DE ACEPTACIÓN	72



ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACA	Alteraciones de la conducta alimentaria
APA	American Psychiatric Association
ASI	Abuso sexual infantil
ChEAT	Test Infantil de Actitudes Alimentarias (Children's version of EAT)
EAT-26	Test de Actitudes Alimentarias-26
EAT-40	Test de Actitudes Alimentarias-40
ENDIREH	Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares
ENVIPE	Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública
HPIJNN	Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAINAVAS	Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual
TCA	Trastornos de la conducta alimentaria
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



RESUMEN

Introducción: En los últimos años, han notado dos fenómenos que impactan la vida: los trastornos de conducta alimentaria (TCA) y el abuso sexual infantil (ASI). Aproximadamente 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido ASI. El ASI se ha vinculado a diversos síntomas psiquiátricos, como baja autoestima, síntomas depresivos, síntomas ansiosos y TCA. Si bien existen controversias, los clínicos han sostenido por tiempo que el ASI tiene una correlación con las alteraciones de la conducta alimentaria (ACA) y el posterior desarrollo TCA.

Objetivo: Analizar la presencia de ACA dado el antecedente de ASI, así como los factores relacionados a dicha presencia, en pacientes de 9 a 15 años, en el servicio de Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual (PAINAVAS), del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" (HPIJNN).

Material y métodos: Se aplicó el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) a pacientes de 9 a 15 años con antecedente de ASI. Se realizó un análisis de las variables y se analizó la correlación entre la presencia de ACA y el puntaje del ChEAT con las características del ASI.



Resultados: La muestra incluyó 50 pacientes, de las cuales 28 presentaron ACA de acuerdo al Test ChEAT. La probabilidad de presentar ACA en los pacientes con antecedentes de ASI fue del del 27%, en comparación con no presentar ACA. Se observó una correlación muy fuerte entre la presencia de ACA y el tipo de ASI, así como el tipo de agresor según el entorno.

Conclusiones: El presente estudio muestra una relación entre el haber sufrido ASI y la presencia de alguna ACA; además, evidencia que ciertas características del ASI podrían estar más relacionadas con el desarrollo de estas alteraciones. Estos resultados destacan la necesidad de profundizar en este campo de estudio para prevenir el desarrollo y tratar oportunamente el desarrollo de pacientes con antecedente de ASI.

Palabras clave: *Abuso sexual infantil, Trastorno de la conducta alimentaria, Alteraciones de la conducta alimentaria, Test infantil de Actitudes Alimentarias.*



1. INTRODUCCIÓN

El estudio de la relación del ASI y los trastornos alimentarios en particular, tuvo su origen en la práctica clínica a comienzos de los años ochenta (1). Por lo que muchos clínicos especialistas en patología alimentaria se inquietaron frente a la importante presencia del abuso sexual en sus pacientes y comenzaron a argumentar que este constituía un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos alimentarios (2).

Es importante destacar que el ASI se ha vinculado a diversas patologías psiquiátricas, así como a malestar psicológico general. En el estudio de sus consecuencias a largo plazo, se ha presentado baja autoestima (3), sentimientos de desamparo y auto recriminación (4), malestar psicológico crónico, expresado principalmente como sintomatología depresiva y ansiosa, así como la bulimia nerviosa y los trastornos alimentarios en general (5), además de una gran variedad de patologías psiquiátricas adultas, destacando el trastorno de personalidad límite, el trastorno por abuso de sustancias, el trastorno por estrés post-traumático, el trastorno de identidad disociativo (6). Lo que nos haría pensar que el ASI parece ser un factor de riesgo y no puede asociarse exclusivamente con un tipo de trastorno.

Diversos estudios han buscado comprender por qué el abuso sexual tiene incidencia en el desarrollo de las patologías alimentarias. En los últimos años, tanto los médicos como el público en general han notado dos fenómenos que impactan la vida de un gran número de mujeres: los TCA y el ASI (7). Los clínicos han sostenido por tiempo que el ASI tiene una asociación con los TCA (8).



Se han postulado distintas explicaciones teóricas para este vínculo. Una se relaciona con la victimización sexual en los estilos de afrontamiento disociativos, los cuales podrían desencadenar eventualmente una sintomatología bulímica (9). Otra explicación es que el ASI podría generar una sensación de falta de control sobre la propia vida, la que a su vez desencadenaría estrategias restrictivas o purgativas como forma de restablecer el control (10). Se postuló que el abuso podría tener una repercusión importante en la autoestima y la auto recriminación de las pacientes, dos factores que podrían llevarles a castigar su propio cuerpo por medio de la inanición, o por las conductas de atracón y purga (11). También se han propuesto vínculos entre ASI y trastornos alimentarios anoréxicos o bulímicos, Waller, en 1991 sugirió que tal vínculo puede ser una consecuencia del abuso sexual que causa disgusto con feminidad y sexualidad. Este disgusto podría ser expresado como preocupación por la imagen corporal, lo que lleva a anorexia (12). Otra propuesta es en casos de desconfianza y negación por parte de la figura materna u otros miembros significativos del grupo familiar ante la develación del abuso, se observa el desarrollo de los TCA (13).

Los trastornos alimentarios funcionan como una manera de protegerse de eventos estresantes, como el abuso sexual, cubriendo la situación estresante con la preocupación por la alimentación y el peso, su lucha por controlar la comida es una manera de ignorar los efectos nocivos del abuso (14). Los atracones funcionan a modo de compensación y permiten reducir el reconocimiento de estados mentales cognitivos dolorosos, dificultando el descubrimiento de emociones y su descripción (15).



Se ha encontrado que una función baja en el alelo de la región promotora del gen transportador de serotonina (5-HTTLPR) que interactuó con eventos traumáticos de la vida y experimentó abuso sexual, predijo una mayor probabilidad de síntomas bulímicos por impulso a la delgadez (16).

El estrés psicosocial del ASI puede conducir a un aumento de la actividad a lo largo del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal, caracterizado por un aumento de la secreción de cortisol, presentando alteraciones en el patrón de la conducta alimentaria que resultan en obesidad (17). Midei, en 2010, demostró que en casos con abuso sexual infantil tienden a tener una mayor ira y niveles más bajos de globulina transportadora de hormonas sexuales, que se asocian con la adiposidad (18). Mecanismos similares podrían ser responsables de los trastornos alimentarios observados en pacientes con antecedentes de ASI (19).



2. MARCO TEÓRICO

A. Abuso sexual

La palabra abuso, del latín *ab usus*, significa usar mal, de manera excesiva, injusta, impropia o indebida una cosa (13). Los abusos sexuales constituyen aproximadamente el 9.6 % de los maltratos en la infancia (13), donde la edad promedio al momento de la victimización es de unos diez años (3).

El ASI puede considerarse como cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años, por parte de un adulto, o desde una posición de poder, responsabilidad o autoridad sobre el niño (3).

Según el DSM-5, define el abuso sexual infantil, como cualquier tipo de actividad sexual con un niño que esté destinada a proporcionar una satisfacción sexual a uno de los padres, un cuidador o cualquier otro individuo que tenga alguna responsabilidad sobre el niño. Los abusos sexuales incluyen actividades tales como caricias en los genitales del niño, penetración, incesto, violación, sodomización y exhibicionismo indecente. También se incluye como abuso sexual cualquier explotación del niño, sin necesidad de contacto, por parte de un progenitor o cuidador; por ejemplo, obligando, engañando, atrayendo, amenazando o presionando al niño para que participe en actos de satisfacción sexual a terceros, sin contacto físico directo entre el niño y su agresor (20).

Según el CIE-10, define al abuso sexual como a la agresión sexual que se comete sin violencia y en la cual no existe consentimiento o dicho consentimiento está viciado por tratarse de un menor, por existir una relación de superioridad entre el agresor y la víctima, o por haberse conseguido mediante engaño (21).



La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el maltrato infantil 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, así como el 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 (22).

El código penal federal, describe el abuso sexual como un acto quien ejecute en una persona, sin su consentimiento, o la obligue a ejecutar para sí o en otra persona, actos sexuales sin el propósito de llegar a la copula; se entiende por acto sexuales: tocamientos, manoseos corporales obscenos o los que representen actos explícitamente sexuales, o se obligue a observar acto sexual o exhibir su cuerpo (23).

El *National Center of Child Abuse and Neglect* propuso, en 1987, que existe abuso sexual en los contactos e interacciones entre un niño (12 años o menos) y un adulto, cuando el agresor usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otras personas (24). Algunos autores también consideran como victimización sexual aquél contacto entre un adolescente (13-17 años) y un adulto diez o más años mayor (3). El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro menor (24).



B. Tipos de abuso sexual

EL ASI puede dividirse en intrafamiliar, cuando el abusador es parte de la familia de la víctima y extrafamiliar, cuando el abuso es perpetrado por alguien ajeno a la familia de la víctima, pudiendo ser un conocido o un desconocido (25).

Según el título décimo quinto, capítulo uno del código penal federal. Cabe diferenciar diferentes tipos de delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual.

-Hostigamiento sexual: El ejercicio del poder, en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en los ámbitos laboral y/o escolar. Se expresa en conductas verbales, físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad de connotación lasciva.

-Abuso sexual: Quien ejecute en una persona, sin su consentimiento, o la obligue a ejecutar para sí o en otra persona, actos sexuales sin el propósito de llegar a la copula; se entiende por acto sexuales: tocamientos, manoseos corporales obscenos o los que representen actos explícitamente sexuales, o se obligue a observar acto sexual o exhibir su cuerpo.

-Estupro: Al que tenga cópula con persona mayor de 12 años y menor de 18 años, obteniendo su consentimiento por medio de engaño.

-Violación: Quien por medio de violencia física o moral realice copula con persona de cualquier sexo. Se entiende por copula la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral. También se considera la introducción vía anal o vaginal de cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril.



-Incesto: Cuando en una familia los ascendientes que tengan relaciones sexuales con sus descendientes (23).

En 1994, Finkelhor presenta una revisión de 38 artículos sobre la prevalencia del ASI en 21 países, basándose en estudios que van desde los años setenta a principios de los noventa. En este estudio las diferencias metodológicas entre los diversos países quedan patentes, con unos porcentajes de prevalencia que varían entre el 7 y el 36% en mujeres y entre el 3 y 29% en hombres. No obstante lo anterior, los hallazgos constatan la alta presencia del ASI en los distintos países incluidos, considerándose un problema internacional. En su mayoría, estos estudios coinciden en que gran parte de las víctimas son mujeres y que éstas sufren en mayor porcentaje el abuso sexual intrafamiliar de 1,5 a 3 veces mayores que las de los hombres (26).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido ASI (22). La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), en 2016 reportó que 19.2 millones de mujeres fueron sometidas en algún momento de su vida a algún tipo de intimidación, hostigamiento, acoso o abuso sexual. La Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE), en 2019, reportó que por cada 9 delitos sexuales cometidos contra mujeres, hay 1 delito sexual cometido contra hombres; que en 2018, 40,303 mujeres en México sufrieron una violación sexual (27).

Según Panorama Estadístico de la Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en 2019, aproximadamente 32.8% de las adolescentes de entre 15 y 17 años ha sufrido



alguna forma de violencia sexual en el ámbito comunitario; 12.8% en el ámbito escolar, y 1.8% en el ámbito familiar (27).

Aproximadamente en un 60% de las veces, es el menor quien cuenta lo sucedido. El retraso que se produce en algunos casos hasta la develación del hecho, depende en muchas ocasiones de que el agresor sea conocido o que tenga relación de parentesco con la menor. El abuso sexual es intrafamiliar en un 70% de las veces cuando las víctimas están en edad preescolar; en cambio, en los escolares por encima de los seis años, el abuso sexual mayoritario es el extrafamiliar (13).

C. Trastornos (o alteraciones) de la conducta alimentaria

Los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera (28). Los TCA hoy en día constituyen un problema de salud pública por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta (29).

En lo que respecta a los trastornos alimentarios, recientemente se han relacionado etiológicamente tres tipos de afecciones con el trauma infantil: trastorno por atracón, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (19)

El trastorno por atracón, no se asocia a las conductas compensatorias como el vómito autoinducido o la inanición. Por eso suele provocar sobrepeso. De acuerdo con los criterios de la American Psychiatric Association (APA), se caracteriza por: episodios recurrentes de atracones (en promedio, una vez a la



semana durante tres meses), durante los cuales en un período discreto de tiempo el paciente consume una cantidad de alimento que es definitivamente más grande de lo que la mayoría de la gente comería en circunstancias similares y que se acompaña de una falta de control sobre la alimentación. Los episodios de atracones se asocian con tres o más de los siguientes: ingerir grandes cantidades de comida sin tener hambre, comer más rápido de lo normal, hasta sentirse incómodamente lleno, comer solo por vergüenza, sentirse culpable después (19).

