

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS:

Correlación entre la impulsividad y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Bryan Omar Del Real Navarro

ASESOR METODOLÓGICO:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Verónica Pérez Barrón'.

Mtra. Verónica Pérez Barrón

ASESOR TEÓRICO:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mirna Esthela Brenes Prats'.

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2022



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.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Bryan Omar Del Real Navarro.

Médico Residente de 2° año Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

Correo electrónico: brydiction@gmail.com

Sede: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Nombre del Asesor (a) Metodológico:

Psic. Verónica Pérez Barrón.

Psicóloga Adscrita a la División de Investigación.

Correo electrónico: veronicaperezbarron@gmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Nombre del Asesor (a) Teórico:

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats.

Medico Adscrita a la División de Mejora Continua de la Calidad.

Correo electrónico: mirnabrenes@yahoo.com.mx

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

RESUMEN

Introducción: La edad de inicio de los trastornos de la conducta alimentaria va de los 12 a los 25 años, aumentándose su frecuencia entre los 12 y los 17 años. A través de las investigaciones, algunos estresores ambientales y características de la personalidad se han correlacionado de manera importante con el inicio de la enfermedad. **Objetivo:** Este estudio se llevó a cabo en pacientes con antecedente de abuso sexual infantil de 10 a 17 años 11 meses de edad con el propósito establecer si existe una relación estadísticamente significativa entre la impulsividad y las alteraciones de la conducta alimentaria. **Material y métodos:** Se reclutaron a pacientes con los diagnósticos del CIE-10: “Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario (Z61.4)” o “Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario (Z61.5)”, y se les aplicó la Escala de Impulsividad de Plutchik (EI) y el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT). Para el análisis de los datos se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para asociar las puntuaciones de ambos instrumentos. Para el análisis comparativo se realizó una prueba *t* o ANOVA según correspondiera. **Resultados:** La muestra estuvo conformada por un total de 50 pacientes. De ellos, 92.0% (n=46) fueron mujeres y 8.0% (n=4) hombres. La edad media de los participantes fue de 14.18 años (DE 1.67). El coeficiente de correlación entre la EI y el ChEAT fue de 0.307, siendo éste estadísticamente significativo (p=0.03). La puntuación media en la EI fue de 24.42 (22.86 – 25.98, IC 95%; DE 5.47). La puntuación media en el ChEAT fue de 24.72 (19.93 – 29.51, IC 95%; DE 16.85). Se determinó que el 56.0% (n=28) de los pacientes tuvieron conductas alimentarias de riesgo. **Discusión:** Si bien nuestra investigación reportó una relación estadísticamente significativa entre la impulsividad y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedente de abuso sexual, existen otros múltiples factores que pueden funcionar como mediadores y que por la complejidad de su abordaje no se incluyeron en nuestro análisis. **Conclusiones:** La alta frecuencia de alteraciones alimentarias en adolescentes con antecedente de abuso sexual sugiere la necesidad de evaluar sistemáticamente a estos pacientes con el propósito de descartar un trastorno de la ingestión de alimentos independientemente del motivo de consulta en los servicios de salud mental.

Términos MeSH: Child abuse, sexual; Feeding and Eating Disorders of Childhood; Impulsive Behavior.

ÍNDICE GENERAL

1. Introducción	5
2. Marco teórico	6
3. Planteamiento del problema	11
4. Justificación	11
5. Hipótesis	13
6. Objetivos	13
• General	
• Específicos	
7. Material y métodos	14
• Tipo de diseño	14
• Muestra	14
• Variables	15
• Procedimiento	18
• Cronograma	20
• Instrumentos de medición	21
• Análisis estadístico	24
• Consideraciones éticas	24
8. Resultados	25
9. Discusión	38
10. Conclusiones	41
11. Limitaciones y recomendaciones	42
12. Referencias	43
13. Anexos	50

ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

TABLAS:

- Tabla 1: Descripción operacional de las variables. 15
- Tabla 2: Cronograma de actividades. 20
- Tabla 3: Datos sociodemográficos. 26
- Tabla 4: Prueba de normalidad. 30
- Tabla 5: Prueba de correlación. 30
- Tabla 6: Estadísticos descriptivos. 31
- Tabla 7: Estadísticos descriptivos de grupos con variaciones significativas. 34
- Tabla 8: ANOVA de grupos con variaciones significativas. 35
- Tabla 9: Prueba de Kruskal-Wallis puntaje ChEAT y estado nutricional 35
- Tabla 10: Puntajes medios de cada reactivo del ChEAT. 37

GRÁFICOS:

- Gráfico 1: Porcentaje de tipos de abuso sexual. 28
- Gráfico 2: Porcentaje de estado nutricional. 29
- Gráfico 3: Dispersión de la relación entre los puntajes totales de EI y ChEAT. 31
- Gráfico 4: Porcentajes por encima y debajo del punto de corte de EI. 32
- Gráfico 5: Estadísticas descriptivas de la puntuación total de EI. 32
- Gráfico 6: Porcentajes por encima y debajo del punto de corte de ChEAT. 33
- Gráfico 7: Estadísticas descriptivas de la puntuación total de ChEAT. 33
- Gráfico 8: Puntuaciones medias de EI por escolaridad. 36
- Gráfico 9: Puntuaciones medias de ChEAT por estado nutricional. 36

FIGURAS:

- Figura 1: Procedimiento del estudio actual. 20

INTRODUCCIÓN

De forma habitual las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad social configuran entre sus miembros una constelación intrincada de comorbilidades psicológicas y psiquiátricas. No es inusual observar largos listados diagnósticos encabezados por los trastornos afectivos y de ansiedad, sin embargo, existen entidades psiquiátricas comórbidas que pueden escapar a la pesquisa de los clínicos si no se indagan de forma propositiva. Es en este momento cuando las alteraciones de la conducta alimentaria pueden pasar desapercibidas y en el peor de los casos, continuar su evolución hasta formar parte de un trastorno que por sí mismo constituye una amenaza para la integridad, la funcionalidad y la vida de las y los pacientes.

Desde el enfoque de la evolución natural de la enfermedad, cobran relevancia las estrategias de prevención secundaria en la que los esfuerzos se dirigen a realizar cribados, detecciones oportunas e intervenciones precoces. La psiquiatría, como el resto de las ramas de la medicina no está exenta de poder incorporar estas actividades a sus modelos de atención. La dificultad radica en desprenderse del férreo arraigo de visión asilar y meramente asistencial, para pasar a una perspectiva donde la prevención y la rehabilitación sean los ejes de acción.

Esta batalla se hace más complicada cuando se consideran como enemigos ciertos agentes sociales como los intangibles ideales colectivos de belleza y estética que imperan y dominan el deber ser y que permean las mentes de nuestros niñas, niños y adolescentes. En una sociedad cada vez más preocupada por las apariencias, donde los procesos de comunicación han evolucionado hasta la creación de las redes sociales virtuales donde una imagen suele decir más que varios centenares de palabras, es fácil ser presa de la tentación de involucrarse en un sinnúmero de fútiles esfuerzos para lograr la validación, la aceptación y el banal reconocimiento ajeno.

Los trastornos de la conducta alimentaria son pues, en esencia, entidades que comúnmente se encuentran silentes y cuyas manifestaciones evidentes son únicamente el resultado de injurias constantes (e instauradas desde un tiempo considerable) a un sustrato neurobiológico en el que las funciones ejecutivas, los procesos cognitivos y otras construcciones mentales se encuentran profundamente alteradas.

MARCO TEÓRICO

Abuso Sexual Infantil

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) define al abuso sexual como a la agresión sexual que se comete con o 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 ¹. De forma integral, se considera abuso sexual infantil al hecho ocurrido cuando un niño es utilizado para la estimulación sexual de su agresor (adulto conocido, desconocido, pariente u otro niño o adolescente) o la gratificación de un observador. Implica toda interacción sexual en el que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independientemente si el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad o incluso cuando no muestre signos de rechazo ².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abuso sexual infantil ³. Según el 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 ⁴.

La prevalencia de abuso sexual infantil (ASI) en América Latina es de 13.4% (IC 95%; 6.2% - 26.5%) para mujeres y de 13.8% (IC 95%; 3.7% - 40.0%) para varones ⁵. En México, las mujeres adultas reportaron una prevalencia de actos sexuales en contra de su voluntad antes de los 15 años de 7.3% en 2003 y 13.3% en 2006 ⁶. En encuestas con estudiantes de secundaria y preparatoria en nuestro país donde se incluyó abuso sexual con contacto físico y/o penetración, la prevalencia fue de 4.4% en mujeres y 4.3% en hombres ⁷. Estudios posteriores reportaron proporciones de 3.6% y 1.9% para abuso sexual infantil con penetración antes de los 18 años para mujeres y hombres respectivamente ⁸. La prevalencia nacional de abuso sexual infantil según una investigación de Valdez-Santiago y colaboradores publicada en 2020 fue de 2.5% (3.8% mujeres y 1.2% hombres) ⁹.

El estudio de la posibilidad de que el abuso sexual infantil 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 metaanálisis en el año 2002. Este concluyó

que, en las mujeres, el abuso sexual infantil se asocia a un aumento de la sintomatología alimentaria pero que no se puede hablar de especificidad ¹⁰.

Un estudio de cohorte longitudinal de adolescentes observado desde agosto de 1992 hasta marzo de 2003, que sufrieron abuso sexual infantil, la incidencia de síndrome bulímico durante la adolescencia fue de 2.5 veces mayor entre las mujeres que informaron un episodio de abuso sexual infantil y 4.9 veces mayor entre las que informaron 2 o más episodios ¹¹.

Alteraciones de la conducta alimentaria y trastornos de la conducta alimentaria.

Las alteraciones de la conducta alimentaria se definen como actitudes, conductas y hábitos relacionados con la alimentación inadecuada ante la ingesta y/o comportamientos encaminados a controlar el peso ¹².

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso. Esta alteración ocasiona problemas físicos y del funcionamiento psicosocial ¹³.

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que tienen como características principales un comportamiento distorsionado de la alimentación y una extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. Los principales representantes de este grupo son la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado, donde se incluye el trastorno por atracón ¹⁴. Estos trastornos se consideran enfermedades psicosomáticas graves, de etiología multifactorial, que solo pueden entenderse por la interacción de muy diversos factores psicológicos y fisiológicos que interactúan entre sí. Los factores socioculturales ocupan un papel etiológico esencial y tanto la insatisfacción corporal como el anhelo de delgadez son características necesarias para su la aparición ¹⁵.

Los trastornos de la conducta alimentaria 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 ¹⁶.

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 ¹⁷. La forma en la que los hombres conllevan estos trastornos suele ser mediante ejercicio físico excesivo, mientras que las mujeres realizan dietas restrictivas rígidas ¹⁸.

En un estudio en México, por Camarillo y colaboradores, 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 sobrestimación de la autoimagen ¹⁹. Otro estudio realizado en nuestro país señaló que el 19% de niñas y 18% de niños de quinto y sexto grado de primaria ha realizado dietas con la intención de perder peso ²⁰.

Abuso sexual y trastornos de la conducta alimentaria

Desde hace décadas se ha sospechado que el abuso sexual en la infancia tiene una asociación causal con los trastornos alimentarios ^{10, 21-24}.

Las investigaciones de Cohen y Tebbutt, han sugerido que la interpretación cognitiva de la situación de abuso. El locus de control, la reacción de los padres y funcionamiento familiar pueden tener un impacto en el ajuste del niño después el abuso sexual, promoviendo el desarrollo de psicopatología ^{25, 26}.

Aunque han existido inconsistencias en los resultados, estudios realizados en muestras basadas en la comunidad ^{27, 28}, y muestras representativas a nivel nacional ^{29, 30} se han encontrado asociaciones significativas entre una historia de abuso sexual infantil y alteraciones en la alimentación. Por ejemplo, ciertos autores han concluido que el abuso sexual infantil representa un factor de riesgo general para la bulimia nerviosa, particularmente cuando están presentes altos grados de comorbilidad psiquiátrica, pero su relación con la anorexia nerviosa permanece poco clara ³⁰. Otras revisiones por su parte, establecen que el abuso sexual es un correlato retrospectivo inespecífico de anorexia y bulimia nerviosa ³¹.

La investigación longitudinal de Johnson y colaboradores determinó que el abuso sexual era

un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en la edad adulta temprana en una muestra comunitaria de 782 madres y sus hijos ³².

En el año 2000, el estudio de Wonderlich comparó los datos de 20 mujeres de entre 10 y 15 años con antecedente de abuso sexual con los datos de un grupo control. Los resultados revelaron que las adolescentes con abuso sexual tenían niveles más altos de insatisfacción con su peso corporal, conductas alimentarias purgativas y restrictivas. Además, el grupo de estudio informó que tenían una menor ingesta de alimentos que los sujetos del grupo control cuando se sentían emocionalmente molestas. Las niñas maltratadas fueron menos propensas a exhibir tendencias perfeccionistas, pero tenían más probabilidad de desear cuerpos más delgados ³³.