La American Psychiatric Association (APA), en el año 2000/2002, define los TCA como condiciones caracterizadas por alteraciones graves en este tipo de conducta que incluyen la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Una característica fundamental de ambos diagnósticos es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. La anorexia se caracteriza por un miedo intenso a ganar peso, el rechazo a comer suficiente y una constante molestia sobre la propia imagen corporal. Por su parte, la bulimia se caracteriza por ingerir grandes cantidades de alimentos en discretos intervalos de tiempo, seguido por intentos de compensar la sobreingesta mediante el vómito, el uso de laxantes, dietas restrictivas o de ejercicio (30).

Encuestas recientes basadas en la población de adultos en los Estados Unidos indican que la prevalencia de por vida de estos trastornos es la siguiente: 0,6% para anorexia nerviosa, 1,0% para bulimia nerviosa, 2,8% para trastorno por atracón (31)

La prevalencia de la anorexia en la población general varía del 0.5 al 1.5%, y es mucho más frecuente en mujeres que en hombres (30); particularmente, la



población más vulnerable son las mujeres adolescentes (32). En el caso de la bulimia nerviosa, la prevalencia es aproximadamente del 1% al 3%; entre los hombres la prevalencia es entre seis y diez veces menor. Por tanto, la prevalencia de TCA específicos (anorexia, bulimia) está entre el 0,5% y el 3% de la población general (30). Los hombres bulímicos se purgan mediante el ejercicio extenuante para lograr perder el peso deseado y es el peso que regularmente lo lleva a tener un trastorno alimentario (14).

En México se reportan más de un millón de casos de anorexia en los últimos diez años, y la cifra va en aumento. De acuerdo con las estadísticas de la Secretaría de Salud, un 40% de las personas anoréxicas se curan totalmente, del 1 al 3% fallecen por desnutrición, fallo cardíaco o suicidio y las restantes convierten su anorexia en un padecimiento crónico al no conseguir una curación total (33).

En España, realizaron un estudio con 1,555 adolescentes, demostrando que un alto porcentaje (27.5%) de esta población padece trastornos alimentarios, en una relación que va de cuatro mujeres por cada hombre. Específicamente para la anorexia, el porcentaje fue de 0.5% en hombres y de 3.9% en mujeres, mientras que para la bulimia nerviosa los porcentajes son 0.6 y 0.2%, respectivamente (34).

En Estados Unidos, señala un reporte, el Centro de Información y Referencia sobre Desórdenes de Alimentación considera que cerca de 10 millones de norteamericanos padecen hoy en día de desórdenes alimentarios, el 90% son mujeres y el 10% hombres. El Centro de Trastornos Alimentarios de la Escuela Médica de Harvard estima que el total de afectados es de aproximadamente 5 millones (33).



Los trastornos alimenticios se inician o aparecen principalmente en adolescentes y púberes. Las edades de aparición o de inicio del trastorno van desde los 12 hasta los 25 años y la frecuencia aumenta entre los 12 y los 17 años. Los trastornos alimenticios ocurren tanto en hombres como en mujeres y aunque la cantidad de mujeres que los padecen es muy superior a la de hombres, en los últimos años el número de casos de hombres ha aumentado en forma constante (28). La forma en la que los hombres conllevan estos trastornos suele ser mediante ejercicio físico excesivo, mientras que las mujeres realizan dietas restrictivas rígidas o ayunan (35).

En un estudio en México, por Camarillo, Cabada, Gómez y Munguía, de 273 estudiantes de 13 a 16 años de edad. Se utilizó el Test de Actitudes Alimentarias-26 (EAT-26) y la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner. Las conductas alimentarias patológicas aparecieron en un 5%, según la encuesta EAT-26, y 4% de acuerdo con la escala de Gardner. Las mujeres tienen mayor grado de distorsión que los hombres, especialmente en la sobreestimación de la autoimagen (36).

La décima revisión del manual de la OMS, destaca el miedo a engordar como variable fundamental del trastorno y propone como indicador un índice de masa corporal igual o menor a 17,5 para el diagnóstico de anorexia nerviosa (13).

Se ha sugerido que la alteración de la percepción de la imagen corporal es un síntoma precoz de la presencia de trastornos alimentarios como anorexia y bulimia (29).

Montero, Morales y Carbajal, en el 2004, demostraron que la imagen corporal es un buen predictor de los trastornos alimentarios y que los adolescentes tienden



a despreciar un cuerpo con sobrepeso, debido a que socialmente existe la creencia de que un cuerpo delgado es el ideal (37).

Otros autores como Toro, en 1996 y Rosen y Ramírez en 1998, destacan que la baja autoestima es uno de los principales síntomas presentes en las personas diagnosticadas con trastornos de la alimentación, expresándose con inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismas. La preocupación acerca del peso y la insatisfacción por la imagen corporal constituyen los dos elementos básicos sobre los que se asienta esta baja autoestima como producto de inferencias y creencias, muchas de ellas sujetas a distorsiones (38).

Tal como se ha señalado, en la década de los ochenta los clínicos e investigadores comenzaron a considerar la posibilidad de que el abuso sexual infantil pudiera cumplir una función de factor de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria. (39).

Connors, Morse, en un estudio en Chicago, en 1993, reportaron que muchos médicos se han interesado en un vínculo potencial entre el abuso sexual y los trastornos alimentarios debido a sus experiencias clínicas; han visto bastantes pacientes que creían que habían desarrollado un trastorno alimentario en parte para afrontar el abuso sexual. Por ejemplo, una paciente anoréxica comenzó a morir de hambre conscientemente para no ser atractiva para su hermano sexualmente abusivo, y otra paciente desarrolló anorexia después de ser obligada a practicar sexo oral durante una violación. Otros pacientes han informado de atracones con grandes aumentos de peso que encontraron reconfortantes para aliviar sus sentimientos de vulnerabilidad después de la depredación sexual (7).



Johnson, en 2002, encontró que el abuso sexual era un factor de riesgo de trastorno alimentario en la edad adulta temprana en una muestra comunitaria de 782 madres y su descendencia. El abuso infantil fue comprobado por informes a un registro de protección infantil y por entrevista materna. Los hijos fueron entrevistados en las edades de 6, 14, 16 y 22 años, pero hubo temporal superposición entre la evaluación de abuso sexual y el trastorno alimentario en el grupo de edad adolescente, dejando la naturaleza direccional de la asociación entre abuso sexual y trastorno alimentario poco claro (8).

Oppenheimer, Howells, Palmer y Chaloner, en 1985, publicaron el primer estudio a mayor escala de 78 pacientes ambulatorios con trastornos alimentarios. Los pacientes fueron admisiones consecutivas a una clínica que cumplían con el DSM-I, criterios para anorexia, bulimia o ambos trastornos en algún momento de su vida. Los pacientes completaron un Cuestionario de eventos de vida sexual (adaptado de Finkelhor, 1979), que definió los eventos sexuales como aquellos que ocurren cuando el sujeto era menor de 13 años y el otro participante mayor de 16, o cuando el sujeto tenía entre 13 y 16 años y el otro era al menos 5 años mayor. Veintitrés sujetos (29,5%) informaron eventos sexuales que cumplieron con estos criterios originales. Observando que los criterios fueron excesivamente restrictivos, los autores encontraron que 27 pacientes más (34,6%) informaron otras experiencias sexuales adversas, para un total de 50 pacientes de 78 que informaron eventos de relaciones sexuales. No encontraron relación entre un historial de abuso y el tipo de trastorno de alimentación diagnosticado (7).

Algunos estudios informaron que ASI no fue más prevalente en mujeres con trastornos alimentarios que en otros grupos o en la población general. Otros



encontraron que las historias de abuso eran casi 2 veces más común en mujeres con anorexia o bulimia nerviosa (8).

El estudio de la posibilidad de que el ASI pudiera cumplir una función de factor de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria cobró impulso a mitad de los años noventa, lo que permitió la realización del primer meta-análisis en el año 2002. Este concluyó que en las mujeres, el ASI se asocia a un aumento de la sintomatología alimentaria pero que no se puede hablar de especificidad (39).

Un estudio de cohorte, en Chicago, de adolescentes observado desde agosto de 1992 hasta marzo de 2003, que sufrieron ASI, con edad media de las mujeres al inicio del seguimiento fue de 14 años y al finalizar 24 años. La incidencia de síndrome bulímico durante la adolescencia fue de 2,5 (intervalo de confianza del 95%, 0,80-8,0) veces mayor entre los que informaron 1 episodio de ASI y 4.9 (intervalo de confianza del 95%, 1.9-12.7) veces mayor entre los que informaron 2 o más episodios de ASI. Este estudio proporciona evidencia de que ASI es un factor de riesgo de trastornos bulímicos en mujeres jóvenes. Encontramos que informar 2 o más episodios de ASI antes de los 16 años predijo un riesgo acumulado más de 5 veces mayor de un nuevo síndrome bulímico durante la adolescencia (8).

Una revisión sistemática de 53 estudios, en 2002, en Ohio, identificó la literatura sobre la relación entre el ASI y los trastornos de la alimentación. Se consideraron 12 estudios pertinentes, los cuales trabajaban con distintos tipos de muestra. La revisión mostró que diez de estos estudios apoyan la hipótesis de que el ASI se relaciona con la bulimia nerviosa. Concluyeron que, aunque no es posible establecer una asociación específica, el porcentaje de TCA en personas con



historia de ASI es significativamente más alto que el presentado por individuos sin dicha victimización. Por otra parte, señalaron que el porcentaje de ASI en personas con TCA es significativamente más alto que el de los individuos con trastornos alimentarios que no fueron víctimas de ASI. Por último, apuntaron que la asociación entre ASI y bulimia nerviosa en la población general no puede atribuirse al azar (40).

Aunque se tiende a pensar que la severidad del abuso podría relacionarse con la severidad de la patología alimentaria, no hay suficiente evidencia empírica para apoyar esta idea. En efecto, un estudio observó que la severidad del ASI (incluyendo el tipo, la frecuencia y el nivel de contacto físico) y la familiaridad con el perpetrador, no estaban relacionadas con la alteración alimentaria (34).

Connors y Morse, en una exhaustiva revisión de los estudios de la relación entre el ASI y los trastornos alimentarios, observan que existen muchas divergencias en lo que respecta a la prevalencia del abuso en las muestras de pacientes con este tipo de trastorno. Concluyeron que cerca de un 30% de los pacientes con patología alimentaria han sido abusados sexualmente, lo que puede ser relativamente comparable a la prevalencia encontrada en la población general y es más baja que la encontrada en otras poblaciones psiquiátricas (7).

Una revisión sistemática, en 2017, de 1097 pacientes, para identificar estudios que investigan la interacción entre el alelo de la región promotora del gen transportador de serotonina 5-HTTLPR y abuso sexual para predecir síntomas bulímicos, en uno de los estudios de revisión de 252 pacientes encontró una interacción significativa con una función baja en el 5-HTTLPR, realizando el Test



EDI-2 que es el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, por lo que tienen una mayor probabilidad síntomas bulímicos (16).

Considerando su presencia y gravedad, se identifica la necesidad de estudiar el fenómeno del ASI como un posible factor de riesgo para el desarrollo de TCA, en población mexicana. De aquí el esfuerzo de la presente investigación por analizar estadísticamente la correlación entre el abuso sexual y las ACA en una muestra de niños y adolescentes mexicanos, mediante un instrumento para detectar el riesgo de desarrollar TCA: el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT).

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) consta de 40 ítems y examina los síntomas de los trastornos alimentarios (41). Fue diseñado por Garner y Garfinkel en 1979, para evaluar las conductas y actitudes sobre la comida, el peso y el ejercicio relacionados con la anorexia. En dos submuestras de mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa ($n = 32$ y 33), de acuerdo a los criterios de Feighner et al., en 1972, y en dos submuestras control ($n = 34$ y 59). La consistencia interna del EAT-40 fue $\text{Alpha} = 0.94$ en la muestra total, y 0.79 en las mujeres con anorexia nerviosa. La puntuación total del instrumento logró diferenciar entre las mujeres con anorexia nerviosa y las mujeres control en la dirección esperada; el punto de corte propuesto por los autores para definir la presencia de anorexia con este instrumento es de 30 (sensibilidad moderada de 100% y especificidad de 93%) (42).

En un segundo trabajo, Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel en 1982 analizaron la estructura factorial del EAT-40 con una muestra de 160 mujeres con anorexia nerviosa, derivando tres factores que agruparon 26 ítems y explicaron 40.2% de



la varianza total: dieta, bulimia y preocupación por la comida, y control oral; estos mostraron una consistencia interna adecuada en la muestra (Alpha = 0.90, 0.84 y 0.83, respectivamente), pero no así en mujeres control (Alpha = 0.86, 0.61 y 0.46, respectivamente) (43).