Un estudio de cohorte longitudinal de 999 mujeres adolescentes seguidas desde los 14 hasta los 24 años encontró que la incidencia del síndrome bulímico durante la adolescencia fue 2.5 veces mayor entre las mujeres que reportaron un episodio de abuso sexual y 4.9 veces mayor entre las que reportaron dos o más episodios de abuso sexual, en comparación con las mujeres que no informaron episodios. Sin embargo, hubo poca evidencia de asociación entre el abuso y síndrome de anorexia nerviosa ¹¹.

Se ha calculado que alrededor del 30% de los pacientes con trastornos alimentarios han sido abusados sexualmente en niñez, principalmente aquellos que sufren de bulimia nerviosa y trastorno por atracón ³⁴.

En una muestra comunitaria de mujeres con trastorno de atracón, después de un seguimiento de 3 meses, las participantes que abandonaron tenían más probabilidades de haber informado un historial de abuso sexual ³⁵. Un análisis demostró que aproximadamente el 71% de las mujeres bulímicas con indicadores de mal pronóstico (antecedente de múltiples terapias u hospitalizaciones, autolesiones o intentos de suicidio o consumo de sustancias) informaron antecedentes de abuso sexual ²².

Impulsividad

El concepto de impulsividad fue descrito, inicialmente, como la tendencia a actuar de forma rápida ante los estímulos (tanto internos como externos) sin la evaluación de toda la información disponible antes de llevar a cabo la acción ³⁶. Este actuar se debe, principalmente, a una falta de anticipación sobre las posibles consecuencias de los actos, lo que puede llevar a la toma de riesgos.

La incapacidad de inhibición conductual está descrita según la neuropsicología dentro de las funciones ejecutivas, las cuales son habilidades cognitivas implicadas en la iniciación, la inhibición, la planificación y la regulación de los comportamientos que son necesarios para establecer objetivos a largo plazo. Estas funciones que se localizan principalmente en la corteza prefrontal y ayudan al control o ajuste del comportamiento del ser humano ³⁷.

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) no ofrece una definición clara de la impulsividad, pero realiza una descripción de los posibles comportamientos impulsivos en relación con algunas enfermedades mentales, incluyendo a los trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia ³⁸.

Asociación de impulsividad y alteraciones de la conducta alimentaria.

Los investigadores de los trastornos de la conducta alimentaria han encontrado que ciertos factores se correlacionan y participan como detonadores de la enfermedad, entre ellos se encuentran algunas características de la personalidad como el estilo de pensamiento, o la impulsividad ³⁹.

Se han postulado distintas explicaciones teóricas para este vínculo. Una se relaciona con la victimización sexual en los estilos de afrontamiento disociativos ⁴⁰. Otra explicación es que el abuso sexual infantil 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 ⁴¹. Se postuló que el abuso sexual podría tener una repercusión importante en la autoestima y la auto-recriminación de los pacientes, dos factores que podrían llevarlos a castigar su propio cuerpo por medio de la inanición, o por las conductas de atracón y purga ⁴². También se han propuesto vínculos entre abuso sexual infantil 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 ⁴³.

Los trastornos alimentarios funcionarían 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 ⁴⁴. 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 ⁴⁵.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque se ha establecido que el abuso sexual infantil puede ser un factor asociado en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, el sustrato neurobiológico implicado en dicha relación no ha sido aclarado por completo. La impulsividad tanto como un déficit de las funciones ejecutivas como una respuesta psicológica al trauma complejo surge como una posible respuesta. Considerando además que la respuesta al abuso sexual puede verse influida por las características culturales y socioeconómicas, es prioritario que dichos fenómenos puedan ser investigados en poblaciones latinoamericanas donde los datos de investigación son aún escasos. El presente estudio tiene como finalidad contribuir a la base teórica existente al investigar si existe una asociación entre la impulsividad y las alteraciones de la conducta alimentaria en una muestra clínica de niños y adolescentes con antecedente de abuso sexual. Esta información puede ser útil para establecer dianas hacia las cuales pueden enfocarse las intervenciones de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. De manera colateral, los resultados obtenidos contribuyen al establecimiento de la frecuencia de estas alteraciones en niños y adolescentes que buscan atención de salud mental y que se desarrollan en las condiciones sociales propias de nuestro país.

Pregunta de Investigación: ¿Existe una asociación significativa entre la impulsividad y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil?

JUSTIFICACIÓN

El Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, actualmente es la institución más grande en nuestro país para la atención de la salud mental de niños, niñas y adolescentes. En este hospital, se encuentra el Programa de Atención Integral para Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual (PAINAVAS), un servicio ambulatorio que tiene como propósito específico mejorar la calidad de vida de los usuarios a través del tratamiento de las alteraciones psiquiátricas y psicológicas relacionadas al presunto abuso sexual del niño o adolescente. Las prevalencias de abuso sexual infantil y de trastornos de la conducta alimentaria han ido en aumento. Por lo tanto, las estrategias de intervención actuales tienen un enfoque preventivo, proponiendo una evaluación integral de la salud mental; con el propósito de identificar de manera oportuna posibles complicaciones.

A través del estudio de los trastornos de la conducta alimentaria, se ha establecido que su

edad de aparición o de inicio va de los 12 hasta los 25 años, aumentándose su frecuencia entre los 12 y los 17 años ¹⁷. Debido a esto, existe una necesidad creciente de documentar el desarrollo de actitudes y conductas alimentarias alteradas en edades tempranas, con el fin de identificar los casos de riesgo y mejorar las estrategias de intervención ¹².

Los investigadores han encontrado que ciertos factores se correlacionan de manera importante y juegan el papel de detonadores de la enfermedad, entre ellos se han descrito los estresores ambientales, o algunas características de la personalidad como el estilo de pensamiento, el locus de control o la impulsividad ⁴⁶. Así mismo se han desarrollado diversas teorías que intentan explicar la asociación que se ha encontrado entre el antecedente de abuso sexual con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria ⁴⁰⁻⁴³.

Aunque la gran parte de los estudios que sustentan la base teórica sobre las conductas alimentarias en niños y adolescentes procede de poblaciones europeas o racialmente heterogéneas, en México se han llevado investigaciones que ponen de manifiesto la relevancia de estas alteraciones como un problema de salud pública. En nuestro país se ha encontrado que el 19% de niñas y 18% de niños de quinto y sexto grado de primaria han realizado dietas con la intención de perder peso ²⁰. En un estudio realizado por Vázquez y colaboradores con varones de 10 años de edad, se encontró que el 20% de los participantes tenía riesgo de desarrollar un trastorno alimentario ⁴⁷.

Este estudio pretende aportar información adicional para la comprensión de las alteraciones de la conducta alimentaria debido a que los estudios en nuestro país se han limitado a estimar la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria o a calcular la frecuencia de otras comorbilidades psiquiátricas asociadas, dejando de lado la correlación de las conductas alimentarias con los factores intrínsecos de la personalidad y ciertas funciones mentales que pudieran brindar información sobre su sustrato neurobiológico y que a su vez puedan ser identificados como una potencial diana terapéutica.

La relevancia de la presente investigación se sustenta en el estudio de una población doblemente vulnerable, ya que por el antecedente de ASI es susceptible para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y que, además, se encuentra en la etapa de desarrollo de mayor riesgo para su inicio. Se espera que los resultados puedan ser de utilidad en primera instancia a nivel local, al adicionarse al conocimiento de este fenómeno en nuestra institución para que a la postre puedan identificarse de forma oportuna y se generen estrategias de intervención en pro de la calidad de vida de nuestros pacientes.

HIPÓTESIS

Existe una asociación significativa entre la impulsividad y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil puesto que la insatisfacción con la imagen corporal puede formar parte de la respuesta al trauma.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo General:

- Determinar si existe relación entre la impulsividad y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil atendidos en un hospital de alta especialización.

Objetivos Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de una muestra clínica de pacientes con antecedente de abuso sexual infantil atendidos en un hospital de alta especialización.
- Indicar la frecuencia de las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil atendidos en un hospital de alta especialización.
- Describir el nivel de impulsividad en adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil atendidos en un hospital de alta especialización.
- Comparar las alteraciones de la conducta alimentaria entre grupos de adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil; según sus características demográficas.
- Comparar el nivel de impulsividad entre grupos de adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil; según sus características demográficas.
- Comparar las alteraciones de la conducta alimentaria entre grupos de adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil; según su estado nutricional determinado por el índice de masa corporal.
- Describir cuales son las alteraciones de la conducta alimentaria más frecuentes en adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil atendidos en un hospital de alta especialización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño:

Se trata de un estudio observacional, transversal y retrospectivo. Por su alcance se considera correlacional y comparativo.

Muestra:

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia tomando como población a los pacientes de 10 años 0 meses a 17 años 11 meses de edad con antecedente de ASI que acudieron a recibir atención psiquiátrica al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” de diciembre de 2021 a mayo de 2022. Se incluyeron a aquellos sujetos que fueron elegibles según los criterios de inclusión y exclusión que aceptaron su participación mediante la firma del asentimiento informado (Anexo 1). De la misma manera, los tutores de los participantes debieron autorizar su participación mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 2).

Criterios de inclusión:

- Edad de 10 años 0 meses a 17 años 11 meses de edad sin importar sexo, género, edad, religión, identidad de género u orientación sexual.
- Tener consignado previamente en el expediente clínico los diagnósticos del CIE-10 “Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario (Z61.4)” o “Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario (Z61.5)”.
- Contar con el antecedente de abuso sexual ocurrido al menos 6 meses antes de la evaluación.
- Poseer la capacidad de leer y escribir indistintamente de la escolaridad o grado de instrucción académica.
- Aceptar voluntariamente su participación en el estudio y dar su autorización por escrito mediante la firma del asentimiento y consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Tener diagnóstico alguna condición médica no psiquiátrica cuya fisiopatología conlleve una variación significativa en la conducta alimentaria entre las cuales se incluyeron: diabetes mellitus, hipotiroidismo, hipertiroidismo o alguna patología conocida del sistema endocrinológico.

- Contar con un diagnóstico dentro del espectro de la esquizofrenia o discapacidad intelectual de moderada a severa.
- Mujeres en estado de gravidez durante la aplicación de los instrumentos de evaluación.
- Usuarios y/o tutores legales que no dieron su autorización por escrito mediante la firma del asentimiento y consentimiento informado de manera respectiva.

Criterios de eliminación:

- Pacientes quienes no completaran en su totalidad los instrumentos clinimétricos aplicados.

Tabla 1: Descripción operacional de las variables.

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Definición operacional	Medida
Abuso sexual infantil	Hecho ocurrido cuando un niño es utilizado para la estimulación sexual de su agresor (adulto conocido, desconocido, pariente u otro niño o adolescente) o la gratificación de un observador. Implica toda interacción sexual en el que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independientemente si el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad o incluso cuando no muestre signos de rechazo.	Condicionante (independiente) / Cualitativa nominal politómica	Diagnóstico de Problemas relacionados con el abuso sexual del niño (CIE 10: Z61.4 y Z61.5), información directamente obtenida por los registros en el expediente clínico.	Categorial: <ul style="list-style-type: none"> • Z61.4 (abuso intrafamiliar) • Z61.5 (abuso extrafamiliar) • Z61.4 y Z61.5 (ambos tipos de abuso)

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Definición operacional	Medida
Impulsividad	Tendencia a actuar de forma rápida ante los estímulos (internos y externos) sin la evaluación de toda la información disponible antes de llevar a cabo la acción.	Independiente / Cuantitativa discreta	Puntuación natural de la Escala de Impulsividad (EI) 0 – 45 puntos.	<p>Escala de Impulsividad de Plutchik (EI)</p> <p>Categorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausente ▪ < 20 pts ▪ Presente ▪ ≥ 20 pts
Alteraciones de la conducta alimentaria	Actitudes, conductas y hábitos relacionados con la alimentación inadecuada (ingesta) y/o comportamientos dirigidos a controlar el peso.	Dependiente / Cuantitativa discreta	Puntuación natural del Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) 0 -78 puntos.	<p>Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT)</p> <p>Categorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausente < 20 pts ▪ Presente ≥ 20 pts
Peso	Fuerza con que la Tierra atrae a un cuerpo	Covariable (independiente) / Cuantitativa, continua	Medición directa del peso corporal mediante una báscula calibrada	Kilogramos
Estatura	Altura, medida de una persona desde los pies a la cabeza.	Covariable (independiente) / Cuantitativa, continua	Medición directa mediante un flexómetro o estadímetro	Centímetros
Índice de masa corporal (IMC)	Relación entre el peso y la altura de una persona, utilizado para clasificar el peso	Covariable (independiente) / Cuantitativa, continua	Fórmula matemática (kg/m ²), báscula y flexómetro / estadímetro	Kilogramos / metro al cuadrado