Esta estructura factorial dio origen a la versión corta del EAT-40, denominada EAT-26, misma que fue adaptada para su empleo en niños, resultando en la *Children's version of EAT* (ChEAT), que permite evaluar hábitos y actitudes relacionados con la alimentación y la imagen corporal en población pediátrica. La escala fue validada en 318 niños y en Estados Unidos en el idioma inglés. La consistencia interna fue Alpha = 0.76 en la muestra total, y por grado escolar de tercero a sexto fluctuó entre 0.68 y 0.80; en tanto que la confiabilidad test-retest fue $r = 0.81$ en una submuestra de 68 niños. El análisis factorial exploratorio derivó cinco factores que agruparon 26 reactivos y explicaron 46.6% de la varianza: Restricción Alimentaria (Alpha = 0.88), Bulimia (Alpha = 0.87), Motivación para Adelgazar (Alpha = 0.85), Preocupación por la Comida (Alpha = 0.77) y Presión Social Percibida (Alpha = 0.76). La puntuación total diferenció entre las mujeres con TCA y las mujeres control; además, la mejor predicción diagnóstica para anorexia nerviosa o bulimia nerviosa se obtuvo con el punto de corte de 28 (sensibilidad = 83% y especificidad = 91%), en tanto que para trastornos de la conducta alimentaria no especificados se propuso el punto de corte de 22 (83% y 82%, respectivamente). En general, tanto el EAT-40 como el ChEAT han mostrado poseer propiedades psicométricas adecuadas para medir las actitudes y las conductas características de la anorexia nerviosa (44).



El ChEAT consta de 26 reactivos, cada ítem se puede responder eligiendo entre 6 opciones de respuesta que van de siempre a nunca (escala Likert) (45). En cada ítem (exceptuando el ítem 25 que es de puntuación inversa) la respuesta que señala mayor sintomatología es siempre (que se puntúa con el valor 3), seguida por casi siempre (que se puntúa con el valor 2), y por muchas veces (que se puntúa con el valor 1). Las tres restantes respuestas (algunas veces, casi nunca y nunca) se califican con el valor 0. El rango de puntuación del ChEAT es de 0 a 78. Establecen que el puntaje de corte es de 20 puntos, indicando que quienes posean un puntaje igual o superior al señalado podrían estar en riesgo de desarrollo de algún TCA (46).

En México se ha examinado la confiabilidad y validez del ChEAT. Fue validado al español por Escoto y Camacho, 2008, con el nombre de Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT), en una muestra de 1241 púberes y adolescentes, de entre 9 y 15 años de edad. Se comprobó la homogeneidad del instrumento, debido a que todos los reactivos correlacionaron positiva y significativamente con la puntuación total; además, tanto la consistencia interna ($\text{Alpha} = 0.82$), como la confiabilidad test-retest ($r = 0.79$) fueron adecuadas. El análisis factorial derivó cinco factores que agruparon 26 reactivos y explicaron 43.74% de la varianza: Motivación para Adelgazar ($\text{Alpha} = 0.74$), Evitación de Alimentos Engordantes ($\text{Alpha} = 0.77$), Preocupación por la Comida ($\text{Alpha} = 0.67$), Conductas Compensatorias ($\text{Alpha} = 0.69$), y Presión Social Percibida ($\text{Alpha} = 0.63$) El ChEAT mostró adecuada confiabilidad test-retest y validez convergente con el Cuestionario de Imagen Corporal (45). El estudio de Escoto y Camacho fundamenta que el ChEAT es un instrumento adecuado para medir



actitudes y conductas alimentarias inadecuadas en púberes y adolescentes mexicanos (47).

Soledad, Murawsk, Guidiño, en 2012, en Buenos Aires. Validaron el test ChEAT en una muestra de 243 niños escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires, de entre 9 y 13 años. Se efectuó el análisis de la estructura factorial, y se analizaron las propiedades psicométricas de la escala. En los resultados tres factores explican cerca del 40% de la varianza. El α de Cronbach fue de .814 para la escala total, pero disminuyó al analizar los factores por separado. La puntuación total del ChEAT se asoció con la satisfacción con la imagen corporal y la categoría de peso según índice de masa corporal. La sensibilidad fue de 73.91% y la especificidad de 72.45% para el punto de corte de 11 y comenta que la sensibilidad de la escala al considerar el punto de corte propuesto por los autores originales del test (≥ 20) es de 52.17% y su especificidad de 94.90%. Si bien la especificidad es elevada, la sensibilidad (el porcentaje de sujetos en riesgo adecuadamente identificados) es menor a la esperable para una prueba de screening. En cambio la sensibilidad asciende al 60.87% al considerar como punto de corte ≥ 13 , en tanto que, de manera esperable, la especificidad disminuye (78.57%). Teniendo en cuenta que el ChEAT se trata de una herramienta de screening que se utilizará junto con una entrevista clínica en una segunda fase, se prefiere la presencia de falsos positivos que de falsos negativos, dado que esto último conlleva la pérdida de identificación de sujetos en riesgo de TCA con el consecuente peligro que entraña no intervenir precozmente en estos casos. Finalmente, se puede concluir que el ChEAT posee buenas propiedades psicométricas y que es un instrumento promisorio para la evaluación de alteraciones en la conducta alimentaria en niños (48).



3. METODOLOGÍA

JUSTIFICACIÓN

En el servicio de PAINAVAS, del HPIJNN se ha observado que el desarrollo de algún síntoma, alteración o trastorno psiquiátrico es un proceso común y complejo secundario al abuso sexual en los niños y adolescentes, como resultado del sufrimiento vivido por el paciente, de manera multidimensional: físico, emocional, existencial y/o social. Por lo que es necesario evaluar las alteraciones de la conducta alimentaria que podrían desarrollar relacionado al estresor del abuso sexual de manera individual.

La mayoría de los estudios actuales se centran en definiciones y características del ASI y TCA, en los trastornos psiquiátricos asociados, así como con el desarrollo de TCA en relación de ASI; sin embargo, se han realizado en poblaciones de otros países, hasta el momento sin encontrar reportes en la población mexicana de niños y adolescentes que describan las alteraciones de la conducta alimentaria secundarias y su relación a un ASI, siendo un fenómeno escasamente estudiado, tanto en hombres como en mujeres. En la estadística del servicio de registros hospitalarios del HPIJNN es poca la asociación que se cuenta registrada de TCA y ASI, así como la correlación entre antecedentes de ASI y TCA, lo cual es de interés e importancia de dicho estudio. Esto nos abre un panorama para desarrollar estrategias de una valoración y manejo integral del paciente que ha sufrido un ASI.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes niños y adolescentes que han sido víctima de un ASI, son referidos al servicio de PAINAVAS, del HPIJNN para mejorar la calidad de vida y tratar alguna alteración psiquiátrica y psicológica comórbida. Las prevalencias de abuso sexual y TCA han ido en aumento, llegando a presentar una mortalidad hasta del 2% secundario a un TCA no tratado de manera oportuna. Por lo tanto, se debe realizar una evaluación integral de la salud mental; la finalidad es realizar un diagnóstico e intervención oportuna para así evitar las posibles complicaciones.

El presente estudio se divide en dos partes: describir la frecuencia de ACA en los pacientes de 9 a 15 años de edad con antecedente de ASI y analizar la relación entre ambas variables; esto dentro del servicio de consulta externa de PAINAVAS del HPIJNN en el periodo de dos meses de abril – mayo del 2021.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El antecedente de ASI se relaciona con la presencia de ACA en pacientes de 9 a 15 años de edad, que acuden al servicio de PAINAVAS, del HPIJNN?

OBJETIVOS

GENERAL

Analizar la probabilidad de presentar ACA dado el antecedente de ASI en pacientes de 9 a 15 años, en el servicio de PAINAVAS, del HPIJNN.



ESPECÍFICOS

1. Describir las características demográficas de los pacientes de 9 a 15 años con antecedentes de ASI que presentan ACA en el servicio de PAINAVAS, del HPIJNN.
2. Describir la frecuencia de ACA por edad y sexo en pacientes de 9 a 15 años con antecedentes de ASI en el servicio de PAINAVAS, del HPIJNN.
3. Analizar la correlación entre las características demográficas de los pacientes de 9 a 15 años con antecedente de ASI, con la presencia de ACA.
4. Analizar la correlación entre las características del abuso sexual (tipo de abuso, tipo de agresor) con la presencia de ACA en pacientes de 9 a 15 años, con antecedentes de ASI.

HIPÓTESIS

H₁: El antecedente de ASI se relaciona con la presencia de ACA en pacientes de 9 a 15 años.

H₀: El antecedente de ASI no se relaciona con la presencia de ACA en pacientes de 9 a 15 años.



DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CLASIFICACIÓN DE VARIABLE	MEDICIÓN	INDICADOR
Sexo	Según la OMS. El sexo son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres.	Independiente	Cualitativa Nominal	NA	Hombre Mujer
Edad	Años vividos desde el nacimiento	Independiente	Cuantitativa Discreta	NA	Edad en años: Desde 9 años hasta 15 años
Escolaridad	Nivel de estudios del individuo	Independiente	Cualitativa Ordinal	NA	Primaria Secundaria Bachillerato Carrera técnica Sin estudios
Estado civil	Parámetro demográfico que indica el estado de una persona con respecto al matrimonio, el divorcio, la viudez, la soltería, etc.	Independiente	Cualitativa Nominal	NA	Soltero Casado Unión libre Viudo



Antecedente de abuso sexual infantil	Según el DSM-5.	Independiente	Cualitativa Nominal	Expediente clínico	Sí No
sexual infantil	Define el abuso sexual infantil, como cualquier tipo de actividad sexual con un niño que esté destinada a proporcionar una satisfacción sexual a uno de los padres, un cuidador o cualquier otro individuo que tenga alguna responsabilidad sobre el niño. Los abusos sexuales incluyen actividades tales como caricias en los genitales del niño, penetración, incesto, violación, sodomización y exhibicionismo indecente. También se incluye como abuso sexual cualquier explotación del niño, sin necesidad de contacto, por parte de un progenitor o cuidador; por ejemplo, obligando, engañando, atrayendo, amenazando o presionando al niño para que participe en actos de satisfacción sexual a terceros, sin contacto físico directo entre el niño y su agresor.				



Tipo de abuso sexual infantil	Según el título décimo quinto, capítulo uno del código penal federal	Independiente	Cualitativa Nominal	Expediente clínico	Hostigamiento sexual
	Cabe diferenciar diferentes tipos de delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual.				Abuso sexual
	-Hostigamiento sexual: El ejercicio del poder, en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en los ámbitos laboral y/o escolar. Se expresa en conductas verbales, físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad de connotación lasciva.				Estupro
					Violación
					Incesto
	-Abuso sexual: Quien ejecute en una persona, sin su consentimiento, o la obligue a ejecutar para sí o en otra persona, actos sexuales sin el propósito de llegar a la copula; se entiende por acto sexuales: tocamientos, manoseos corporales obscenos o los que representen actos explícitamente sexuales, o se obligue a observar acto sexual o exhibir su cuerpo.				Múltiples
	-Estupro: Al que tenga cópula con persona mayor de 12 años y menor de 18 años, obteniendo su consentimiento por medio de engaño.				



-Violación: Quien por medio de violencia física o moral realice copula con persona de cualquier sexo. Se entiende por copula la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral. También se considera la introducción vía anal o vaginal de cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril.

-Incesto: Cuando en una familia los ascendientes que tengan relaciones sexuales con sus descendientes.

Tipo de agresor

Según Corsi, 1995.
Abuso sexual infantil puede dividirse en intrafamiliar, cuando el abusador es parte de la familia de la víctima y extrafamiliar, cuando el abuso es perpetrado por alguien ajeno a la familia de la víctima, pudiendo ser un conocido o un desconocido.

Independiente

Cualitativa
Nominal

NA

Familiar
Extrafamiliar
Múltiples

Según UNICEF.
Define al tipo de **agresor según el entorno** donde se llevó a cabo el abuso, en 6 tipos.