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Definición operacional	Medida
Estado nutricional	Condición física que presenta una persona, como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes	Covariable (independiente) / Cualitativa ordinal	Conversión del IMC a puntajes Z según el sexo y la edad	Puntajes Z con base en kg/m ² <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo peso: Percentil < 5 ▪ Normal: Percentil 5-84 ▪ Sobrepeso: Percentil 85-94 ▪ Obesidad: Percentil ≥ 95
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Covariable (independiente) / Cualitativa, nominal dicotómica	Dato obtenido del expediente clínico con base en las características físicas sexuales.	Categorial : <ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Covariable (independiente) / Cuantitativa, discreta	Dato obtenido directamente del expediente clínico con base en el tiempo vivido (fecha de nacimiento)	Años
Lugar de residencia	Lugar donde se encuentra el domicilio de una persona en un momento dado.	Covariable (independiente) / Cualitativa nominal dicotómica.	Dato obtenido directamente del expediente clínico con base en el domicilio.	Categorial: <ul style="list-style-type: none"> • CDMX • Interior de la República.
Religión	Doctrina constituida por un conjunto de principios, creencias, prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral o espiritual.	Covariable (independiente) / Cualitativa nominal politómica	Dato obtenido directamente del expediente clínico con base en lo referido por el paciente y/o familiar.	Categorial: <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Católica • Cristiana • Judía • Evangélica • Otra

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Definición operacional	Medida
Escolaridad	Tiempo en el que una persona ha asistido a un centro de enseñanza o escuela para acreditar un grado de estudios.	Covariable (independiente) / Cualitativa ordinal	Dato obtenido directamente del expediente clínico con base en lo referido por el paciente y/o familiar.	Categorial: <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Bachillerato Ninguna
Seguridad social	Sistema de seguro de salud que garantiza a la población nacional contra los costes de la asistencia sanitaria.	Covariable (independiente) / Cualitativa nominal politómica	Dato obtenido directamente del expediente clínico con base en lo referido por el paciente y/o familiar.	Categorial: <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • IMSS • ISSSTE • PEMEX • SEDENA • Otro • Privado
Nivel socioeconómico familiar	Medida económica y social familiar basada en sus ingresos monetarios, educación y empleo.	Covariable (independiente) / Cualitativa ordinal	Dato obtenido del expediente clínico con base en estudio socioeconómico.	Categorial: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exento ▪ Nivel 1 Nivel 2 ▪ Nivel 3 Nivel 4 ▪ Nivel 5 Nivel 6
Antecedente de hospitalización psiquiátrica	Existencia de al menos un internamiento psiquiátrico en la historia clínica del paciente	Covariable (independiente) / Cualitativa nominal dicotómica	Dato obtenido directamente del expediente clínico con base en las notas clínicas y lo referido por el paciente y/o familiar.	Categorial: <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

Procedimiento:

El presente trabajo deriva del proyecto original denominado “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” a cargo de la Dra. Mirna Esthela Brenes Prats, el cual fue debidamente aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico

Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (Anexo 3 y 4). Dicho proyecto fue registrado en la División de Investigación con el número II3/02/0221. De igual forma el proyecto actual fue aprobado por los mismos Comités y tiene el número de registro II3/02/0221/Ta (Anexo 5 y 6).

Se cercioró que en el expediente o notas clínicas se cuente con los diagnósticos del CIE-10 “Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario (Z61.4)” o “Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario (Z61.5)”. No se realizó interrogatorio mediante entrevista clínica que revictimizara a los pacientes sobre el abuso sexual.

Se seleccionaron a los participantes según los criterios de inclusión antes señalados y mediante una carta de consentimiento informado se les dio a conocer tanto a ellos como a sus tutores de forma clara los objetivos de la investigación, los posibles riesgos implicados en la misma, y los procedimientos a los que serían sujetos. Una vez que los participantes y sus tutores leyeron y comprendieron la información anterior y sus preguntas fueron respondidas de manera satisfactoria, se procedió a la firma del asentimiento y consentimiento informado.

El periodo de recolección de datos comprenderá desde el mes de diciembre de 2021 hasta el mes de mayo de 2022.

Se obtuvieron del expediente clínico los datos sociodemográficos del paciente y la información concerniente a la medición somatométrica (peso y talla) realizada el día de la evaluación o en su defecto, se consideraron los datos más recientemente consignados. Se calculó el índice de masa corporal y este se expresó en puntajes Z (percentiles) para la edad, según las tablas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Posterior a su cita de seguimiento o su evaluación médica correspondiente y sin interferir en ningún momento en el desarrollo o en el tiempo destinado para la misma, se le proporcionó al paciente los materiales necesarios para la aplicación de la Escala de Impulsividad de Plutchik (EI) y el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT). Se auxilió al menor sólo en caso de dudas con el llenado de los instrumentos o la incomprensión de algunos de los reactivos.

Los datos fueron registrados en una base de datos para posteriormente realizar el análisis estadístico correspondiente.

Figura 1: Procedimiento del estudio actual

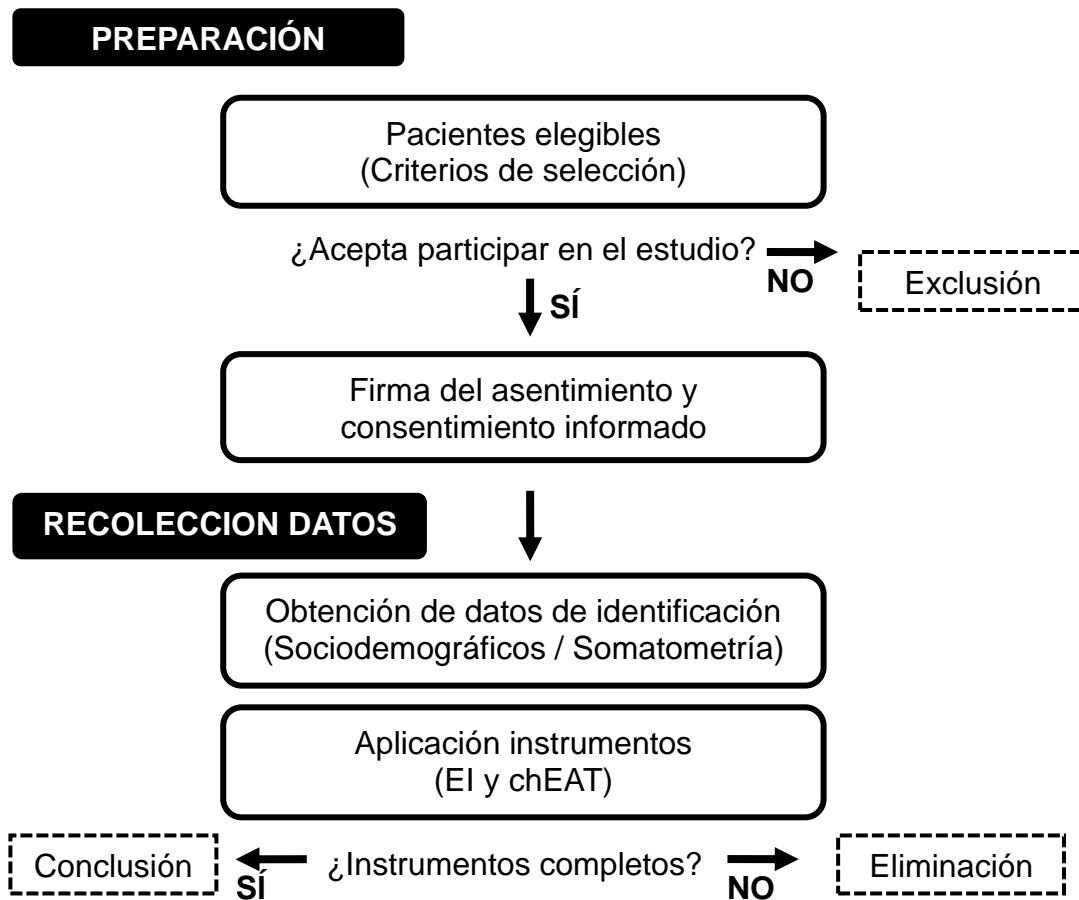


Tabla 2: Cronograma de actividades

Actividades	2021					2022		
	MAR - ABR	MAY - JUN	JUL - AGO	SEP - OCT	NOV - DIC	ENE - FEB	MAR - ABR	MAY - JUN
Elaboración del anteproyecto de investigación								
Redacción del protocolo de tesis								
Recolección de datos								
Análisis estadístico de los datos obtenidos								
Redacción del trabajo final (tesis)								
Presentación del trabajo final								

Instrumentos de medición:

Escala de Impulsividad de Plutchik (EI). (Anexo 7. Escala de Impulsividad de Plutchik) ⁴⁸

Autores:

- R. Plutchik, H. M. van Praag

Idioma original y año de publicación:

- Inglés, 1989.

Descripción:

- La EI es una escala diseñada para evaluar las conductas impulsivas. Considera a la personalidad como un rasgo de personalidad implicado en la comisión de conductas de riesgo
- Consta de 15 reactivos que se refieren a la tendencia del paciente a “hacer cosas sin pensar” o de forma impulsiva
- Todos ellos se relacionan con una posible falta de control sobre determinadas conductas
 - ✓ Autocontrol
 - ✓ Planeación y acción a futuro
 - ✓ Conductas fisiológicas
 - ✓ Actuación espontánea
- Las respuestas se recogen en una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3 (nunca, a veces, a menudo, casi siempre). Los reactivos 4, 6, 11 y 15 se puntúan en sentido inverso (0, casi siempre; 3, nunca).

Forma de administración:

- Es un instrumento autoaplicado.
- Se requiere aproximadamente 5 minutos para llevarse a cabo.
- Sólo se necesita papel y lápiz.

Corrección e interpretación:

- La puntuación total se obtiene sumando todos los reactivos. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 45.
- En la versión en español (validación realizada por Rubio et al. en 1999 y Alcázar-Córcoles et al. en 2015) los autores proponen un punto de corte de 20 ^{49, 50}.
- En México fue validada por Páez et al. en 1996.

Propiedades psicométricas:

- En su versión original el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.73 ⁵⁰, obteniéndose valores similares en los estudios de validación (0.70). Con respecto a la validez, las dimensiones de la estructura factorial explican un porcentaje elevado de varianza total.
- En la validación en México por Páez et al. se encontró un alfa de Cronbach de 0.61, la cual se incrementó a 0.67 excluyendo uno de los reactivos. Se concluyó que la escala se comportó en forma comparable al instrumento original y que puede ser útil en el ámbito de la investigación clínica ⁵¹.

Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) (Anexo 8. Test Infantil de Actitudes Alimentarias) ⁵²

Autores:

- Maloney, McGuire, Daniels, Specker.

Idioma original y año de publicación:

- Inglés, 1988.

Descripción:

- El ChEAT es una escala que permite evaluar los hábitos y las actitudes relacionadas con la alimentación y la imagen corporal en niños.
- Consta de 26 reactivos, los cuales se pueden responder eligiendo entre 6 opciones de respuesta que van de siempre a nunca (escala Likert).
- Las respuestas se recogen en una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3. 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 reactivo 25 se puntúa en sentido inverso.

Forma de administración:

- Es un instrumento autoaplicado.
- Se requiere aproximadamente 10 minutos para llevarse a cabo.
- Sólo se necesita papel y lápiz.

Corrección e interpretación:

- La puntuación total se obtiene sumando todos los reactivos. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 78.
- Se establece que el punto 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 trastorno de la conducta alimentaria.
- Se han realizado validaciones de la versión en español por parte de Escoto (México, 2008) ⁵³ y Elizathe et al. (Argentina, 2012) ⁵⁴.

Propiedades psicométricas:

- En su versión original se encontró una validez interna adecuada de 0.76 y una correlación test-retest de 0.81 en una muestra de niños y adolescentes de 8 a 13 años de edad.
- En una validación realizada por Smolak y Levine (1993) ⁵⁵ se encontró una alfa de Cronbach de 0.87 la cual se incrementó a 0.89 cuando se eliminaron tres reactivos con correlaciones menores a 0.30 (reactivos 13, 19 y 25).
- En la validación en México por Escoto et al. se encontró un alfa de Cronbach de 0.82 y una confiabilidad test-retest de 0.79, las cuales se catalogaron como adecuadas. El análisis factorial derivó cinco factores que agruparon 26 reactivos y explicaron 43.74% de la varianza. El estudio de Escoto concluye que el ChEAT es un instrumento adecuado para medir actitudes y conductas alimentarias inadecuadas en púberes y adolescentes mexicanos ⁵³.

Análisis estadístico:

Una vez obtenida la información de los expedientes clínicos, las distintas mediciones y las aplicaciones de escalas clinimétricas; los datos se vaciarán en una hoja de cálculo creada en el programa Excel versión 16.0 de Microsoft Windows, para posteriormente ser exportada al programa estadístico informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 26.0 desarrollado por la empresa IBM.

Para el tratamiento de los datos primeramente se determinó su forma de distribución por medio de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Posteriormente se procedió a realizar el análisis estadístico con pruebas paramétricas o no paramétricas según correspondiera. En este caso, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para asociar las puntuaciones totales entre la Escala de Impulsividad de Plutchik (EI) y el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT).

Para el análisis comparativo entre grupos según sus características sociodemográficas y estado nutricional, se realizó una comparación de las puntuaciones medias de cada escala clinimétrica con una prueba *t* en las variables dicotómicas y un análisis de varianzas (ANOVA) cuando se compararon más de dos grupos.

Los cálculos se realizaron considerando un índice de confianza del 95% y para determinar la significancia estadística, se tomó un valor crítico de $p < 0.05$ durante todo el análisis.

Finalmente, se hizo uso del mismo programa informático para auxiliar en la representación gráfica de los resultados obtenidos.

Consideraciones éticas:

Con base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; Título segundo, Capítulo I: Sobre los Aspectos Éticos en la Investigación en Seres Humanos en su Artículo 17 (96); este estudio se clasificó como de riesgo mínimo pues, aunque no se modificó la conducta del individuo, se emplearon pruebas psicológicas y mediciones psicométricas para la obtención de datos.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

- Nivel I.- 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.

El trabajo de investigación original (Anexo 3 y 4) y el presente trabajo (Anexo 5 y 6), fueron aprobados por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Así como los correspondientes formatos de asentimiento y consentimiento informado (Anexo 1 y 2).

RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo conformada por un total de 50 pacientes con antecedente de abuso sexual infantil. De ellos, 92.0% (n=46) fueron mujeres y 8.0% (n=4) hombres. La edad media de los participantes fue de 14.18 años (DE 1.67). El 78.0% (n=39) de los adolescentes fueron residentes de la Ciudad de México, mientras que el 22.0% (n=11) vivían al interior de la República, registrándose participantes con domicilios en el Estado de México y Michoacán. La muestra fue predominantemente católica, puesto que el 72.0% (n=36) profesaba dicha religión; el 22.0% (n=11) declaró no ser practicante de ningún culto religioso y el 6.0% (n=3) restante se dividió de manera equitativa entre la religión cristiana, judía y evangélica. Del total de los pacientes, 10.0% (n=5) tenían escolaridad primaria; 54.0% (n=27) secundaria y el 36.0% (n=18) restante se encontraba cursando el bachillerato. (Tabla 3)

Para ahondar en la naturaleza de la muestra se registraron otras variables sociodemográficas de los sujetos participantes, encontrándose que el 76.0% (n=38) no contaban con ningún tipo de derechohabiencia en salud o seguro social. El 14.0% (n=7)

declararon ser usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el 10.0% (n=5) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). De manera similar, se documentó el nivel socioeconómico de los pacientes, el cual se asigna posterior a realizarle una evaluación por los trabajadores sociales de la institución. El resultado obtenido puede ir desde la asignación del nivel 0 que equivale a la exención del pago de los servicios hospitalarios, hasta el nivel 6, si se obtiene una puntuación de 85 a 100 en el estudio socioeconómico. El 74.0% (n=37) de los pacientes tenían asignado un nivel socioeconómico que iba del 0 al 2 (hasta máximo 36 puntos en el estudio socioeconómico). Soló un participante (2.0%; n=1) tuvo asignado un nivel socioeconómico 3. No se pudo determinar el resultado del nivel socioeconómico del 24.0% (n=12) de los participantes debido a datos insuficientes. (Tabla 3)

Tabla 3: Datos sociodemográficos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sexo	Hombre	4	8.0	8.0
	Mujer	46	92.0	100.0
	Total	50	100.0	
Lugar de residencia	Local (Ciudad de México)	39	78.0	78.0
	Foráneo (Interior de la Rep. Mexicana)	11	22.0	100.0
	Total	50	100.0	
Religión	Ninguna	11	22.0	22.0
	Católica	36	72.0	94.0
	Cristiana	1	2.0	96.0
	Judía	1	2.0	98.0
	Evangélica	1	2.0	100.0
	Total	50	100.0	
Escolaridad	Primaria	5	10.0	10.0
	Secundaria	27	54.0	64.0
	Bachillerato	18	36.0	100.0
	Otra	0	0.0	100.0
	Total	50	100.0	

Derechohabiencia	Ninguna	38	76.0	76.0
	IMSS	7	14.0	90.0
	ISSSTE	5	10.0	100.0
	Otra	0	0.0	100.0
	Total	50	100.0	

Nivel socioeconómico	No determinado	12	24.0	24.0
	Nivel 0 (0-12 exento)	4	8.0	32.0
	Nivel 1 (13 – 2 puntos)	18	36.0	68.0
	Nivel 2 (25 – 36 puntos)	15	30.0	98.0
	Nivel 3 (37 – 52 puntos)	1	2.0	100.0
	Nivel 4 (53 – 68 puntos)	0	0.0	100.0
	Nivel 5 (69 – 84 puntos)	0	0.0	100.0
	Nivel 6 (85 – 100 puntos)	0	0.0	100.0
	Total	50	100.0	

Nota: Esta tabla concentra las características sociodemográficas de la totalidad de la muestra (n=50), la cual estuvo constituida principalmente por mujeres residentes de la Ciudad de México. Los datos fueron obtenidos directamente del expediente clínico. El nivel socioeconómico se determinó con base en un estudio realizado por el servicio de Trabajo Social.

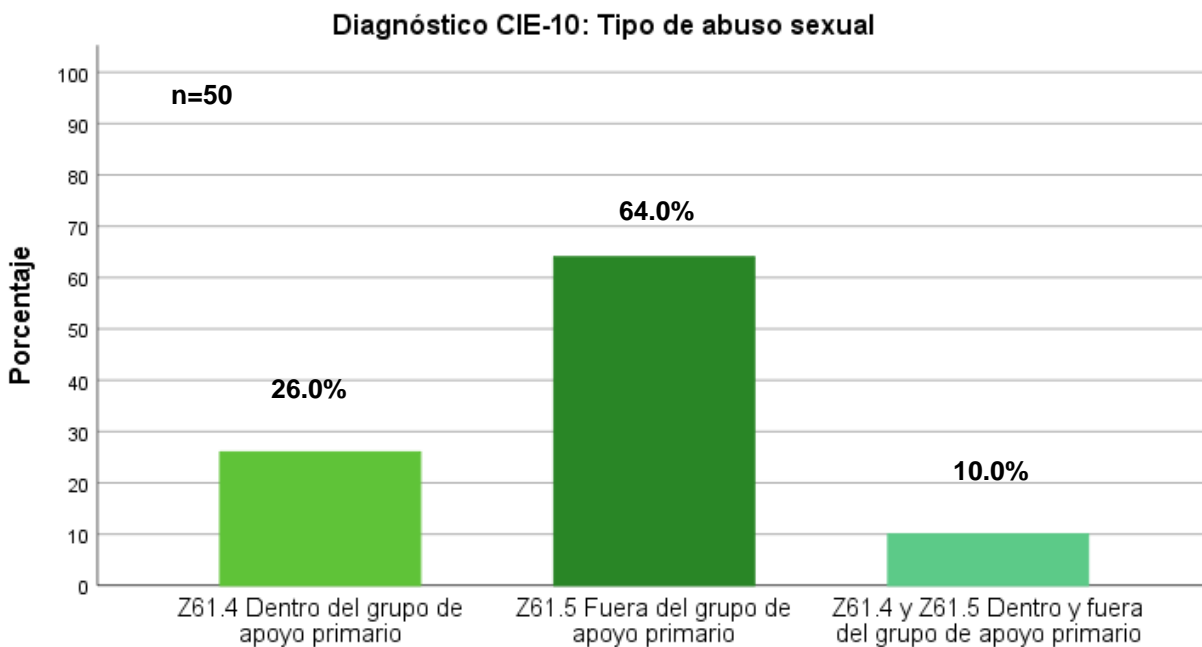
De la misma manera se recogió información de ciertas variables de índole clínica. En cuanto a los tipos de abuso sexual según el contexto de su ocurrencia, acorde a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el 26.0% (n=13) de los adolescentes tuvieron consignado el diagnóstico de Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona perteneciente al grupo de apoyo primario (Z61.4), mientras que al 64.0% (n=32) se les asignó el de Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario (Z61.5). Al 10.0% (n=5) de los menores se les había documentado ambos tipos de abuso sexual en el expediente clínico. (Gráfico 1)

Con respecto al antecedente de hospitalización psiquiátrica, el 26.0% (n=13) tenía al menos un internamiento previo en contraste con el 74.0% (n=37) que solamente había llevado tratamiento de salud mental de manera ambulatoria.

Al tratar los datos somatométricos de los participantes, se obtuvo un índice de masa corporal medio de 23.56 kg/m² (DE 5.36 kg/m²). Al convertir el resultado a puntajes Z de IMC para la edad y por sexo, se obtuvo una media de 68.90 (DE 30.24). Considerando la clasificación del

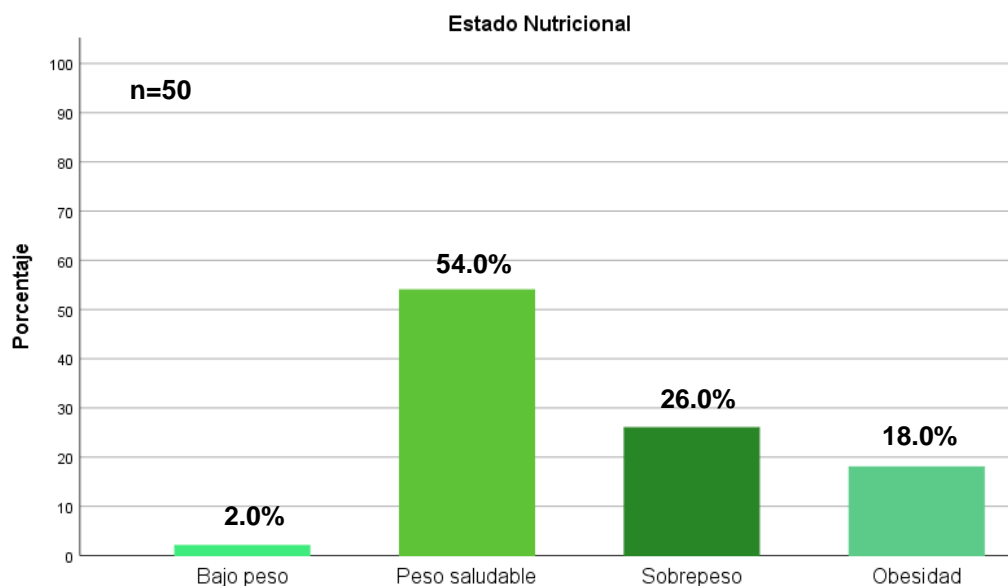
estado nutricional basada en el índice de masa corporal; el 54.0% (n=27) de los participantes se encontraban en la categoría de peso saludable, el 46.0% restante (n=23) tenían un grado de variación de peso no saludable, distribuyéndose de la siguiente manera: 2.0% (n=1) se encontraba con un peso bajo; 26.0% (n=13) padecían sobrepeso y 18.0% (n=9) obesidad. (Gráfico 2).

Gráfico 1: Porcentaje de tipos de abuso sexual



Nota: El gráfico representa el porcentaje de tipo de abuso sexual con base en su contexto de ocurrencia según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Los datos corresponden a la totalidad de la muestra (n=50) y fueron obtenidos del expediente clínico. El tipo de abuso sexual más frecuente fue el acontecido por parte de una persona fuera del grupo de apoyo primario.

Gráfico 2: Porcentaje de estado nutricional



Nota: El gráfico representa el porcentaje de los distintos grupos de estado nutricional con base en los puntajes Z del índice de masa corporal para sexo y edad. (Bajo peso: percentil < 5. Peso saludable: percentil 5-84. Sobrepeso: percentil 85-94. Obesidad: percentil \geq 95). Los datos corresponden a la totalidad de la muestra (n=50). El estado nutricional más frecuente fue el considerado como peso saludable.