Hogar
Escuela
Comunidad
Trabajo
Institución
Digital
Múltiples
Otros



Alteraciones de la conducta alimentaria (categórica)	Según Escroto y Camacho, 2008, México. Actitudes, conductas y hábitos relacionados con la alimentación inadecuada y la imagen corporal. Se utilizó un punto de corte ≥ 20 para definir la presencia de ACA, ya que en México ese punto de corte se asocia con un riesgo de desarrollar TCA.	Dependiente	Cualitativa Nominal	ChEAT	Puntaje ≥ 20 en ChEAT: Presente Puntaje ≤ 20 en ChEAT: Ausente
-------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	---------------------	-------	---------------------------------------------------------------------------------

Alteraciones de la conducta alimentaria (numérica)	Según Escroto y Camacho, 2008, México. Actitudes, conductas y hábitos relacionados con la alimentación inadecuada y la imagen corporal. Se utilizó un intervalo de puntos que van desde 0 a máximo 78. Con un punto de corte ≥ 20 para definir la presencia de ACA, ya que en México ese punto de corte se asocia con un riesgo de desarrollar TCA.	Dependiente	Cuantitativa Discreta	ChEAT	0 a 78
-----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	-----------------------	-------	--------



MUESTREO

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia a los pacientes consecutivos de 9 a 15 años, que acudieron al servicio de consulta externa de PAINAVAS del HPIJNN. Entre abril y mayo del 2021, se captó a 50 pacientes con antecedente de ASI, se analizó su elegibilidad para el estudio y se aplicó el Test ChEAT (anexo 1), posterior al consentimiento y asentimiento informado (anexo 2 y 3).

SUJETOS

Se valoró a 50 pacientes de 9 a 15 años, que acudieron al servicio PAINAVAS del HPIJNN, los cuales fueron captados a largo de los meses abril y mayo del 2021, que cumplieron con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- *Inclusión*
 - Pacientes sin distinción de sexo.
 - Pacientes mayores de 9 años y hasta los 15 años 11 meses.
 - Saber leer y escribir.
 - Pacientes que acudan al servicio de PAINAVAS con antecedente de ASI.
 - Pacientes que acepten participar en el estudio mediante el proceso de consentimiento informado por padre/tutor y asentimiento informado.



- *Exclusión*
 - Pacientes con diagnóstico episodio depresivo grave.
 - Pacientes con cuadro de síntomas psicóticos.
 - Pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual
- *Eliminación*
 - Personas que retiren su consentimiento informado (padre/tutor y/o paciente).
 - Pacientes que no completen el instrumento clinimétrico.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio transversal, no experimental, analítico y correlacional.

INSTRUMENTOS

- **Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT)**

El ChEAT se trata de una escala que permite evaluar hábitos y actitudes relacionados con la alimentación y la imagen corporal en niños. Son 26 reactivos, cada ítem se puede responder eligiendo entre 6 opciones de respuesta que van de siempre a nunca (escala Likert) (45). En cada ítem (exceptuando el ítem 25 que es de puntuación inversa) la respuesta que señala mayor sintomatología es siempre (que se puntúa con el valor 3), seguida por casi siempre (que se puntúa con el valor 2), y por muchas veces (que se puntúa con el valor 1). Las tres restantes respuestas (algunas veces, casi nunca y nunca) se califican con el valor 0. El rango de puntuación del ChEAT es de 0 a 78. Establecen que el



puntaje de corte es de 20 puntos, indicando que quienes posean un puntaje igual o superior al señalado podrían estar en riesgo de desarrollo de algún TCA (46).

Fue validado en México por Escoto y Camacho, 2008, con el nombre de Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT), en una muestra de 1241 púberes y adolescentes, de entre 9 y 15 años de edad. Se comprobó la homogeneidad del instrumento, debido a que todos los reactivos correlacionaron positiva y significativamente con la puntuación total; además, tanto la consistencia interna ($\text{Alpha} = 0.82$), como la confiabilidad test-retest ($r = 0.79$) fueron adecuadas. El análisis factorial derivó cinco factores que agruparon 26 reactivos y explicaron 43.74% de la varianza: Motivación para Adelgazar ($\text{Alpha} = 0.74$), Evitación de Alimentos Engordantes ($\text{Alpha} = 0.77$), Preocupación por la Comida ($\text{Alpha} = 0.67$), Conductas Compensatorias ($\text{Alpha} = 0.69$), y Presión Social Percibida ($\text{Alpha} = 0.63$) El ChEAT mostró adecuada confiabilidad test-retest y validez convergente con el Cuestionario de Imagen Corporal (46). El estudio de Escoto y Camacho fundamenta que el ChEAT es un instrumento adecuado para medir actitudes y conductas alimentarias inadecuadas en púberes y adolescentes mexicanos (47).

En el anexo 1 se adjunta el cuestionario ChEAT, en idioma español.



PROCEDIMIENTO

1. Se presentó el protocolo de investigación para su revisión y fue aprobado en el Comité de Ética en Investigación tanto del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" con el número 882, como en el Hospital del Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" con el número II3.02.0221 (anexo 7).
2. En el servicio de PAINAVAS del HPIJNN, se revisó los expedientes antes del inicio de las consultas para identificar a los pacientes mayores de 9 años y menores de 15 años que cumplieron con los criterios de inclusión. Posterior a que el paciente elegible terminó su consulta, se le invitó a participar y mediante el proceso del consentimiento informado firmado por padre/tutor y carta de asentimiento firmado por el paciente. Finalmente, se recolectó las características demográficas y se aplicó el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT). No se realizó interrogatorio mediante entrevista clínica que re-victimice a los pacientes sobre el abuso sexual. Los datos se registraron en una base de datos para posteriormente realizar el análisis correlacional.



CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, la ley general de salud y en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, y a que esta investigación se consideró como investigación de riesgo mínimo, debido a que se utilizó el registro de datos a través de la realización de procedimientos no invasivos como la aplicación de escalas durante entrevistas médicas, este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

- a) Prevalció la seguridad de los beneficiarios considerando que la información se recabó a través de la aplicación de un cuestionario y entrevista que no suponen un riesgo para la integridad física o psicológica del paciente. En ningún momento del estudio se incluyó información personal con la que se pueda identificar a los pacientes del estudio y no se tocó directamente con el paciente y familiar/tutor el tema del abuso sexual.
- b) Se contó con el Consentimiento Informado por parte del representante del paciente (padre/tutor) y una carta de asentimiento informado por escrito del sujeto de investigación, a pesar de que no se tocó el tema del abuso sexual infantil con el paciente o el familiar, pero éste pudo verse afectado psicológicamente al leer el título del estudio en la carta de asentimiento informado, que en caso de que esto hubiera sucedido, se le habría brindado apoyo con contención verbal y manejo al problema presente.
- c) El estudio comprendió la revisión del expediente clínico de donde se recabó la información sensible relacionada al antecedente del abuso sexual infantil; por



lo que no se realizó un interrogatorio mediante entrevista clínica que re-victimizo a los pacientes.

d) El instrumento no conllevó ningún riesgo durante su aplicación y fue realizado por la médico residente de la especialidad en psiquiatría Dra. Karina Azucena Enriquez Leal, quien cuentan con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" quien cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar el bienestar del sujeto de investigación.

e) Los resultados de dicha prueba ayudaron a determinar si el paciente cuenta con síntomas relacionados con alteraciones de la conducta alimentaria. Se anexó al expediente el cuestionario realizado y, en los caso que se encontró un riesgo para presentar un trastorno de la conducta alimentaria, se le informó al médico tratante dicho resultado, quien puede consultarlos para enriquecer el plan terapéutico habitual en el hospital.

f) El estudio se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización: del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", y del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

El riesgo al que los pacientes estuvieron sometidos al estar en este estudio, según el Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, está catalogado como "riesgo mínimo".

"II. 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.”



4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó la descripción de los datos demográficos de los pacientes, así como de las características del abuso sexual y de las ACA mediante la **media** y **desviación estándar** (DE), y la **frecuencia** (n) y **porcentaje** (%) para las variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente. Mediante la prueba de **Shapiro Wilk** se determinó que las puntuaciones del ChEAT seguían una distribución normal, por lo que se reportó en forma de media; la presencia de ACA se reportó de acuerdo a las características demográficas y del ASI.

Se compararon las características demográficas, así como las características del ASI entre los pacientes con presencia y aquellos con ausencia de ACA, mediante la prueba **t de Student** para las variables continuas y con la prueba **chi2** o la prueba exacta de **Fisher**, según corresponda, para las variables categóricas.

Para el análisis de correlación, se llevó a cabo una **correlación de Pearson**, debido a la distribución normal de los puntajes del ChEAT; a su vez, se estimó el coeficiente de **correlación de Cohen** para analizar la correlación entre variables dicotómicas y el coeficiente de **correlación de Cramer** para variables con más de dos categorías. Adicionalmente, se realizó una regresión logística simple para analizar la probabilidad de presentar ACA dado el antecedente de ASI (49). Para su elaboración se utilizó el programa estadístico **STATA SE** (StataCorp) versión 15.1.



5. RESULTADOS

Se incluyeron a 50 pacientes en este estudio, de los cuales el 74.0% (n=37) fueron mujeres y 26.0% (n=13) fueron hombres, con una edad media de 12.98 años (DE \pm 1.86). En la escolaridad, el 32.0% (n=16) cursa actualmente la primaria, la mayoría de la muestra cursa secundaria 62.0% (n=31) y solamente el 6.0% (n=3) cursa el bachillerato. En el estado civil el 100% (n=50) de la muestra son solteros, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Características demográficas de la muestra.

	N = 50	Porcentaje (%)
Sexo		
Mujer	37	74.0%
Hombre	13	26.0%
Edad (años)		
Media	12.98	
DE	\pm 1.86	
Escolaridad		
Primaria	16	32.0%
Secundaria	31	62.0%
Bachillerato	3	6.0%
Estado civil		
Soltero	50	100.0%



Con respecto al tipo de abuso sexual infantil, el 54.0% (n=27) de los pacientes sufrieron abuso sexual, 18.0% (n=9) múltiples tipos de abusos (incluyendo hostigamiento y estupro), 16.0% (n=8) incesto y por último el 12.0% (n=6) de los pacientes sufrieron violación (Tabla 2).

Tabla 2

Tipos de abuso sexual infantil.

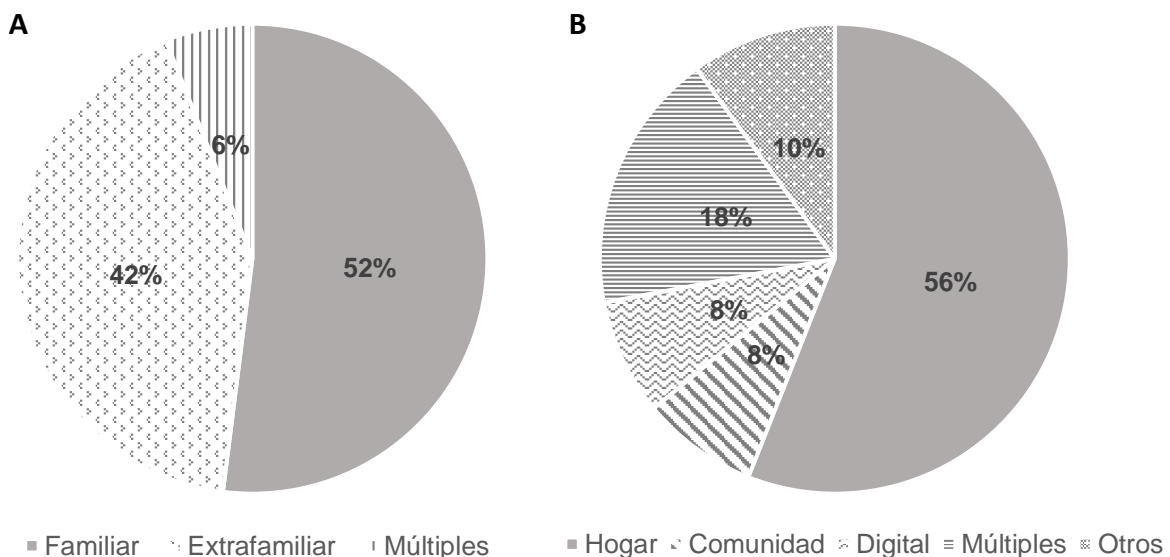
	N = 50	Porcentaje (%)
Tipo de ASI		
Abuso sexual	27	54.0%
Incesto	8	16.0%
Violación	6	12.0%
Múltiples	9	18.0%



Según el tipo de agresor, en el 52.0% (n=26) de los casos, el agresor fue un familiar, el 42.0% (n=21) fue extrafamiliar y el 6.0% (n=3) presentaron múltiples tipos de agresores. El tipo de agresor según el entorno se presentó con mayor frecuencia en el hogar en el 56.0% (n=28) de los pacientes, seguido de múltiples entornos de agresión presentándose en el 18.0% (n=9) de los pacientes, otros entornos presentándose en el 10.0% (n=5) de los pacientes, y quedando a la par el entorno digital y comunidad con 8.0% (n=4) de los pacientes, como se muestra en la Gráfica 1.

Gráfica 1

Tipos de agresor



Panel A. Tipo de agresor (Corsi); **Panel B.** Tipo de agresor según el entorno (UNICEF).