Para cumplir con el objetivo general de la investigación primeramente se aplicó una prueba estadística de normalidad a los registros obtenidos de ambas escalas clinimétricas. Considerando el tamaño de la muestra, los datos se procesaron por medio de la prueba de normalidad Shapiro-Wilk determinándose que la puntuación total del Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) no tuvo una distribución normal ($p=0.34$) (Tabla 4) por lo que se procedió a realizar el análisis estadístico con pruebas no paramétricas, es decir, se calculó la ρ de Spearman para correlacionar las puntuaciones totales entre la Escala de Impulsividad de Plutchik (EI) y el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT). El coeficiente de correlación entre ambas variables fue de 0.307, siendo éste estadísticamente significativo ($p=0.03$). (Tabla 5 y Gráfico 4)

Tabla 4: Prueba de normalidad

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.*
EI Total	0.967	50	0.179
Cheat Total	0.950	50	0.034

Nota: La tabla demuestra que a la realización de la prueba de Shapiro-Wilk, la distribución de la puntuación total del ChEAT no tuvo una distribución normal ($p=0.34$), por lo que el análisis se continuó con pruebas estadísticas no paramétricas. gl = grados de libertad, Sig = Significancia *. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

Tabla 5: Prueba de correlación

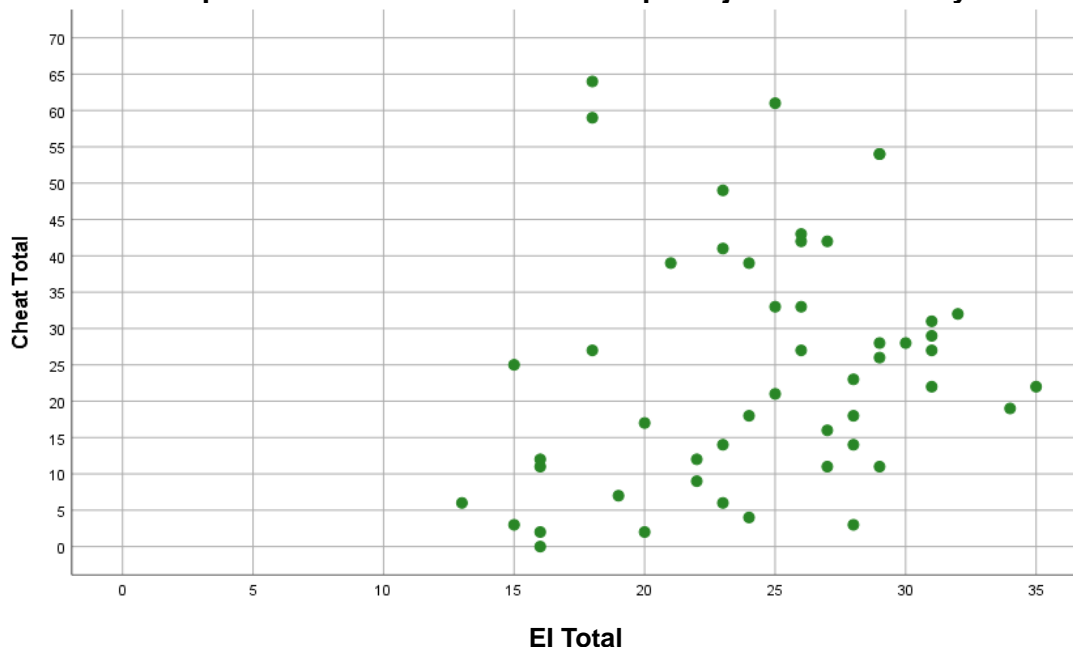
		EI Total	Cheat Total
Rho de Spearman	EI Total		
	Coeficiente de correlación	1.000	0.307*
	Sig. (bilateral)	.	0.030
	N	50	50
	Cheat Total		
	Coeficiente de correlación	0.307*	1.000
Sig. (bilateral)	0.030	.	
N	50	50	

Nota: Esta tabla describe el valor del coeficiente de correlación entre las puntuaciones de la EI y el ChEAT. Como se puede observar, se encontró una relación positiva y estadísticamente significativa. El análisis se llevó a cabo considerando la totalidad de la muestra ($n=50$) Sig = Significancia *. La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Para satisfacer los objetivos específicos de nuestro estudio, se determinó que la puntuación media en la Escala de Impulsividad de Plutchik (EI) entre los participantes fue de 24.42 (22.86 – 25.98, IC 95%; DE 5.47) y el 78.0% ($n=39$) de los encuestados tuvieron un puntaje superior a los 20 puntos, que es el corte sugerido para este instrumento. (Tabla 6, Gráfico 4 y 5)

Por otra parte, la puntuación media en el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) fue de 24.72 (19.93 – 29.51, IC 95%; DE 16.85). El 56.0% ($n=28$) de los pacientes tuvieron conductas alimentarias de riesgo, determinándose estas por una calificación mayor a 20 puntos. (Tabla 6, Gráfico 6 y 7)

Gráfico 3: Dispersión de la relación entre los puntajes totales de EI y ChEAT



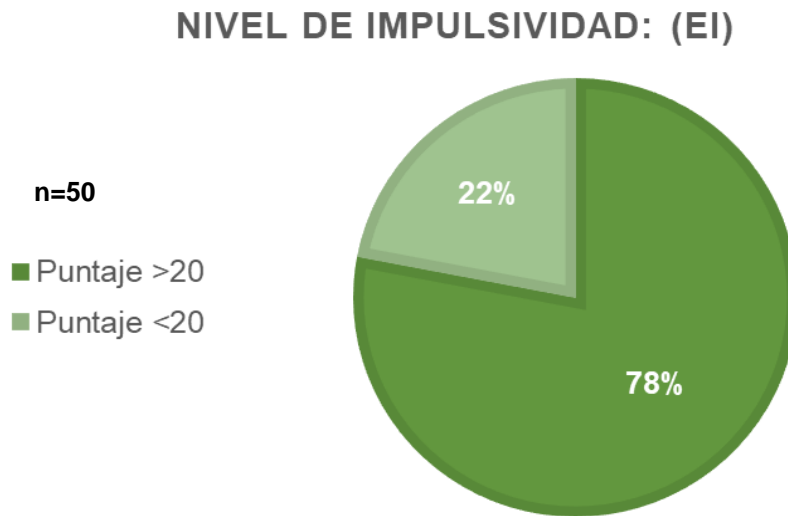
Nota: En este gráfico, los puntos caracterizan la intersección de las puntuaciones totales obtenidas en ambas escalas aplicadas (EI y ChEAT). Aunque los datos no se siguen una tendencia lineal, existe cierta agrupación con correlación estadísticamente significativa ($\rho = 0.307$, $p = 0.03$). El análisis se llevó a cabo considerando la totalidad de la muestra ($n=50$).

Tabla 6: Estadísticos descriptivos

EI Total	Media	24.42	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	22.86
		Límite superior	25.98
	Media recortada al 5%	24.46	
	Mediana	25.00	
	Varianza	29.96	
	Desviación estándar	5.47	
	Mínimo	13	
	Máximo	35	
ChEAT Total	Media	24.72	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	19.93
		Límite superior	29.51
	Media recortada al 5%	23.97	
	Mediana	22.50	
	Varianza	284.00	
	Desviación estándar	16.85	
	Mínimo	0	
Máximo	64		

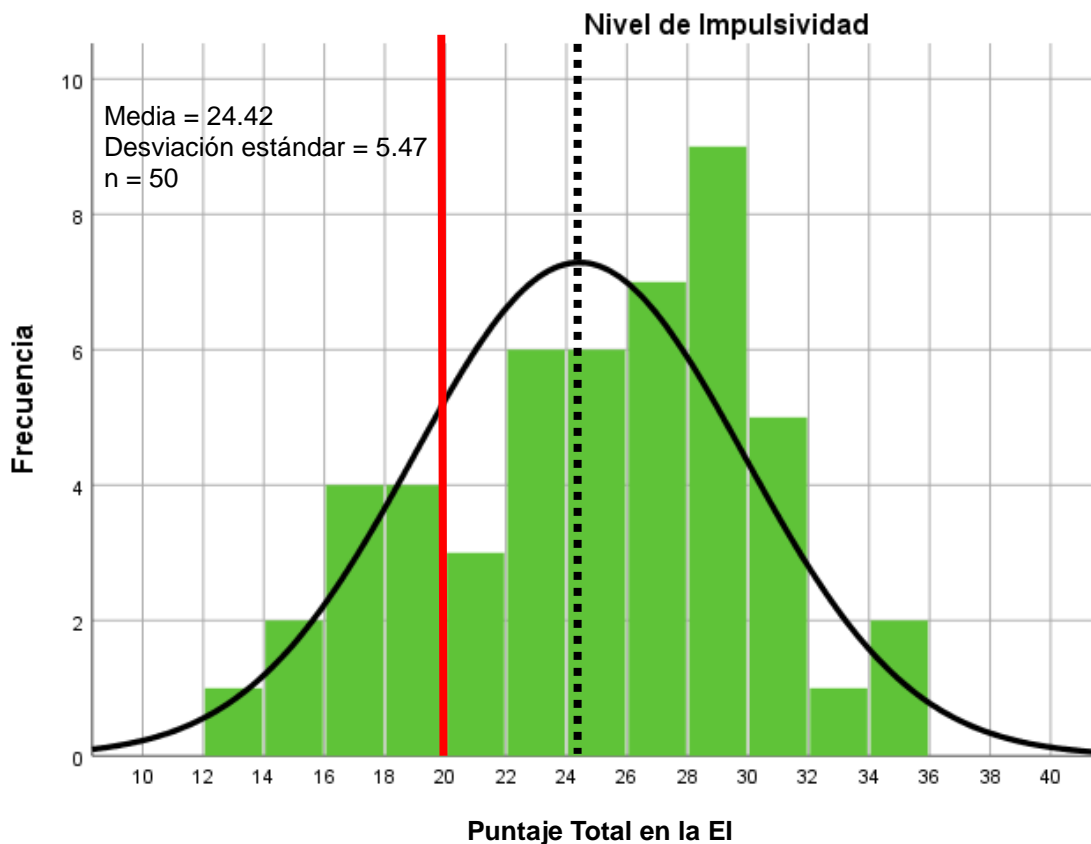
Nota: Estadísticas de tendencia central y dispersión de las puntuaciones obtenidas tanto en la EI como en el ChEAT considerando la totalidad de la muestra ($n=50$).

Gráfico 4: Porcentajes por encima y debajo del punto de corte de la EI



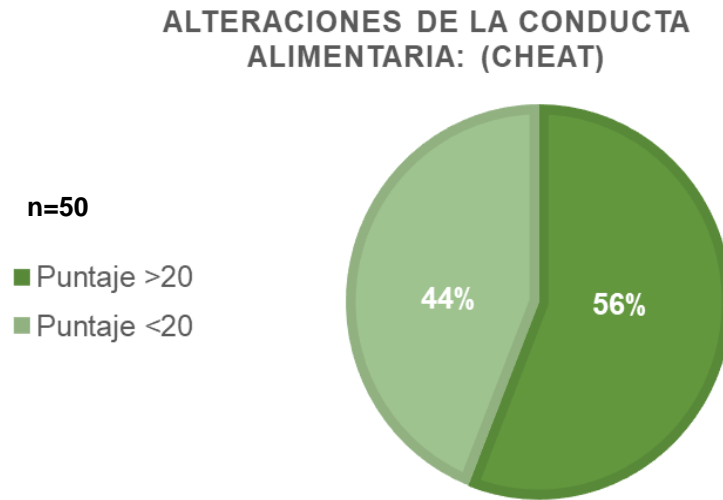
Nota: El gráfico representa el porcentaje de pacientes de la totalidad de la muestra (n=50) que tuvieron una puntuación por encima y por debajo del punto de corte en la EI.