Con respecto al Test ChEAT, la media del puntaje fue de 19.0 puntos (DE 11.01). Con base en el punto de corte de ≥ 20 puntos, la prevalencia del ACA en la muestra de 50 niños y adolescentes de 9 a 15 años con antecedentes de ASI fue del 56.0% (n=28) de los pacientes, por lo que no hubo presencia de ACA (valor < 20 puntos) en el 44.0% (n=22) de los pacientes, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3

Nivel de puntaje de Test ChEAT.

	N = 50	Porcentaje (%)
Puntaje Test ChEAT		
Media	19.0	
DE	± 11.01	
ACA		
Presente	28	56.0%
Ausente	22	44.0%



De acuerdo a la media del puntaje del Test ChEAT y las características demográficas, se obtuvo un mayor puntaje en mujeres 19.92 (DE \pm 10.81) que en hombres con 16.38 (DE \pm 3.21), como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4

Puntaje del Test ChEAT de acuerdo a las características demográficas de la muestra.

Puntaje Test ChEAT		
	Media	DE
Edad		
9 años	12.00	\pm 6.98
10 años	26.00	\pm 0.00
11 años	23.33	\pm 12.67
12 años	17.62	\pm 12.83
13 años	18.00	\pm 14.01
14 años	20.00	\pm 11.35
15 años	19.00	\pm 9.34
Sexo		
Mujer	19.92	\pm 10.81
Hombre	16.38	\pm 3.21
Escolaridad		
Primaria	18.44	\pm 10.33
Secundaria	19.03	\pm 11.98
Bachillerato	21.67	\pm 2.08

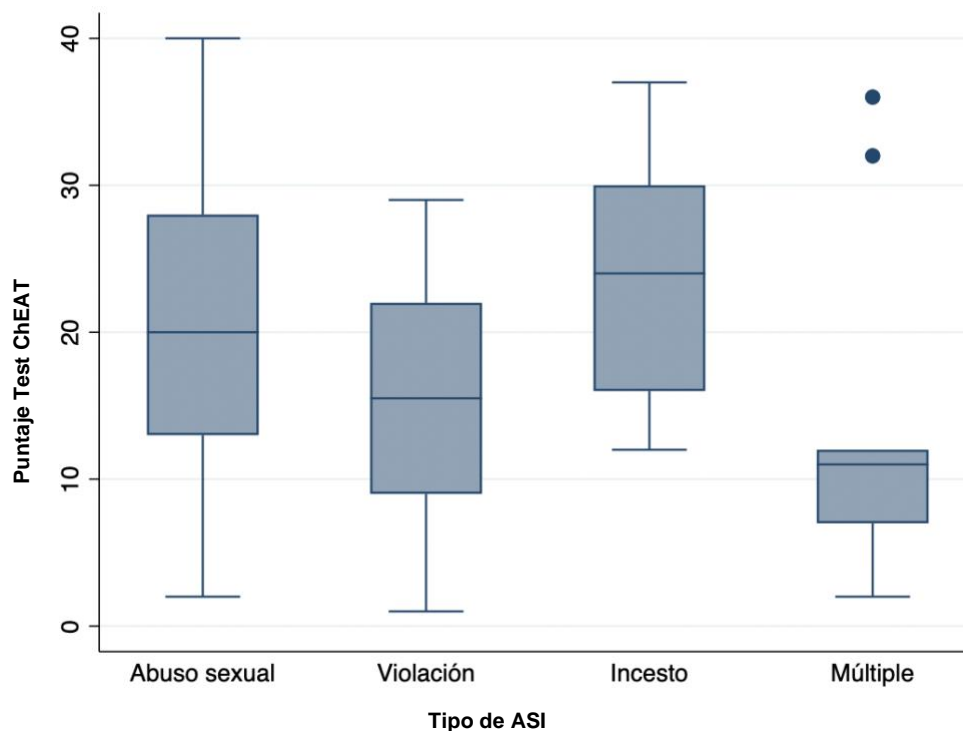


Según el grado de escolaridad, en el bachillerato se obtuvo una media de 21.67 (DE \pm 2.08), secundaria 19.03 (DE \pm 11.98) y primaria la media más baja (18.44 \pm 10.33). También se observa que el grupo de edad con el mayor puntaje fue el de los 10 años (n=1; media 26.0 \pm 0.0), seguido del de 11 años (media 23.33 \pm 12.67) y el de 14 años (20.00 \pm 11.35), (Tabla 4).

La media de puntaje del Test ChEAT de acuerdo al tipo de ASI fue de 23.62 puntos (DE \pm 9.07) en incesto, 20.11 (DE \pm 11.04) en abuso sexual, 15.33 (DE \pm 10.59) en violación y 14.00 (DE \pm 11.85) en múltiples (Gráfico 2).

Gráfico 2

Puntaje del Test ChEAT de acuerdo a las características del tipo de abuso sexual infantil.

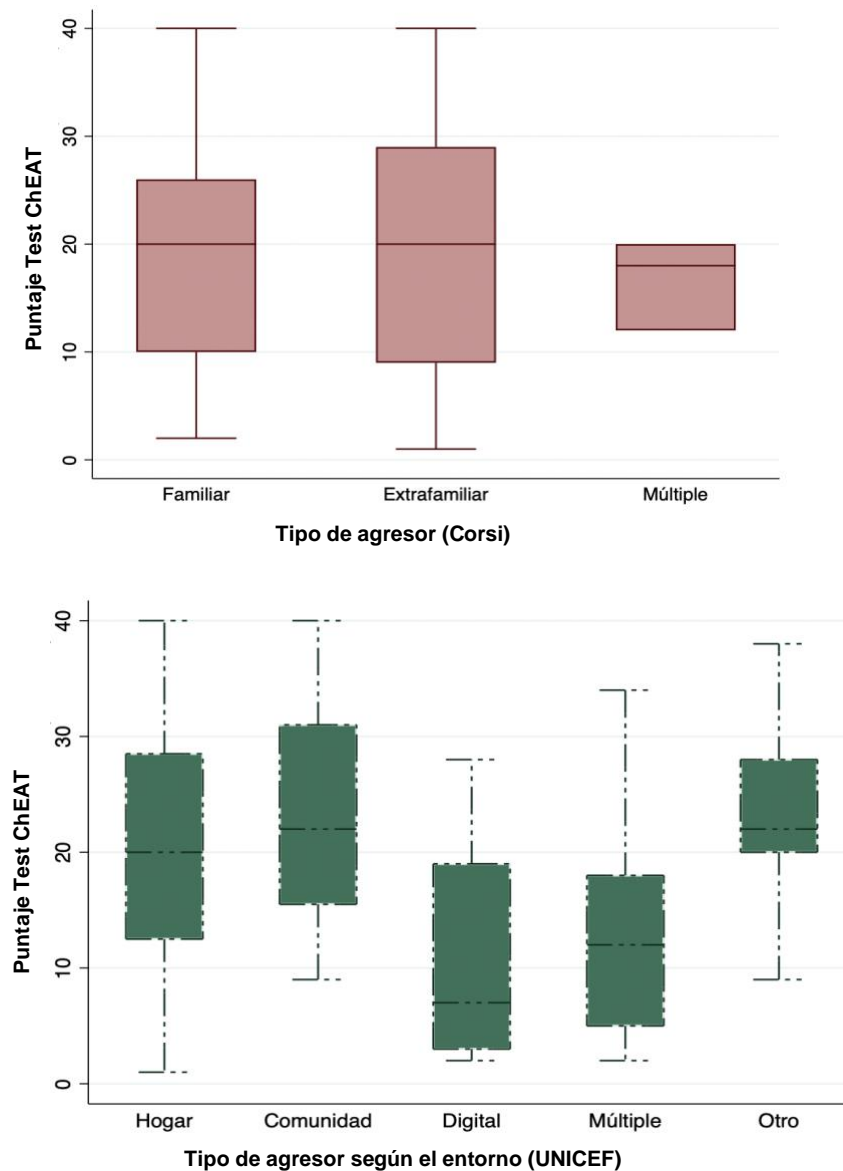




La media de puntaje del Test ChEAT de acuerdo al tipo de agresor se presentó en extrafamiliar con 19.57 puntos (DE \pm 11.59), familiar con 18.81 (DE \pm 11.29) y múltiples con 16.67 (DE \pm 4.16). El tipo de agresor según el entorno, se presentó con una media de puntaje con 23.40 (DE \pm 10.67) en otros entornos, 23.25 (DE \pm 12.74) comunidad, 20.71 (DE \pm 10.43) hogar, 12.89 (DE \pm 9.99) múltiples entornos y 11.00 (DE \pm 11.83) en el entorno digital (Gráfico 3).

Gráfica 3

Puntaje del Test ChEAT de acuerdo a las características del tipo agresor.





El puntaje promedio en el Test ChEAT en los pacientes con presencia de ACA (valor ≥ 20 puntos) fue de 27.14 (DE ± 6.79) en comparación con una media de 8.63 (DE ± 4.74) en aquellos con ausencia de ACA (valor $p < 0.001$). Con respecto a las características demográficas no hubo diferencias significativas entre los grupos con ausencia y presencia de ACA. La media de edad en los pacientes con presencia de ACA fue de 13.11 años (DE ± 0.33) en comparación con los que se encuentra ausente las ACA que fue de 12.83 (DE ± 0.43). El sexo más predominante entre aquellos con presencia de ACA fue el femenino 78.6% (n=22), y la escolaridad más frecuente fue secundaria tanto en presencia o ausencia de ACA con 60.7% (n=17) y 63.6% (n=14), respectivamente (Tabla 5).

Tabla 5

Características demográficas de la muestra respecto a presencia o ausencia de ACA.

	Presencia ACA (n=28)		Ausencia ACA (n=22)		Valor p
	Media	DE	Media	DE	
Edad (años)	13.11	± 0.33	12.82	± 0.43	0.590 [†]
Sexo	n	%	n	%	
Mujer	22	78.6%	15	68.2%	0.406 [‡]
Hombre	6	21.4%	7	31.8%	
Escolaridad					
Primaria	8	28.6%	8	36.4%	0.271 [‡]
Secundaria	17	60.7%	14	63.6%	
Bachillerato	3	10.7%	0	0.0%	

Notas: [†]prueba t de Student; [‡]prueba χ^2 .



Según el tipo de abuso sexual infantil la presencia de ACA se encontró en mayor porcentaje el abuso sexual con 60.7% (n=17), en comparación con el 40.5% (n=10) del abuso sexual en los pacientes con ausencia de ACA, con valor de p de <0.112 . La muestra con presencia de ACA, presentó en segundo lugar incesto con 21.4% (n=6), seguido de violación con 10.7% (n=3) y por último múltiples tipos de ASI con 7.2% (n=2). En comparación con la muestra de ausencia de ACA, que presento en segundo lugar múltiples tipos de abusos con el 31.8% (n=7), seguido de violación en 13.6% (n=3) y por último incesto con el 9.1% (n=2).

El tipo de agresor que se presentó en mayor porcentaje en la presencia de ACA fue el familiar con 53.6% (n=15) contra 50.0% (n=11) de la ausencia de ACA, ambos con valor de p de <0.812 .

Con respecto al tipo de agresor según el entorno del abuso sexual infantil, el que se presentó con mayor porcentaje en presencia de ACA fue el hogar con 64.3% (n=18) en comparación con la muestra que presentó ausencia de ACA que fue del 45.5% (n=10), con valor de p de <0.078 (Tabla 6).



Tabla 6

Características del abuso sexual infantil respecto a presencia o ausencia de ACA.

	Presencia ACA (n=28)		Ausencia ACA (n=22)		Valor p
	n	%	n	%	
Tipo de ASI					
Abuso sexual	17	60.7%	10	40.5%	0.112*
Incesto	6	21.4%	2	9.1%	
Violación	3	10.7%	3	13.6%	
Múltiples	2	7.2%	7	31.8%	
Tipo de agresor					
Familiar	15	53.6%	11	50.0%	0.812*
Extrafamiliar	12	42.9%	9	40.9%	
Múltiples	1	3.5%	2	9.1%	
Tipo de agresor según el entorno					
Hogar	18	64.3%	10	45.5%	0.078*
Comunidad	3	10.7%	1	4.6%	
Digital	1	3.6%	3	13.6%	
Múltiples	2	7.1%	7	31.8%	
Otros	4	14.3%	1	4.5%	

Notas: *prueba exacta de Fisher.



Con respecto a la correlación entre ACA y las variables relacionadas al ASI, se observó que tanto el tipo de ASI como el tipo de agresor según el entorno se correlacionaron de manera muy fuerte con la presencia de ACA. De igual forma, el sexo y el tipo de agresor mostraron una correlación moderada con la presencia del ACA, aunque no de manera significativa, como se observa en la Tabla 7.

Tabla 7

Coefficiente de correlación de Cohen/Cramer entre las ACA y las variables relacionadas al ASI.

	ACA	Valor p
Sexo	0.1176	0.406
Tipo de ASI	0.3452	0.114
Tipo de agresor	0.1155	0.716
Tipo de agresor según el entorno	0.4065	0.082



Se observó una correlación débil entre un mayor puntaje en el Test ChEAT y el abuso sexual, el sexo mujer, y cuando el abuso ocurrió en el hogar o la comunidad. Ninguna de estas correlaciones fue estadísticamente significativa (Tabla 8).

Tabla 8

Coefficiente de correlación de Pearson entre el puntaje de ChEAT y las variables relacionadas al ASI.

	Puntaje ChEAT	Valor p
Sexo	- 0.1422	0.324
Tipo de ASI	- 0.222	0.121
Tipo de agresor	- 0.006	0.997
Tipo de agresor según el entorno	- 0.1524	0.291

Finalmente, analizamos la relación entre el antecedente de ASI y las ACA mediante un análisis de regresión logística simple. Se encontró que la probabilidad de presentar ACA fue del 27% entre los pacientes con antecedente de ASI, aunque no se observaron diferencias significativas en comparación con no presentar ACA (razón de momios 1.27, IC 95% 0.73-2.22).



6. DISCUSIÓN

La información obtenida en el presente estudio, permite responder el objetivo principal del presente trabajo, el cual plantea que el antecedente de ASI se relaciona con la presencia de alteraciones de la conducta alimentaria en niños y adolescentes de 9 a 15 años de edad. Para este fin, se aplicó el Test de actitudes alimentarias (ChEAT), así como la determinación de variables demográficas, como sexo, edad, escolaridad y estado civil.

Para la realización del estudio se obtuvo una muestra de 50 pacientes que presentaron el antecedente de ASI obtenidos de expediente clínico, de los cuales el mayor porcentaje fueron mujeres con el 74.0% (n=37), relacionándose con la estadística de la literatura, la UNICEF menciona que el 75% de los infantes que sufren abuso son mujeres (50); en un estudio de prevalencias de 21 países, que es más frecuente en mujeres que hombres el antecedente de ASI porcentajes de prevalencia que varían entre el 7 y el 36% en mujeres y entre el 3 y 29% en hombres a nivel internacional (26); de igual manera la OMS menciona que es más frecuente en mujeres, presentándose en 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres (22); y en México, la ENVIPE menciona una relación mujer-hombre de 9:1. Si bien, la edad media de la muestra que sufrió ASI fue de 12.98 años (DE \pm 1.86), la UNICEF, menciona que hay dos franjas etarias de mayor riesgo para el ASI que es entre los 6 y 7 años y entre los 10 y 12 años (51), que se relaciona con la media de la muestra. En otra literatura, se menciona que la edad promedio al momento de la victimización es de unos diez años (3), cabe recalcar que no se tomó en cuenta para el presente estudio la edad del momento de la victimización, ni cuánto tiempo previo a la captura se había sufrido el abuso.



En la escolaridad, el mayor porcentaje de ASI se presentó en secundaria con 62.0% (n=31), seguido de educación primaria 32% (n=16) y posteriormente el 6.0% (n=3) el bachillerato, lo que se puede relacionar con los estudios previos de la edad comentados de UNICEF, en donde las prevalencias más altas son en edades de 10 a 12 años, donde a partir de los 11 años se cursa con nivel educativo de secundaria y de 6 a 7 años que se cursaría en nivel educativo primaria (51), siendo estos los dos grados de escolaridad más prevalentes en la muestra del este estudio. Con respecto al estado civil, el 100% (n=50) de la muestra son solteros, que se asimila al porcentaje de un estudio en México de ASI en 2020, donde la mayoría de la muestra están solteros con un 87.6% (52).

Con respecto al tipo de abuso sexual infantil, el 54.0% (n=27) de los pacientes sufrieron abuso sexual, 18.0% (n=9) múltiples tipos de abusos (incluyendo hostigamiento y estupro), 16.0% (n=8) incesto y por último el 12.0% (n=6) de los pacientes sufrieron violación. La literatura muestra que en 2016, la ENDIREH calculó que el 5.1% de las mujeres menores de 15 años sufrieron violación; estudios previos sobre denuncias en agencias especializadas de delitos sexuales en México reportaron violación en el 47% de los niños y adolescentes, 27% abuso sexual y 2.5% estupro (53), si bien esto se relaciona pobremente por los porcentajes que se presentaron en la muestra de estudio; otro de los estudios de delitos sexuales denunciados en México, reporta 58% de violación y 14% de casos de incesto, que este porcentaje se asemeja al encontrado en la muestra del estudio con 16.0%(53).



El 52.0% (n=26) de los casos de la muestra el agresor fue un familiar, el 42.0% (n=21) fue extrafamiliar y el 6.0% (n=3) presentaron múltiples tipos de agresores. La UNICEF reporta que el 50.4% de los agresores de ASI son familiares de los niños y niñas (50), lo que se relaciona de igual manera con los datos de la muestra donde el mayor porcentaje del tipo de agresor es familiar; sin, embargo en un estudio en México de ASI en 2020, reporta 46.1% de los abusos el agresor pertenece al ámbito familiar, 1.4% no respondió y el 52.5% al ámbito extrafamiliar (52), siendo en este estudio el mayor porcentaje el extrafamiliar.

El tipo de agresor según el entorno se presentó con mayor frecuencia en el hogar en el 56.0% (n=28), seguido de múltiples entornos de agresión con en el 18.0% (n=9) de los pacientes, otros entornos presentándose en el 10.0% (n=5), quedando a la par el entorno digital y comunidad con 8.0% (n=4), encontrándose diferencias con la literatura ya que la UNICEF, en 2019, reporta aproximadamente 32.8% que han sufrido alguna forma de violencia sexual en el ámbito comunitario y 12.8% en el ámbito escolar (27).

Con respecto al Test ChEAT, el punto de corte de ≥ 20 puntos, la prevalencia del ACA en la muestra de 50 niños y adolescentes de 9 a 15 años con antecedentes de ASI fue del 56.0% (n=28), por lo que no hubo presencia de ACA (valor < 20 puntos) en el 44.0% (n=22) de los pacientes, es decir, presentándose en mayor prevalencia las ACA en los pacientes que sufren abuso sexual. Si bien, en la década de los ochenta los clínicos e investigadores comenzaron a considerar la posibilidad de que el ASI pudiera cumplir una función de factor de riesgo de



trastorno de la conducta alimentaria (39); en el 2002, Johnson et al, encontraron que el ASI era un factor de riesgo de trastorno alimentario (8).

Oppenheimer, Howells, Palmer y Chaloner, en 1985, publicaron el primer estudio a mayor escala de 78 pacientes ambulatorios con trastornos alimentarios, en pacientes con abuso sexual de 13 a 16 años, un total de 50 pacientes de 78 informaron tener antecedente de ASI, sin embargo no encontraron relación entre un historial de abuso y el tipo de trastorno de alimentación diagnosticado (7).

El puntaje promedio en el Test ChEAT en los pacientes con presencia de ACA (valor ≥ 20 puntos) fue de 27.14 (DE ± 6.79) en comparación con una media de 8.63 (DE ± 4.74) en aquellos con ausencia de ACA (valor $p < 0.001$). Con respecto a las características demográficas no hubo diferencias significativas entre los grupos con ausencia y presencia de ACA. La media de edad en los pacientes con presencia de ACA fue de 13.11 años (DE ± 0.33), lo que se relaciona con la literatura en que los trastornos alimenticios se inician o aparecen principalmente en adolescentes y púberes. Las edades de aparición o de inicio del trastorno van desde los 12 y la frecuencia aumenta entre los 12 y los 17 años (28).

El sexo más predominante entre aquellos con presencia de ACA fue en mujeres en 78.6% (n=22), y la escolaridad más frecuente fue secundaria con 60.7% (n=17), lo que se correlaciona con la edad media de los pacientes que presentaron ACA de la muestra. Algunos estudios informaron que ASI eran casi 2 veces más común en mujeres con anorexia o bulimia nerviosa (8), lo que se relaciona con la muestra donde las mujeres fue el sexo con mayor prevalencia. En 2002, la realización del primer metaanálisis concluyó que en las mujeres, el



ASI se asocia a un aumento de la sintomatología alimentaria pero que no se puede hablar de especificidad (39).

Según el tipo de abuso sexual infantil la presencia de ACA se encontró en mayor porcentaje el abuso sexual con 60.7% (n=17), con valor de p de <0.112 . La muestra con presencia de ACA, presento en segundo lugar incesto con 21.4% (n=6), seguido de violación con 10.7% (n=3) y por último múltiples tipos de ASI con 7.2% (n=2), si bien hasta el momento no hay un estudio sobre los tipos de abuso sexual en población mexicana relacionado con la presencia de alteraciones de la conducta alimentaria o conducta alimentaria de riesgo.

El tipo de agresor que se presento en mayor porcentaje en la presencia de ACA fue el familiar con 53.6% (n=15) con valor de p de <0.812 , asociado con lo encontrado en 2002, por Murray y Waller, encontrando que las experiencias ocurridas en el ámbito familiar están relacionadas con las conductas purgativas, al estar mediadas por sentimientos de vergüenza producto de la exposición crónica a estos sucesos (54). Unikel, et al, en México, compara porcentajes de ASI en mujeres con un diagnóstico de TCA contra mujeres con conductas alimentarias de riesgo y mujeres sin dichas conductas ($p \leq 0.05$), en este estudio, se refiere que en la mayor parte de los casos el agresor fue algún familiar (55). En otro estudio en México por Unikel, Ramos y Juárez en 2011, en donde se analizó la asociación entre ASI y conducta alimentaria de riesgo, se encontró que el tipo de agresor familiar se presentó en el 63.1% de la muestra, lo que se relaciona con los resultados del presente estudio (56)

Con respecto a la correlación entre ACA y las variables relacionadas al ASI, obtenidas con *Coefficiente de correlación de Cohen/Cramer*, se observó que



tanto el tipo de ASI 0.3452 ($p=0.114$) como el tipo de agresor según el entorno 0.4065 ($p=0.082$), se correlacionaron de manera muy fuerte con la presencia de ACA. De igual forma, el sexo 0.1176 ($p=0.406$) y el tipo de agresor 0.1155 ($p=0.716$) mostraron una correlación moderada con la presencia del ACA, aunque no de manera significativa. En un estudio en México por Unikel, Ramos y Juárez en 2011, en donde se analizó la asociación entre ASI y conducta alimentaria de riesgo, se encontró que las conductas de riesgo alimentario no fue un predictor relacionado con el tipo de agresor (razón de momios 0.963 [IC 95% 0.304-3.056]) (56).

Finalmente, analizamos la relación entre el antecedente de ASI y las ACA mediante un análisis de regresión logística simple. Se encontró que la probabilidad de presentar ACA fue del 27% entre los pacientes con antecedente de ASI, aunque no se observaron diferencias significativas en comparación con no presentar ACA (razón de momios 1.27, IC 95% 0.73-2.22). En un estudio en México por Unikel, Ramos y Juárez en 2011, en donde se analizó la asociación entre ASI y conducta alimentaria de riesgo, se encontró que las adolescentes que reportaron ASI presentaron conducta alimentaria de riesgo en mayor proporción 28%, al compararlas con las adolescentes que no tuvieron la experiencia de ASI 14.4% ($p \leq 0.05$), si bien nuestro estudio no se comparó con un grupo control que no sufrió ASI, en el estudio de Unhikel, se relaciona el con el porcentaje citado de presentar conductas alimentarias de riesgo que se consideran como alteraciones de la conducta alimentaria, por lo que podemos observar que en ambos estudios hay una probabilidad mayor de que se presenten las ACA cuando se tiene el antecedente de ASI (56). Sin embargo, en un estudio longitudinal de cohortes realizado en población general de



adolescentes, por Sanci, et al, encontraron que el ASI era un factor de riesgo para desarrollar conductas de riesgo alimentario, en particular síndromes de tipo bulímico considerando la morbilidad psiquiátrica y prácticas de restricción alimentaria (57). Estos hallazgos abren interrogantes que requieren la realización de investigaciones más específicas.

Entre las principales limitaciones del estudio encontramos el número de muestra analizada, siendo pequeña debido al grupo de edad seleccionado. En relación a esto, se observó que los niños más pequeños presentaron dificultad para contestar el Test; de igual manera, se observó que los pacientes que realizaban el Test en ausencia del tutor o padre presentaban mayor confianza y seguridad en sus respuestas, considerando este punto, que en futuras investigaciones se debe orientar y explicar con mayor detalle la aplicación del instrumento. Otra limitación del estudio fue la naturaleza de los datos, ya que se obtuvieron directamente del expediente clínico y, por razones éticas, no fue posible indagar a profundidad sobre los temas relacionados al abuso sexual. No obstante, los datos recabados en esta muestra de pacientes permitieron conocer la frecuencia de ACA en pacientes del servicio PAINAVAS del HPIJNN y abre el camino seguir investigando esta relación en un mayor número de pacientes y con diseños de estudio más robustos.