Gráfico 5: Estadísticas descriptivas de la puntuación total de la EI



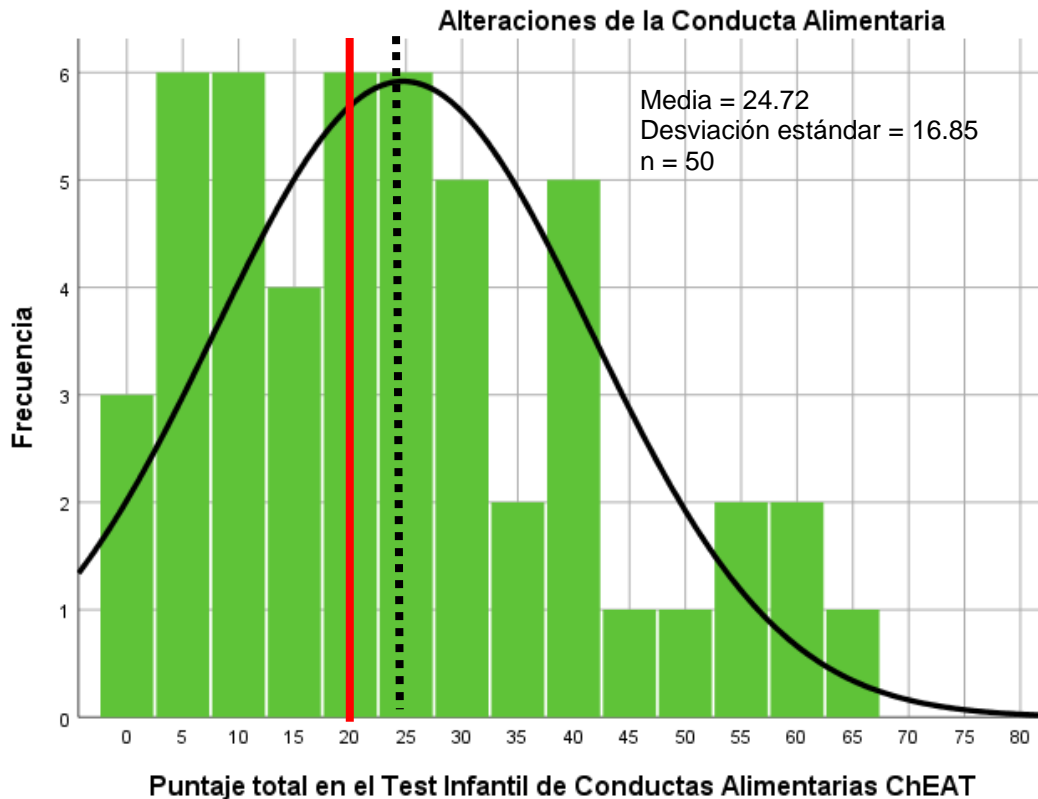
Nota: Las barras indican la frecuencia de los puntajes totales obtenidos en la EI. La línea punteada corresponde a la media de las puntuaciones y la línea roja el punto de corte recomendado para la escala. Los datos corresponden a la totalidad de la muestra (n=50)

Gráfico 6: Porcentajes por encima y debajo del punto de corte del ChEAT



Nota: El gráfico representa el porcentaje de pacientes de la totalidad de la muestra (n=50) que tuvieron una puntuación por encima y por debajo del punto de corte en el ChEAT.

Gráfico 7: Estadísticas descriptivas de la puntuación total del ChEAT



Nota: Las barras indican la frecuencia de los puntajes totales obtenidos en el ChEAT. La línea punteada corresponde a la media de las puntuaciones y la línea roja el punto de corte recomendado para la escala. Los datos corresponden a la totalidad de la muestra (n=50).

La muestra de pacientes se dividió en grupos considerando los atributos sociodemográficos y clínicos con la finalidad de comparar la concordancia de las variables dependientes entre ellos. Para llevar a cabo este análisis se realizó una prueba *t* para muestras independientes en las variables dicotómicas o de dos grupos (sexo, lugar de residencia y antecedente de hospitalización) y para el resto de las variables en que había más de dos grupos se realizó un análisis de varianzas (ANOVA).

Al comparar las medias de las puntuaciones obtenidas en ambas escalas clinimétricas en cada uno de los grupos conformados se encontró que sólo hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en las puntuaciones medias de la Escala de Impulsividad de Plutchik (EI) en los grupos divididos por escolaridad ($F 4.37$, $p=0.018$) (Tabla 7 y 8; Gráfico 8) y en la puntuación media del Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) en los grupos divididos por su estado nutricional ($F 2.92$, $p=0.04$) (Tabla 8). En este último grupo, sin embargo, los resultados no se reprodujeron al usar estadística no paramétrica (Tabla 9).

Tabla 7: Estadísticos descriptivos de grupos con variaciones significativas

		N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	IC 95% para la media		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
EI Total	Primaria	5	18.20	3.899	1.744	13.36	23.04	16	25
	Secundaria	27	24.63	5.350	1.030	22.51	26.75	13	34
	Bachillerato	18	25.83	5.044	1.189	23.33	28.34	16	35
	Total	50	24.42	5.474	0.774	22.86	25.98	13	35
ChEAT Total	Bajo peso	1	64.00	64	64
	Peso saludable	27	22.52	14.916	2.871	16.62	28.42	2	61
	Sobrepeso	13	21.54	16.591	4.602	11.51	31.56	3	54
	Obesidad	9	31.56	18.035	6.012	17.69	45.42	0	59
	Total	50	24.72	16.852	2.383	19.93	29.51	0	64

Nota: La tabla recoge los estadísticos de tendencia central y de dispersión en de aquellos grupos donde el análisis de varianzas (ANOVA) encontró diferencias significativas entre las puntuaciones medias de la EI y el ChEAT. Los cálculos se realizaron considerando la totalidad de la muestra (n=50) IC = Intervalo confianza.

Tabla 8: ANOVA de grupos con variaciones significativas

		F	Sig.
EI Total	Entre grupos	4.378	0.018*
	Total		

ChEAT Total	Entre grupos	2.920	0.044*
	Total		

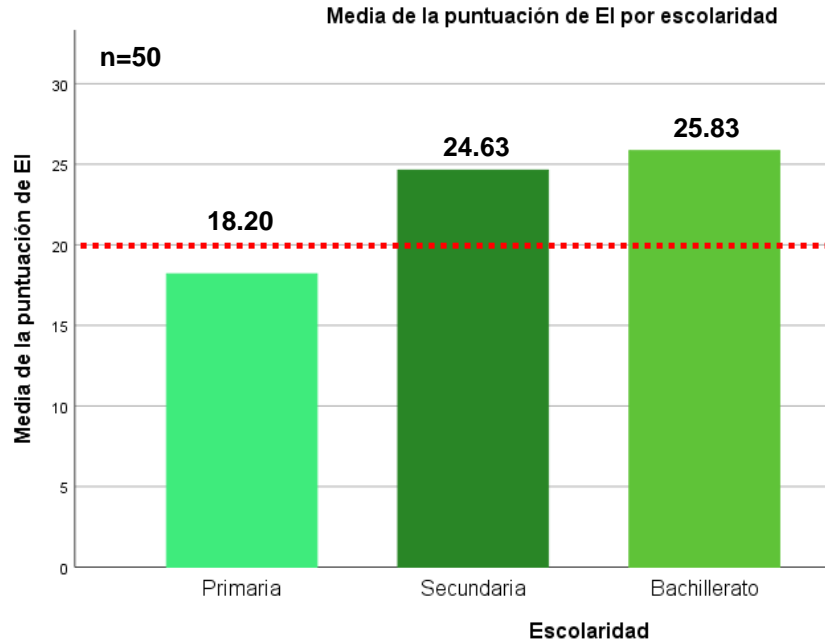
Nota: La tabla demuestra el cociente de las varianzas (estadístico F) de las puntuaciones obtenidas en la EI y el ChEAT. La información presentada se limitó a aquellos grupos donde se encontró significancia estadística. No existió una diferencia significativa en los grupos de pacientes divididos por el resto de las variables sociodemográficas. El cálculo se realizó considerando la totalidad de la muestra (n=50). Sig *. El valor tiene significancia estadística en el nivel 0.05.

Tabla 9: Prueba Kruskal-Wallis de la puntuación de ChEAT entre estado nutricional

N total	50
Estadístico de prueba	5.068
Sig. asintótica (prueba bilateral)	0.167

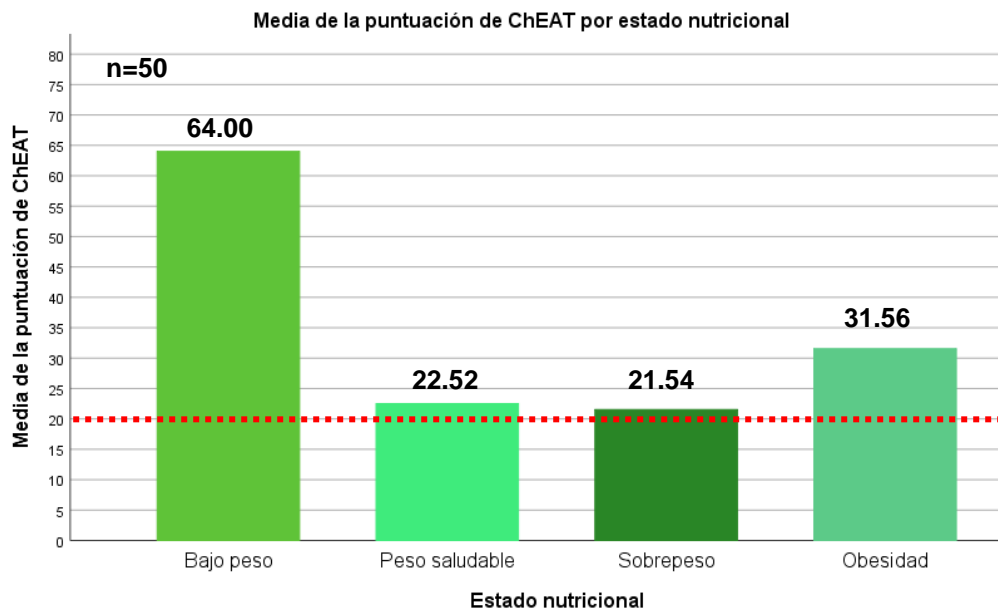
Nota: La tabla muestra los resultados de la prueba Kruskal-Wallis realizada para comparar la puntuación total de ChEAT entre los grupos divididos por estado nutricional. Esta prueba se realizó para comparar el comportamiento de las variables al utilizar estadística no paramétrica. Sig*. El valor tiene significancia estadística en el nivel 0.05.

Gráfico 8: Puntuaciones medias de la EI por escolaridad



Nota: Las barras indican la puntuación media de la EI obtenida por los adolescentes divididos en grupos con base en su escolaridad al momento del estudio. Para el cálculo se consideró la totalidad de la muestra (n=50). La línea roja indica el punto de corte recomendado para la escala. Se observó una relación positiva entre la impulsividad y la escolaridad.

Gráfico 9: Puntuaciones medias del ChEAT por estado nutricional



Nota: Las barras indican la puntuación media del ChEAT obtenida por los adolescentes divididos en grupos con base en su estado nutricional (determinado por su índice de masa corporal). Para el cálculo se consideró la totalidad de la muestra (n=50). La línea roja indica el punto de corte recomendado para la escala.

Para analizar qué tipo de alteraciones de la conducta alimentaria se presentaron con mayor regularidad, se realizó una tabla de frecuencias y se contrastaron los puntajes medios obtenidos en cada uno de los reactivos que componen el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT). El reactivo 11 “Deseo estar más delgado(a)” fue el que tuvo la puntuación media más alta (1.54 puntos). Dentro de los 5 reactivos con puntajes medios más altos, 4 de ellos correspondían a síntomas cognitivos, es decir pensamientos negativos relacionados con la imagen corporal (Tabla 10).

Tabla 10: Puntajes medios de cada reactivo del ChEAT

Número	Media	Descripción del reactivo
E.11	1.54	Deseo estar más delgado
E.14	1.42	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
E.5	1.32	Corto mis alimentos en trozos pequeños
E.12	1.32	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio
E.1	1.26	Me asusta pensar mucho
E.8	1.26	Los demás preferirían que yo comiera más
E.15	1.20	Tardo en comer más que las otras personas
E.10	1.14	Me siento culpable después de comer
E.13	1.14	Los demás piensan que estoy demasiado delgado
E.20	1.10	Siento que los demás me presionan para que coma
E.19	1.04	Me controlo en las comidas
E.2	1.00	Procuro no comer, aunque tenga hambre
E.4	1.00	A veces me he atracado de comida sintiendo que era incapaz de dejar de comer
E.3	0.98	Me preocupo mucho por la comida
E.26	0.96	Tengo ganas de vomitar después de comer
E.6	0.82	Tengo en cuenta las calorías de los alimentos que como
E.22	0.82	Me siento incomodo después de comer dulces
E.24	0.78	Me gusta sentir el estómago vacío
E.18	0.76	Siento que los alimentos controlan mi vida
E.21	0.76	Paso demasiado tiempo pensando en la comida
E.23	0.70	Me he puesto a dieta
E.16	0.58	Procuro no comer alimentos con azúcar
E.25	0.58	Me gusta probar comidas nuevas y sabrosas
E.7	0.54	Evito comer alimentos con muchos carbohidratos
E.9	0.36	Vomito después de comer
E.17	0.34	Como alimentos dietéticos

Nota: La tabla muestra la puntuación media obtenida en cada reactivo que compone el ChEAT. Los resultados se ordenaron en forma descendente. Para llevar a cabo el cálculo se tomó en cuenta a totalidad de la muestra (n=50).

DISCUSIÓN

Las alteraciones de la conducta alimentaria pueden dar origen a trastornos complejos conceptualizados como condiciones psicopatológicas que transitan por un continuo que involucra un polo anoréxico/restrictivo/compulsivo y un polo bulímico/purgativo/impulsivo. Distintos trastornos forman parte de este espectro, compartiendo, similitudes identificadas como rasgos centrales, a saber, desconfianza interpersonal, alexitimia, ascetismo, miedo a la madurez, ineficacia, perfeccionismo y afán por la delgadez parecidos a los trastornos psicológicos observados como consecuencia del abuso sexual infantil ⁵⁶.