7. CONCLUSIÓN

El ASI es un problema de alta prevalencia en los últimos años que representa un alto impacto en la vida diaria de los pacientes que lo sufren, además, porque requiere de un manejo multidisciplinario en donde se pueda atender todas las esferas clínicas que puedan verse afectadas. En este caso, se hizo énfasis en las alteraciones de la conducta alimentaria que podría generar un riesgo para el desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria, si bien la muestra analizada de este estudio es pequeña para encontrar una correlación entre las variables y la relación entre el antecedente de ASI y las ACA, resulta claro que sí hay una mayor probabilidad de desarrollar alguna alteración en la alimentación de pacientes niños y adolescentes que han sufrido algún tipo de abuso sexual. Lo anterior resalta la necesidad de profundizar en este campo de estudio y de incorporar evaluaciones realizadas a niños y adolescentes con abuso sexual con las consecuencias hacia su salud mental que podrían interferir el desarrollo acorde para su edad, así como brindar atención necesaria y oportuna ante la identificación de estas situaciones, ya que observamos que es una población vulnerable y con riesgo.



8. CRONOGRAMA

META	Octubre 2020	Noviembre 2020	Diciembre 2020	Enero 2021	Febrero 2021	Marzo 2021	Abril 2021	Mayo 2021	Junio 2021
Revisión de la literatura	X	X							
Desarrollo del protocolo de investigación			X	X	X	X	X		
Aprobación del protocolo por el comité de bioética				X	X	X	X		
Captación de pacientes							X	X	
Aplicación de escala clinimétrica							X	X	
Análisis y discusión de resultados								X	
Presentación de la conclusiones mediante redacción de trabajo									X
Preparación de la publicación									X



9. REFERENCIAS

1. Crisp AH. The psychopathology of anorexia nervosa: getting the "heat" out of the system. *Res.Publ.Assoc.Res.Nerv.Ment.Dis.* 1984; 62:209-234.
2. Jacobi C. Psychosocial risk factors for eating disorders. En: Wonderlich S, Mitchell J, Zwaan M, & Steiger H, editor. *Eating Disorders Review*. 2005; Part I.
3. Toro J. Riesgo y causas de la Anorexia Nerviosa. Barcelona: Ariel. 2005.
4. Gold ER. Long-term effects of sexual victimization in childhood: an attributional approach. *J.Consult Clin.Psychol.* 1986; 54(4):471-475.
5. Briere J, Runtz M. The long-term effects of sexual abuse: a review and synthesis. *New Dir.Ment.Health Serv.* 1991; 3-13.
6. Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry.* 2003; 42(3):269-278
7. Connors ME, Morse W. Sexual abuse and eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders.* 1993; 13(1):1-11.
8. Sanci L, Coffey C, Olsson C, Ried S, Carlin JB, Patton G. Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the victorian adolescent health cohort study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008; 162(3):261-267.
9. Perry B, Pollard R, Blakely T, Baker W, Vigilante D. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and use-dependent development of the brain: How states become traits. *Infant Mental Health Journal.* 1995; 16(4):271-291



10. Kearney CA, Striegel MR. Treatment of childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a feminist psychodynamic approach. *International Journal of Eating Disorders*. 2010; 15(4):305-319.
11. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol. Bull.* 1991; 110:86-108.
12. Waller G. Sexual abuse as a factor in eating disorders. *British journal of psychiatry*. 1991; 159:664-671.
13. Losada AV, Saboya D. Abuso sexual infantil, trastorno de la conducta alimentaria y su tratamiento. *Psicología, conocimiento y sociedad*. 2013; 3(2):102-134.
14. Mambrú TV. El trauma sexual y su relación con los trastornos alimentarios. En: Panzitta MT, editor. *Trastornos de la conducta alimentaria: bulimias, anorexias, aspectos teóricos clínicos*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L; 2009.
15. Quinn M. Cuando comer es una obsesión: diagnóstico y tratamiento del Binge Eating Disorder o trastorno por atracón. En: Panzitta MT, editor. *Trastornos de la conducta alimentaria: bulimias, anorexias, aspectos teóricos clínicos*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L; 2009.
16. Rozenblat V, Ong D, et al. A systematic review and secondary data analysis of the interactions between the serotonin transporter 5-HTTLPR polymorphism and environmental and psychological factors in eating disorders. *J Psychiatr Res*. 2017; 84:62-67
17. BJÖRNTORP P. Visceral fat accumulation: the missing link between psychosocial factors and cardiovascular disease? *Journal of Internal Medicine*. 1991; 230(3): 195–201



18. Midei AJ, Matthews KA, Bromberger JT. Childhood abuse is associated with adiposity in midlife women: possible pathways through trait anger and reproductive hormones. *Psychosom Med.* 2010; 72(2): 215–223.
19. Opydo-Szymaczek J, Jarzabek-Bielecka G, Kędzia W, Borysewicz-Lewicka M. Child sexual abuse as an etiological factor of overweight and eating disorders considerations for primary health care providers. *Ginekologia Polska* 2018; 89, 1: 48–5
20. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5ª edición. España; Editorial Médica Panamericana; 2014.
21. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10. 10ª edición. España; Editorial Médica Panamericana; 2000.
22. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil [Internet]. 8 de junio 2020. [consultado 18 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
23. Código Penal Federal. Delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual: Hostigamiento sexual, abuso sexual, estupor y violación. 1931; 15(1):1-227
24. Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Barcelona: Ariel; 2000.
25. Corsi J. Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Barcelona: Paidós; 1995.
26. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect.* 1994; 8(5):409-417.



27. Álvarez GM, Castillo KJ. Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México. UNICEF para cada niño. 1ª ed. México; 2019.
28. Weissberg K, Quesnel GL. Guía de trastornos alimenticios. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 1ª ed. México; 2004.
29. Moreno GMA, Rosa OVG. Trastornos alimentarios y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. Ter Psicol. 2009; 27(2):181-190.
30. Salazar MZ. The Eating Attitude Test in Costa Rica: first evidence of its validity and reliability. Actividades de Psicología. 2012; 26:51-71.
31. Kimber M, McTavish JR, Couturier J. Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate partner violence for eating disorders: a systematic critical review. BMC Psychol. 2017;5:33
32. González ML, Caballero A, Cruz C, Unikel C. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Salud Mental. 2003; 26(3):1-8.
33. Guadarrama GR; Mendoza M, Sheila A. Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. Enseñanza e investigación en psicología, Mexico. 2011; 16:125-136.
34. Rivas T, Bersabé R, Castro S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga, España. Salud Mental. 2001; 24(2):25-31.
35. Vázquez R, Mancilla JM, Mateo C, López X, Álvarez G, Ruiz A. Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo de una muestra



- incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. 2005; 22(1):53-63.
36. Camarillo ON, Cabada RE, Gómez MJ, Munguía AE. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Rev Esp Méd Quir*. 2013; 18:51-55.
37. Montero P, Morales EM, Carbajal A. Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropología*. 2004; 8:107-116.
38. Rosen JC, Ramírez E. A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder o body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Res*. 1998; 44(3-4):441-449.
39. Smolak L, Murnen SK. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int.J.Eat.Disord*. 2002; 31:136-150.
40. Wonderlich SA, Brewerton TD, Jolic Z, Dansky BS, Abbott DW. Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*. 1997; 36:1107-1115
41. Austin LJ, Smith JE. Thin Ideal Internalization in Mexican Girls: A Test of the Sociocultural Model of Eating Disorders. *Int J Eat Disord*. 2008; 41:448–457.
42. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1979; 9(22): 273-279.



43. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 1982; 12:871-878
44. Maloney M, Bell J, Daniels S. Reliability testing of a children's version of the Eating Attitudes Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*. 1988; 5: 541-543
45. Franco PK, Díaz RF, Santoyo TF. Conductas y actitudes alimentarias anómalas y calidad de vida relacionadas con la salud de niños. *Rev.psicol.Santiago*. 2017; 26(2)
46. Escoto MC, Camacho EJ. Propiedades psicométricas del Test Infantil de Actitudes Alimentarias en una muestra mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*. 2008; 25(1):99-106
47. Franco PK, Álvarez RGL, Ramírez RRE. Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2011; (2):148-164.
48. Elizathe LS, Murawski B, Guido AF, Rutzstein G. Propiedades psicométricas del Children's Eating Attitudes Test (ChEAT): una escala de identificación de riesgo de trastornos alimentarios en niños. *Evaluar*. 2012; 11:18-39.
49. Akoglu, Haldun. User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2018. 18. 10.1016/j.tjem.2018.08.001.
50. Rivera Rei T. Abuso sexual infantil. *Medwave* [Internet]. 2005 [cited 2021 Jun 12];5(6). Available from: <https://inesspa.com/blog/abuso-sexual-infantil/>



51. Baita S, Moreno P. Abuso sexual infantil, Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Primera edición. Montevideo, Uruguay: Mastergraf; 2015.
52. Unikel SC, Ramos LL, Juárez GF. Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes. Rev Invest Clin 2011; 63 (5): 475-483.
53. Ramos LL, Saldívar HG, Medina MM. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. Salud pública de México. 1998; 40 (3): 2021-2023.
54. Murray C, Waller G. Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among non clinical women: the mediating role of shame. Int J Eat Disord 2002; 32: 186-91.
55. Unikel C. Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. [Tesis]. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México; 2003.
56. Unhikel SC, Ramos LL, Juárez GF. Asociación entre abuso sexual infantil y conducta alimentaria de riesgo en una muestra de adolescentes mexicanas. Revista de Investigación Clínica. 2011. 63 (5): 475-483
57. Sancí L, Coffey C, Olsson C, Reid S, Carlin JB, Patton G. Childhood sexual abuse and eating disorders in females. Arch Pediatr Med 2008; 162: 261-7.



10. ANEXOS

ANEXO 1: TEST INFANTIL DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (ChEAT)

Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. Me asusta pensar mucho						
2. Procuro no comer aunque tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida						
4. A veces me he "atracado" de comida sintiendo que era incapaz de dejar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Tengo en cuenta las calorías de los alimentos que como						
7. Evito comer alimentos con muchos carbohidratos						
8. Los demás preferirían que yo comiese más						
9. Vomito después de comer						
10. Me siento culpable después de comer						
11. Deseo estar más delgado (a)						
12. Pienso en quemar calorías, cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Tardo en comer más que las otras personas						
16. Procuro no comer alimentos con azúcar						
17. Como alimentos dietéticos						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Siento que los demás me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida						
22. Me siento incómodo (a) después de comer dulces						
23. Me he puesto a dieta						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Me gusta probar comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de comer						



ANEXO 2: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", Ciudad de México a abril-mayo del 2021.

Protocolo: **CORRELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL Y LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. ESTUDIO TRANSVERSAL EN EL SERVICIO DE PAINAVAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO".**

Registrado ante el Comité de Investigación con número: _____

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación con número: _____

Nombre del investigador principal: Dra. Karina Azucena Enriquez Leal

Dirección del sitio de investigación: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" San Buenaventura #86, Col. Belisario Domínguez, C.P. 14080, Del. Tlalpan. Teléfono conmutador: 55-55-73-48-66, 55-55-73-24-86 ext. 124

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 CAPÍTULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: _____, padre/tutor del menor _____, declaro que se le propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de alteraciones de la conducta alimentaria.

II. Se me ha informado que se le realizará una entrevista y un cuestionario autoaplicado.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en la salud del menor.

IV. Se me comentó que la única responsabilidad del menor, es proporcionar información acerca de su salud durante el estudio.

V. La prueba ayudará a determinar si existen síntomas relacionados con alteraciones de la conducta alimentaria y los resultados se utilizarán con fines estadísticos. Se anexará los resultados al expediente clínico y, en caso de



encontrar un riesgo para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria, se le informará al médico tratante dicho resultado, quien podrá consultarlos para enriquecer el plan terapéutico habitual en el hospital.

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

VII. Se me aclaró que el menor puede abandonar el estudio en cuanto lo decida. No renuncio a ninguno de los derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Se me informó que ni el menor ni mi persona recibiremos ninguna remuneración, pago o beneficio por la participación en el estudio más que la aportación a la investigación y los resultados de la prueba que se aplicará.

IX. Autorizo la publicación de los resultados del estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará el nombre o revelará la identidad del menor. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a la participación en el proyecto, acepto que mi hijo/hija/tutorado participar de manera voluntaria en el estudio titulado: **Correlación entre el antecedente de abuso sexual y las alteraciones de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. Estudio transversal en el servicio de PAINAVAS del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"**.