Aunque el abuso sexual como factor de riesgo en los trastornos alimentarios es relativamente claro, la literatura sugiere necesario considerar la posibilidad de otros elementos contribuyentes como ciertas características del abuso, factores mediadores, y cualquier posible vínculo con sintomatología específica.

Nuestra investigación se centró en dilucidar la correlación entre la impulsividad y alteraciones de la conducta alimentaria. Se determinó que existe una asociación positiva y estadísticamente significativa ($p=0.03$) aunque débil ⁵⁷ entre ambas variables ($\rho= 0.307$). Estos hallazgos están en consonancia con las teorías en las cuales se ha establecido que ciertos factores, entre ellos algunas características de la personalidad se correlacionan y participan como detonadores de psicopatología y enfermedad ^{39, 46}. Aunque los resultados mostraron una asociación positiva, esta no fue de la magnitud reportada por otros trabajos donde se concluyó que la impulsividad conductual tenía un efecto de mediación fuerte entre un historial de abuso sexual y un comportamiento alimentario restrictivo o purgativo ⁵⁸.

La pequeña fuerza de asociación podría explicarse debido a que, si bien la impulsividad es un contribuyente, las alteraciones de la conducta alimentaria están relacionadas a múltiples factores no contemplados en nuestra investigación (y descritos en otros trabajos), tales como el estilo de afrontamiento ante situaciones traumáticas, el nivel de autoestima ⁵⁵, los patrones de interacción familiar ⁴⁴, etc. De hecho, se considera que los trastornos mentales y del comportamiento que se han relacionado con el abuso sexual, son generados por una combinación de factores de riesgo en lugar de una sola influencia ⁵⁹, por lo que un problema teórico y metodológico común y difícil de resolver es vincular las conductas alimentarias con manifestaciones psicológicas particulares.

Ciertas limitantes impiden la correcta extrapolación de nuestros resultados con revisiones previas, por ejemplo, no hay una sola manera de medir la impulsividad por lo que las evaluaciones pudieran ser abordadas de forma multimodal ⁶⁰. Un hecho no contemplado en nuestro trabajo y que podría ser objeto de interés para futuras investigaciones es que algunos autores consideran a la impulsividad como un grupo heterogéneo de rasgos de orden inferior que incluyen por ejemplo la búsqueda de sensaciones, asunción de riesgos, búsqueda de novedades, audacia, aventurerismo, susceptibilidad al aburrimiento, falta de confiabilidad y desorden ⁶¹.

Aunque nuestro estudio incluyó participantes de ambos sexos, la muestra estuvo conformada en un 92.0% (n=46) por mujeres, de manera similar a las investigaciones previas sobre el abuso sexual y las alteraciones de la conducta alimentaria ^{11, 30}, donde la totalidad de los sujetos de investigación fueron mujeres. A pesar de que en el análisis estadístico no se encontró una diferencia significativa entre las puntuaciones medias de impulsividad y de alteraciones de la conducta alimentaria, en ambos grupos divididos por sexo; la escasa información obtenida de participantes varones limita la inferencia de si los resultados obtenidos también pueden ser aplicados a los varones.

Nuestra investigación arrojó que el 56.0% de los adolescentes con antecedente de abuso sexual tuvieron alteraciones de la conducta alimentaria, contrastándose con el estudio de Camarillo y colaboradores ¹⁹ quienes, en una muestra de adolescentes de la misma nacionalidad, pero sin antecedente de abuso sexual obtuvieron un 5.0% de conductas alimentarias patológicas. Esta relación es aún superior si se consideran los resultados de los trabajos de Sanci ¹¹ y Chen ⁵⁹ quienes reportaron que el antecedente de al menos un episodio de abuso sexual confería un riesgo relativo de 2.50 y 2.72 respectivamente, para el desarrollo de algún trastorno de la alimentación. El alto porcentaje obtenido en nuestro estudio sin embargo debe interpretarse con cautela debido a que, en primer lugar, nuestra investigación se llevó a cabo en una población clínica, por lo que supondría una mayor comorbilidad psiquiátrica y en segunda instancia, el instrumento utilizado para la medición de las alteraciones alimentarias es una herramienta de tamizaje, mientras que el resto de los trabajos citados se avocaron al diagnóstico de un trastorno mediante criterios clínicos específicos.

Un hecho a destacar en cuanto a las características del evento traumático es que, acorde a Everill y Waller ⁶², el abuso incestuoso debido a la variación del juicio moral en función de los

valores socioculturales y códigos éticos, podría tener un impacto distintivo en el desarrollo y la salud mental. En nuestro estudio, si bien no se determinó el grado de parentesco del presunto agresor sexual con la víctima, se llevó a cabo un análisis de varianzas en donde no se encontraron diferencias significativas en la puntuación media de las alteraciones alimentarias entre los adolescentes con abuso sexual acontecido dentro o fuera del grupo de apoyo primario.

En nuestro estudio el 78.0% de los adolescentes tuvieron un puntaje superior al punto corte en la Escala de Impulsividad de Plutchik (EI) siendo la puntuación media de 24.42 puntos. Este resultado concuerda con lo observado por diversos investigadores como Steiger ⁶³ quienes reportaron altas tasas de impulsividad e inestabilidad afectiva en la mayoría de pacientes con trastornos alimentarios, particularmente en aquellos que han sufrido de abuso sexual.

Tal y como lo señalaron los resultados de Wonderlich, nuestra investigación compartió el hecho de que los adolescentes con abuso sexual reportaron altos niveles de insatisfacción con su peso corporal, siendo el reactivo “Deseo estar más delgado(a)” el que tuvo una puntuación media más alta. Esto es congruente con los hallazgos que han establecido que mujeres víctimas de abuso tienen más probabilidad de desear cuerpos más delgados ³³. Dichas alteraciones cognitivas, teóricamente se explican como parte de la respuesta a un trauma complejo tanto a mediano como a largo plazo en la cual surge un apego desorganizado que perdura en etapas tardías de la niñez, la adolescencia y la adultez y que implican problemas de la autorregulación y comúnmente una disociación mental con el fin de amortiguar los afectos indeseables ⁶⁴.

Dentro de las fortalezas o áreas de oportunidad de este trabajo resalta el hecho que se determinó que los adolescentes con abuso sexual, al menos en nuestra población, tienen puntuaciones medias por encima del punto de corte en una escala de tamizaje para las alteraciones de la conducta alimentaria. A pesar de las limitantes propias de la investigación, este hallazgo podría tener importantes implicaciones clínicas, puesto que se asume una alta probabilidad de que exista un trastorno de la ingestión de alimentos como entidad comórbida. De allí la necesidad de que los pacientes con abuso sean sistemáticamente evaluados con el fin de establecer un diagnóstico temprano y brindar estrategias de intervención y tratamiento oportunas.

CONCLUSIONES

1. Se encontró una asociación positiva y estadísticamente significativa entre la impulsividad y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedente de abuso sexual. La correlación entre ambas variables sin embargo fue débil ($\rho= 0.307$, $p=0.03$), lo que sugiere la existencia de otros factores mediadores que intervienen en el desarrollo y severidad de dichas conductas.
2. El 78.0% ($n=39$) de los adolescentes con antecedente de abuso sexual tuvieron una puntuación cruda superior al punto de corte en la Escala de Impulsividad de Plutchik (EI). La puntuación media reportada fue de 24.42 (22.86 – 25.98, IC 95%; DE 5.47).
3. La puntuación media del Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) en los adolescentes con antecedente de abuso sexual fue de 24.72 (19.93 – 29.51, IC 95%; DE 16.85). El 56.0% ($n=28$) de los participantes tuvieron conductas alimentarias de riesgo. Este porcentaje fue mayor al reportado en investigaciones previas realizadas en muestras comunitarias.
4. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las alteraciones de la conducta alimentaria en grupos de adolescentes con antecedente de abuso sexual divididos por sexo, lugar de residencia, escolaridad, religión o nivel socioeconómico. Tampoco se encontraron diferencias significativas tomando en cuenta el tipo de abuso sexual o el antecedente de hospitalización psiquiátrica.
5. Se encontró una diferencia significativa en el nivel de impulsividad únicamente en los grupos de adolescentes divididos por escolaridad. Por el contrario, la diferencia de las medias no fue significativa en el resto de las características sociodemográficas y clínicas contempladas en nuestro estudio.
6. Se obtuvo una diferencia con significancia de las puntuaciones medias obtenidas en el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) entre los grupos de adolescentes con antecedente de abuso sexual divididos por su estado nutricional ($F 2.92$, $p=0.04$). Las alteraciones de la conducta alimentaria fueron mayores en los adolescentes con peso bajo y obesidad.
7. Los síntomas cognitivos relacionados conducta alimentaria y la alteración de la imagen corporal se presentaron con una mayor frecuencia entre los adolescentes con antecedente de abuso sexual.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

1. Si bien nuestra investigación aportó información sobre la relación de la impulsividad con las alteraciones de la conducta alimentaria, existen múltiples factores que pueden funcionar como mediadores que no fueron contemplados, tales como el estilo de afrontamiento, el nivel de autoestima, los patrones de interacción familiar, etc. Este estudio se enfrentó a un problema metodológico común, puesto que se tiende a vincular las conductas alimentarias con manifestaciones psicológicas o conductas particulares.
2. Teóricamente se establece que el abuso sexual infantil no es un factor de riesgo específico para los trastornos de la conducta alimentaria. De hecho, el abuso es un factor de riesgo para muchas formas de psicopatología. Por ello, sólo las investigaciones longitudinales y prospectivas pueden establecer definitivamente si existe una relación temporal requerida.
3. El diseño de nuestra investigación es transversal y se limitó a establecer una asociación entre impulsividad de alteraciones de la conducta alimentaria, sin que esto implicara de ninguna manera una relación causal. Desafortunadamente, ha habido muy pocos estudios que hayan utilizado un diseño longitudinal para examinar la impulsividad como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.
4. Uno de los problemas que sistemáticamente se presenta en este tipo estudios y con el cual nos enfrentamos es la naturaleza heterogénea de las variables. Actualmente, por ejemplo, la impulsividad puede comprenderse como constructo heterogéneo de rasgos de orden inferior. La visión multimodal de la impulsividad permitiría obtener información aún más precisa.
5. La impulsividad fue valorada con un instrumento de autoinforme validado, sin embargo, la evaluación de la misma puede enriquecerse mediante la inclusión de comportamientos e indicadores fisiológicos de impulsividad. Por ejemplo, la prueba de Stroop puede servir como un instrumento de medición útil de la conducta impulsiva.

6. Una limitante subyace en el propio tamaño de la muestra, además de que esta fue recolectada en un contexto clínico. Las futuras investigaciones pudieran considerar el contraste de los datos con grupos de control emparejados por múltiples características sociodemográficas y/o clínicas.
7. Nuestra muestra tuvo escasa participación de adolescentes varones, por lo que los datos resultan insuficientes para establecer comparaciones precisas cuando se confrontan los resultados obtenidos en grupos divididos por sexo. La escasa información obtenida limita la inferencia de si los hallazgos del estudio también pueden ser aplicados a los hombres.
8. Se pretende que el presente estudio se integre a la base teórica existente para una mayor comprensión de la psicopatología en pacientes con antecedente de abuso sexual. Los resultados obtenidos, pueden utilizarse para la caracterización del comportamiento de estos fenómenos a nivel local y para auxiliar en el planteamiento de modelos de intervención temprana que impacten positivamente en la salud mental de los niños y adolescentes mexicanos.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10. 10ª edición. España; Editorial Médica Panamericana; 2000.
2. Berlinerblau V. Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) [Internet]. Mayo 2017. [consultado 30 mayo 2021]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf
3. 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>
4. Álvarez G, Castillo K. Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México. UNICEF para cada niño. 1ª ed. México; 2019.