En caso de tener alguna duda o que desee que no se ocupe su información puede comunicarse con la investigadora Dra. Karina Azucena Enrique Leal al teléfono 6622812520.

Dra. Karina A. Enriquez Leal

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Fecha: _____.



ANEXO 3: CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación.

CORRELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL Y LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. ESTUDIO TRANSVERSAL EN EL SERVICIO DE PAINAVAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO".

He sido valorado/a en esta institución por el médico especialista del servicio de PAINAVAS y me dieron como diagnóstico algún tipo de problema de salud mental, que requiere atención en esta institución. Por eso he sido invitado/a a participar voluntariamente en un estudio de investigación para evaluar factores personales, familiares y sociales.

Resolveré un cuestionario, instrumento que mide la intensidad de problemas relacionados con alteraciones de la conducta alimentaria. El instrumento que está en el cuestionario y en la entrevista se llama: Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT).

Este cuestionario y la entrevista del estudio, no tienen costo para nosotros y serán aplicados en los tiempos que asistimos al hospital en forma habitual.

Beneficios del estudio

El beneficio es que recibiré una valoración adicional, que apoyará mi tratamiento en el hospital. Los resultados de la valoración (el cuestionario realizado) se agregará al expediente clínico y se informará al médico tratante dicho resultado, quien podrá consultarlos para enriquecer el plan terapéutico habitual en el hospital. En sí, brindar mayor información para un trato más completo e integral.

Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio

Si tengo cualquier pregunta acerca de este estudio me puedo poner en contacto con la Dra. Karina Azucena Enriquez Leal, quien es la investigadora responsable y la podemos localizar en el teléfono 6622812520.

Derecho a retirarme del estudio

Soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte la atención médica que recibo en el hospital. Si deseo retirarme del estudio solo debo notificarlo a la Dra. Karina Azucena Enriquez Leal.

Confidencialidad

En este estudio se compromete a que la información de los cuestionarios y las entrevistas se mantendrá confidencial. Los resultados de las valoraciones pueden publicarse para fines científicos, siempre y cuando no se mencione mi identidad, además la información puede ser mantenida y procesada en una computadora.



Firmas del Asentimiento Informado

Se me ha explicado y he leído la información anterior, a mi y a mi padre/madre o tutor se nos ha ofrecido amplia oportunidad de formular preguntas y las respuestas recibidas son satisfactorias. Acepto participar en este estudio, y entiendo que esta participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que desee, sin que tenga algún perjuicio por eso.

Firmo este documento para establecer mi participación voluntaria en el estudio, y también aparece la firma de mi padre/madre o tutor, quien consciente nuestra participación de forma voluntaria.

Nombre completo y firma del **paciente**

Fecha

Nombre completo y firma de **madre/padre o tutor**

Fecha

Nombre completo y firma la persona **testigo 1**

Fecha

Dra. Karina Azucena Enriquez Leal

Investigador que explicó la información de este consentimiento

Fecha



ANEXO 4: CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERÉS

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°, 2°, 7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo, **Dra. Karina Azucena Enriquez Leal**, como personal del **Servicio de PAINAVAS de Consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"** y con un **4º grado de Residencia Médica en Psiquiatría**, número de **cédula profesional 9973938**, 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 apegare a los siguientes principios:

- Mantendrá 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 a advertir con prontitud 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 intervendré 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 el 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:

Dra. Karina Azucena Enriquez Leal

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats



ANEXO 5: TABLA DE MORBILIDAD ESTADÍSTICA DE ABUSO SEXUAL

MORBILIDAD ESTADÍSTICA DE ABUSO SEXUAL

En 1994, Finkelhor	En un estudio de manera internacional de 21 países, de prevalencia, reportó: 7 y el 36% en mujeres y entre el 3 y 29% en hombres.
En 2013, Losada & cols.	En un estudio de abuso sexual infantil, trastorno de la conducta alimentaria y su tratamiento, reporta que los abusos sexuales: constituyen aproximadamente el 9.6% de los maltratos en la infancia. El abuso sexual es intrafamiliar en un 70% en edad preescolar; Mayor prevalencia en extrafamiliar en los escolares por encima de los 6 años.
La OMS	Refiere que 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres.
En 2016, La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)	19.2 millones de mujeres fueron sometidas en algún momento de su vida a algún tipo de intimidación, hostigamiento, acoso o abuso sexual.
En 2018, La Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE)	40,303 mujeres en México sufrieron una violación sexual.
En 2019, La ENVIPE	Por cada 9 delitos sexuales cometidos contra mujeres, hay 1 delito sexual cometido contra hombres.
En 2019, Panorama Estadístico de la Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	Aproximadamente 32.8% de las adolescentes de entre 15 y 17 años ha sufrido alguna forma de violencia sexual en el ámbito comunitario; 12.8% en el ámbito escolar, y 1.8% en el ámbito familiar.



ANEXO 6: TABLA DE MORBILIDAD ESTADÍSTICA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

MORBILIDAD ESTADÍSTICA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)	
En 2003, González ML, Caballero A, Cruz C, Unikel C.	En un estudio en México: Prevalencia de la anorexia entre la población general es de 0.5 a 1.5% y bulimia alcanza 3% . La población más vulnerable son las mujeres adolescentes, la distribución por sexo es 10:1 .
En 2000/2002, la Asociación Americana de Psiquiatría.	La prevalencia de la anorexia nerviosa en las mujeres es 0,5%, en hombres es aproximadamente una décima parte de la prevalencia en mujeres . Prevalencia de bulimia nerviosa , en las mujeres es del 1% al 3%; entre los hombres es diez veces menor . Prevalencia de TCA específicos (anorexia, bulimia) está entre el 0,5% y el 3% de la población general
En 2009, Mambrú TV.	En un estudio de el trauma sexual y su relación con los trastornos alimentarios: Prevalencia estimada hombre: mujer se encuentra entre 1:6 y 1:10
En 2011, Estadísticas de Secretaria de Salud.	En México: más de un millón de casos de anorexia en los últimos diez años. Pronóstico: 40% de las personas anoréxicas se curan totalmente. Mortalidad del 1 al 3% , por desnutrición, fallo cardíaco o suicidio. Las restantes convierten su anorexia en un padecimiento crónico al no conseguir una curación total.
En 2013, Camarillo ON, Cabada RE, Gómez MJ, Munguía AE.	En un estudio de prevalencia de Trastornos de alimentación en México: Se mostró conductas alimentarias patológicas 5% , en adolescentes de 13 a 17 años. Las mujeres tienen mayor grado de distorsión corporal que los hombres.
En 2001, España.	La prevalencia de TCA en adolescentes es de 27.5% , en una relación 4:1 mujeres por cada hombre . Anorexia, el 0.5% en hombres y 3.9% en mujeres. Bulimia nerviosa, 0.6 y 0.2%, respectivamente.
El Centro de Información y Referencia sobre Desórdenes de Alimentación, en Estados Unidos	Cerca de 10 millones de norteamericanos padecen desórdenes alimentarios, el 90% son mujeres y el 10% hombres .
El Centro de Trastornos Alimentarios de la Escuela Médica de Harvard, en Estados Unidos	Estima que el total de afectados es de aproximadamente 5 millones .



ANEXO 7: CARTAS DE ACEPTACIÓN

CARTA DE SOLICITUD AL JEFE DE SERVICIO

Ciudad de México a Noviembre del 2020.

DR. RAFAEL JESÚS SALÍN PASCUAL
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y
CAPACITACIÓN
PRESENTE

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **CORRELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL Y LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. ESTUDIO TRANSVERSAL EN EL SERVICIO DE PAINAVAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"**.

Durante un período de **6 meses** a partir **de Noviembre del 2020 a mayo del 2021**. El cual se evaluará con entrevista neuropsiquiátricas, revisión de expedientes y realización de **Test Infantil de actitudes alimentarias (ChEAT)**.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

Atentamente

Dra. Karina Azucena Enriquez Leal



CARTA DE ACEPTACIÓN DE ASESOR CON VISTO BUENO DE LA TESIS

Ciudad de México a Noviembre del 2020

DR. RAFAEL JESÚS SALÍN PASCUAL
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y
CAPACITACIÓN
PRESENTE

*Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor de Tesis** de la Dra. Karina Azucena Enriquez Leal, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:*

- a. Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este.***
- b. Informar avance y seguimiento de la investigación.***
- c. Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación.***

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

A T E N T A M E N T E

DRA. MIRNA ESTHELA BRENES PRATS



CARTA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"



SECRETARÍA DE SALUD
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES
DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y
CAPACITACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Ciudad de México a 3 de diciembre del 2020

DRA. KARINA AZUCENA ENRIQUEZ LEAL
PRESENTE

Con el presente le informo a usted que el protocolo de investigación titulado **CORRELACIÓN ENTRE ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL. ESTUDIO TRANSVERSAL EN EL SERVICIO DE PAINAVAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"**, del cual es investigadora principal, ha sido revisado por el **Comité de Investigación** y lo registra con el número **882**, de este Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" quienes han **DICTAMINADO APROBARLO**.

Sin más por el momento, le envió un cordial saludo.

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN

Janet Jiménez Genchi

MTRA. JANET JIMÉNEZ GÉNCHI
SECRETARIA Y COORDINADORA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

c.c.p.- Comité de Investigación



CARTA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD
COORDINACIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
"FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

Ciudad de México a 31 Mayo 2021

Dr., Rafael Salín Pascual.
Jefe de Unidad de Investigación, Enseñanza y Capacitación
Del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
PRESENTE:

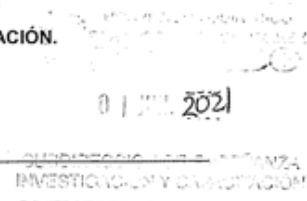
Informó a usted que el Comité de Ética en investigación ha revisado el Protocolo de Investigación titulado "Correlación entre alteraciones de la conducta alimentaria y adolescentes con antecedente de abuso sexual. Estudio transversal en el servicio PAINAVAS del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro" referido por la tesista Dra. Karina Azucena Enríquez Leal y al ser valorado exponemos las siguientes observaciones:

- Especificar ruta a seguir en caso que se detecten trastornos de la alimentación para una intervención adecuada de los pacientes.
- Solicitar autorización de Jefa de Servicio de PAINAVAS para la realización del estudio.
- Anexar aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro.
- Se expresa la delicadeza del tema al abordar abuso sexual, pero la importancia del mismo, por lo que se considera, al igual de todos los estudios, la empatía y cordialidad al aplicar las escalas.

Conclusión: Aprobado con las anteriores observaciones

ATENTAMENTE
"HOMBRE SOY Y NADA HUMANO ES AJENO A MI"
DRA. RAQUEL ADRIANA ZENTENO AGUAYO
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

C.c.p. Archivo





CARTA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL, “DR. JUAN N. NAVARRO”



Comité de Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”

Ciudad de México, 19 de abril del 2021
Asunto: dictamen de protocolo I13/02/0221
Resolución No.: HPIJNN-CI-DA-006-2021

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats

Presente

Por este medio y tras haber revisado el protocolo de investigación: “Correlación entre alteraciones de la conducta alimentaria en niños y adolescentes con antecedente de abuso sexual. Estudio transversal en el servicio de PAINAVAS, Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”; al respecto, le informamos lo siguiente:

Se ha tenido en consideración, que derivado de las sugerencias emitidas en nuestro primer dictamen, se ha realizado la modificación del título de la siguiente manera:

“Correlación entre el antecedente de abuso sexual y las alteraciones de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. Estudio transversal en el servicio de PAINAVAS del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Por lo anterior, el comité en investigación dictamina su protocolo como: **Aprobado**.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Michel Gutiérrez Cenicerós

Presidente del Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

c.c.p. Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández-Director del hospital-Presente
Dra. Patricia Zavaleta Ramírez-Jefa de la división de Investigación, HPIJNN-Presente
Dra. Laura Fritsche García-Comité de Ética en Investigación, HPIJNN-Presente
Archivo, HPIJNN-Presente





CARTA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE BIOÉTICA DEL HOSPITAL PSQUIÁTRICO INFANTIL, “DR. JUAN N. NAVARRO”



Comité de Bioética de Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”

Ciudad de México, 12 de mayo del 2021

Asunto: dictamen de protocolo

Resolución No.: HPIJNN-CEI-DA-011-2021

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats

Presente

En relación con la revisión del proyecto de investigación "Correlación entre alteraciones de la conducta alimentaria en niños y adolescentes con antecedente de abuso sexual. Estudio transversal en el servicio de PAINAVAS del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, con número de protocolo: I13/02/0221 y tras haber sido sometido a revisión por el comité de ética en investigación, hacemos de su conocimiento lo siguiente:

El comité de ética en investigación dictamina que su protocolo queda: **Aprobado**

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Laura Fritsche García

Presidente del Comité de Ética de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