5. Stoltenborgh M, van IJzendoorn M, Euser E, Bakermans-Kranenburg M. A Global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*. 2011; 16(2): 79-101.
6. Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Franco A, Palma O. Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *Salud Pública Mex*. 2006; 48 (supl2): s232-2388
7. Ramos L, Saldívar G, Medina M, Rojas E, Villatoro J. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública Mex*. 1998; 40(3): 221-233
8. Chávez R, Rivera L, Ángeles A, Díaz E, Allen B, Lazcano E. Factores de abuso sexual en la infancia y adolescencia en estudiantes de Morelos, México. *Rev Salud Pública*. 2009; 43(3): 506-14.
9. Valdez R, Villalobos A, Arenas L, Flores K, Ramos L. Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes. *Salud Pública Mex*. 2020; 62: 661-671.
10. Smolak L, Murnen S. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2002; 31: 136-150.
11. Sancí L, Coffey C, Olsson C, Ried S, Carlin J, 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.
12. Maloney, M., McGuire, J., Daniels, S., Specker, B. Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*. 1989; 84: 482-489.
13. Gómez del Barrio J, Gaité Pindado L, Gómez E, et al. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso. [en línea] [accesado el 30 de mayo de 2021]. Disponible en: www.saludcantabria.es
14. Staudt M, Rojo M. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa: Revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 2006; 156: 24-30
15. Instituto Nacional de la Salud. Trastornos de la alimentación. [en línea] [accesado el 30 de mayo de 2021]. Disponible en: www.nimh.nih.gov

16. Moreno G, Rosa O. Trastornos alimentarios y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Ter Psicol.* 2009; 27(2): 181-190.
17. Weissberg K, Quesnel G. Guía de trastornos alimenticios. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 1ª ed. México; 2004.
18. Vázquez R, Mancilla J, 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.
19. Camarillo O, Cabada R, Gómez M, Munguía A. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Rev Esp Méd Quir.* 2013; 18: 51-55.
20. Gómez P, Ávila A. ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? *Psicología Iberoamericana.* 1998; 6: 37-45.
21. Connors M, Morse W. Sexual abuse and eating disorders: a review. *Int J Eat Disord.* 1993; 13(1): 1-11.
22. Gleaves D, Eberenz K. Sexual abuse histories among treatment-resistant bulimia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders.* 1994; 15: 227-231.
23. Everill J, Waller G. Reported sexual abuse and eating psychopathology: a review of the evidence for a causal link. *Int J Eat Disord.* 1995; 18(1): 1-11.
24. Molinari E. Eating disorders and sexual abuse. *Eat Weight Disord.* 2001; 6(2): 68-80.
25. Cohen J, Mannarino A. Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996; 35: 1402–1410
26. Tebbutt J, Swanston H, Oates R, O'Toole BI. Five years after child sexual abuse: persisting dysfunction and problems of prediction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; 36: 330–339
27. Bushnell J, Wells J, Oakley-Browne M. Long-term effects of intrafamilial sexual abuse in childhood. *Acta Psychiatr Scand.* 1992; 85: 136–142
28. Garfinkel P, Lin E, Goering P et al. Bulimia nervosa in a canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry.* 1995; 152: 1052–1058
29. Dansky B, Brewerton T, Kilpatrick D, O'Neill P. The National Women's Study: relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1997; 21: 213–228

30. Wonderlich S, Brewerton T, Jolic Z, Dansky B, Abbott D. Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36: 1107–1115
31. Jacobi C, Hayward C, De Zwann M, Kraemer H, Agras W. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull*. 2004; 130(1): 19-65.
32. Johnson J, Cohen P, Kasen S, Brook J. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(3): 394-400.
33. Wonderlich S, Crosby R, Mitchell J, Roberts J, Haseltine B, DeMuth G, Thompson K. Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2010; 39(10): 1277-1283.
34. Juli, M. Can violence cause eating disorders? *Psychiatria Danubina*. 2015; 27, 336-3388.
35. Cachelin F, Striegel-Moore R, Elder K, Pike K, Wilfley D, Fairburn C. Natural course of a community sample of women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 1999; 25: 45-54.
36. Eysenck S, Eysenck, H. Impulsiveness and venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, 1978; 43(3): 1247-1255.
37. Ardila A, Ostrosky-Solís, F. Desarrollo histórico de las funciones ejecutivas. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 2008; 8: 1-21.
38. Leshem, R. Glicksohn, J. The construct of impulsivity revisited. *Personality and Individual Differences*. 2007; 43 (4): 681-691
39. Orozco-Cabal, L. Herin D. Neurobiología de la impulsividad y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2008; 37(2): 207-219
40. 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

41. Kearney C, Striegel M. 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.
42. Heatherton T, Baumeister R. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol.Bull.* 1991; 110: 86-108.
43. Waller G. Sexual abuse as a factor in eating disorders. *British journal of psychiatry*. 1991; 159: 664-671.
44. Mambrú T. 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.
45. 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.
46. Kleifield E, Sunday S, Hurt S, Halmi A. The Tridimensional Personality Questionnaire: an exploration of personality traits in eating disorders. *J Psychiat Res.* 1994. 28(5): 413- 423.
47. Vázquez A, López A, Álvarez R, Mancilla D, Ruiz A. Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2006; 11: 185-197.
48. García-Portilla M, Bascarán M, Sáiz P, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. 7ª ed. México: Cyesan; 2015.
49. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Martínez M, Álvarez S, Marín J, et al. Validación de la Escala de Impulsividad de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*. 1999; 61: 223-232.
50. Alcázar-Córcoles M, Verdejo A, Buoso-Sáiz J. Propiedades psicométricas de la Escala de Impulsividad de Plutchik en una muestra de jóvenes hispanohablantes. *Actas Esp Psiquiatr.* 2015; 43(5): 161-169.

51. Páez F, Jiménez A, López A, Raull J, Ortega H, Nicolini H. Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Rev Salud Mental*. 1996; 19(3): 10-12.
52. Maloney M, McGuire J, Daniels S. Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1988; 27: 541-543.
53. Escoto M, Camacho E. Propiedades psicométricas del test infantil de actitudes alimentarias en una muestra mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*. 2008; 25(1): 99-106.
54. Elizathe L, Murawski B, Arana F, 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.
55. Smolak L, Levine M. Psychometric properties of the children's eating attitudes test. *International Journal of Eating Disorders*. 1994; 16(3): 275-282.
56. Garner D. *Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc. 2004.
57. Martínez R, Tuya L, Martínez M, Pérez A, Cánovas A. El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman, caracterización. *Rev Haban Cienc Méd*. 2009; 8(2): 1-19.
58. Wonderlich S, Crosby R, Mitchell J, Thompson K, Redlin, J, Demuth G., et al. Pathways mediating sexual abuse and eating disturbance in children. *International Journal of Eating Disorders*. 2001; 29: 270-279.
59. Chen L, Murad M, Paras M, Colbenson K, Sattler A, Goranson E., et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010; 85: 618-629.
60. Waxman S. A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2009; 17(6): 408-425.
61. Depue R, Collins P. Neurobiology of the structure of personality: Dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behavioral and Brain Sciences*. 1999; 22(03): 491-517.

- 62.** Everill J, Waller G. Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link. *International Journal of Eating Disorders*. 1995; 18, 1-11.
- 63.** Steiger H, Richardson J, Schmitz N, Israel M, Bruce K, Gauvin L. Trait defined eating-disorder subtypes and history of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*. 2010; 43: 428-432.
- 64.** Schore, A. Relational trauma, brain development and dissociation. In J. Ford, C. Courtois, editors. *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents. Scientific foundations and therapeutic models*. New York: Guilford Publications. 2013; 3-23.

ANEXOS

Anexo 1: Carta de asentimiento informado para participación en protocolos de investigación

Lugar y fecha: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, Ciudad de México, a _____ de _____ de _____.

Título de la Investigación: Correlación entre la impulsividad y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México.

He sido valorado/a en esta institución 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.

Para el estudio, contestaré dos cuestionarios, que son instrumentos clínicos que miden la impulsividad y los problemas relacionados con alteraciones de la conducta alimentaria. Los instrumentos se llaman: Escala de Impulsividad de Plutchik (EI) y Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT).

Estos cuestionarios y la toma de datos para el estudio, no tienen costo para mi o mi familia y los contestaré en el tiempo en el que asisto al hospital de 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 (los cuestionarios realizados) se agregarán al expediente clínico y mi médico tratante podrá ver dicho resultado, para mejorar el tratamiento si así lo considera. En sí, podré brindar mayor información para un trato más completo para mí y otros niños y niñas que vienen al hospital.

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 el Dr. Bryan Omar Del Real Navarro, quien es el investigador responsable y lo podemos localizar en el teléfono 3326653040.

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 al Dr. Bryan Omar Del Real Navarro.

Confidencialidad

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

Firmas del Asentimiento Informado

Se me ha explicado a mí y a mi padre/madre o tutor la información anterior. Se nos ha ofrecido la oportunidad de hacer preguntas y las respuestas recibidas han aclarado nuestras dudas. 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 o problema 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 permite nuestra participación de forma libre y voluntaria.

Nombre completo y firma del **paciente**

Nombre completo y firma de **madre/padre o tutor(a)**

Nombre completo y firma del **testigo 1**

Nombre completo y firma del **testigo 2**

Dr. Bryan Omar Del Real Navarro

Investigador que explicó la información de este consentimiento

Fecha

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 _____ de _____ de _____.

Protocolo: “Correlación entre la impulsividad y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México”

Registrado ante el Comité de Investigación con número: _____

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

Nombre del investigador principal: Dr. Bryan Omar Del Real Navarro

Dirección del sitio de investigación: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” San Fernando #86, Col. Belisario Domínguez, C.P. 14080, Alc. Tlalpan, CDMX. 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, madre o tutor (a) del menor _____, declaro que se le propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de impulsividad y/o alteraciones de la conducta alimentaria.

II. Se me ha informado que se realizará una toma de datos personales y dos cuestionarios autoaplicados.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud 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 existe impulsividad y/o 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 optimizar 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 la impulsividad y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México.**

En caso de tener alguna duda o que desee que no se ocupe su información puede comunicarse con la investigadora Dr. Bryan Omar Del Real Navarro al teléfono 3326653040.

Dr. Bryan Omar Del Real Navarro

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del tutor

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Fecha: _____

Anexo 3: Carta de aprobación del proyecto original 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 Cenicerros

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

Av. San Buenaventura 86, Colonia Belisario Domínguez, Alcaldía Tlalpam, C.P. 14260, CDMX
Teléfonos: 55 5573 4844, 55 5573 4888 y 55 5573 2805, hpijnn@salud.gob.mx, www.gob.mx/salud/hpijnn



Anexo 4: Carta de aprobación del proyecto original por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”



Comité de ética 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”

Av. San Buenaventura 96, Colonia Belisario Domínguez, Alcaldía Tepic, CP 64660, COAH
Teléfonos: 55 5573 4844, 55 5573 4888 y 55 5573 2885, fax: 55 5573 2885, hpijnn@salud.gob.mx, www.gob.mx/salud/hpijnn



Anexo 5: Carta de aprobación del proyecto actual por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



Ciudad de México a 01 de febrero de 2022
Oficio No. SPPS/DGSAP/HPIJNN/012/2022
Asunto: Registro de tesis derivada

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats
Investigador responsable
HPIJNN
P r e s e n t e

En relación con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Título del proyecto: *"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".*

Clave de registro: II3/02/0221.

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis DERIVADO:

Título: *"Correlación entre la impulsividad y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México".*

Clave de registro: II3/02/0221/Ta

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

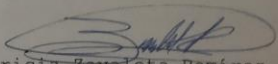
Tesista: **Bryan Omar Del Real Navarro.**


Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de avances del proyecto derivado así como envío de pdf's de los productos generados al e-mail investigacionhpi@gmail.com (presentaciones en congresos, etc.)
En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e
Jefa de la División de Investigación


Dra. Patricia Zavaleta Ramírez
ccp. Archivo de la división de investigación.



Anexo 6: Carta de aprobación del proyecto actual por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”



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

Ciudad de México, 23 de mayo del 2022

Asunto: carta de aprobación

Resolución No.: HPIJNN-CEI-DA-15-2022

BRYAN OMAR DEL REAL NAVARRO
TESISTA
Presente

Por medio de la presente, hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: “CORRELACIÓN ENTRE LA IMPULSIVIDAD Y LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL INFANTIL EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL DE LA CIUDAD DE MÉXICO”, con clave de registro: I13/02/0221/Ta

Por lo que se extiende la presente, de conformidad con el cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

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

A t e n t a m e n t e

Dra. Laura Fritsche García

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

c.c.p. Dra. Patricia Zavaleta Ramírez-Jefa de la división de Investigación, HPIJNN-Presente Archivo, HPIJNN-Presente

Av. San Buenaventura 86, Colonia Belisario Domínguez, Delegación. Tlalpan, C.P 14080, Ciudad de México.
Teléfono: (55) 5573-2855, 5573-4866 y 5573-4844, www.sap.gob.mx/unidades/navarro/hp_juannavarro.html



Anexo 7: Escala de impulsividad de Plutchik (EI)

6.4. Escala de Impulsividad de Plutchik (EI)

Instrucciones: Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia le ocurren las siguientes situaciones. Señale en los recuadros de la derecha la respuesta que se ajuste a su caso.

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Casi siempre</i>
1. ¿Le resulta difícil esperar en una cola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Hace cosas impulsivamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Gasta dinero impulsivamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Planea cosas con anticipación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Pierde la paciencia a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Le resulta fácil concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Le resulta difícil controlar los impulsos sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Dice usted lo primero que le viene a la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Es usted impulsivo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Termina las cosas que empieza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le resulta difícil controlar las emociones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se distrae fácilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Le resulta difícil quedarse quieto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Es usted cuidadoso o cauteloso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 8: Test infantil de actitudes alimentarias (ChEAT)

Instrucciones: Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia le ocurren las siguientes situaciones. Señale en los recuadros de la derecha la respuesta que se ajuste a su caso.

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						