

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



TESIS:

Diferencias en las alteraciones de la conducta alimentaria entre escolares y adolescentes con antecedente de abuso sexual en el Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México

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

Jesús Alejandro Carrizosa Aguilar

TUTOR METODOLÓGICO:

Psic. Verónica Pérez
Barrón.

TUTOR TEÓRICO:

Dra. Mirna Esthela Brenes
Prats.

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2023



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:

Jesús Alejandro Carrizosa Aguilar

Correo electrónico: j.carrizosa90@gmail.com

Nombre del Tutor (a) Metodológico:

Psic. Verónica Pérez Barrón.

Correo electrónico: veronicaperezbarron@gmail.com

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

Nombre del Tutor y Asesor (a) Teórico:

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats.

Correo electrónico: mirnabrenes@gmail.com

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

RESUMEN

Antecedentes: Se ha relacionado el abuso sexual infantil con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), donde el abuso se comenzó a identificar como factor de riesgo para bulimia y anorexia, sin embargo, no contamos con estudios publicados, donde comparen grupos etarios para identificar las características específicas de las conductas alimentarias. **Objetivo:** Analizar las diferencias clínicas, entre las alteraciones de la conducta alimentaria entre escolares y adolescentes, con antecedente de abuso sexual infantil, atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil de México. **Métodos:** Se recabo información de pacientes de 9 a 15 años, con antecedente de abuso sexual, se obtuvo del expediente clínico la medición somatométrica obteniendo el Índice de Masa Corporal (IMC) y resolvieron el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (CHEAT). **Resultados:** En escolares el 47.4% presentó sobrepeso u obesidad y en adolescentes el 63.5%. En relación a los puntajes de ChEAT, el 42.1% de los escolares resultaron con alto riesgo de desarrollo de TCA y los adolescentes 64.7%. Se encontró correlación del puntaje de ChEAT y haber sufrido múltiples tipos de abuso, en adolescentes, se encontró que el 35.29% contaban con el antecedente de múltiples tipos de abuso y altos puntajes de ChEAT y 8.23% no contaban con el antecedente y no tenían riesgo para desarrollar TCA. **Conclusiones:** El adolescente cuenta con una mayor tendencia, en comparación con el escolar, para desarrollar TCA y mayor puntaje de ChEAT, asociado a su vez a múltiples tipos de violencia, además de aumento del IMC.

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

ÍNDICE GENERAL

1. Introducción.....	6
2. Marco teórico.....	8
Planteamiento del problema.....	12
4. Justificación.....	13
5. Hipótesis.....	13
6. Objetivos.....	14
-General.	
-Específicos.	
7. Material y métodos.....	15
-Tipo de diseño.	
-Muestra.	
-Procedimiento.	
-Instrumentos de medición.	
-Análisis estadístico.	
-Consideraciones éticas.	
8. Resultados.....	23
9. Discusión.....	46
10. Conclusiones.....	47
11. Limitaciones y recomendaciones.....	50
12. Referencias.....	51
13. Anexos.....	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.0 Descripción de variables.....	16
Tabla 2.0 Cronograma.....	20
Tabla 3.0 Datos sociodemograficos y somatometricos.....	24
Tabla 4.0 Datos del entorno sociofamiliar.....	27
Tabla 5.0 Edad, escolaridad y ocupación materna.....	29
Tabla 6.0 Escolaridad y ocupación paterna.....	30
Tabla 7.0 Datos del abuso sexual.....	35
Tabla 8.0 Pruebas de chi-cuadrado para IMC Z y tiempo transcurrido desde el abuso sexual.....	39
Tabla 9.0 Pruebas de normalidad puntajes de ChEAT total por grupo etario.....	39
Tabla 10.0 Pruebas de chi-cuadrado en TCA y grupo etario.....	42
Tabla 11.0 Pruebas de chi-cuadrado TCA y múltiples tipos de abusos.....	43
Tabla 12.0 Pruebas de chi-cuadrado de ChEAT y tiempo transcurrido desde el abuso sexual.....	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. Gráfico 1.0 Porcentaje de tipos de abuso sexual según CIE 10.....	32
2. Gráfico 2.0 Tiempo transcurrido desde el inicio del abuso sexual hasta el ingreso al estudio en escolares.....	34
3. Gráfico 3.0 Tiempo transcurrido desde el inicio del abuso sexual hasta el ingreso al estudio en adolescentes.....	34
4. Gráfico 4.0 Antecedente de trastorno de estrés postraumático.....	36
5. Gráfico 5.0 Estado nutricional según clasificación z de IMC.....	37
6. Gráfico 6.0 Estado nutricional según clasificación Z de talla.....	38
7. Gráfico 7.0 Frecuencia de los puntajes de ChEAT y prueba de normalidad de Shapiro-Wilk en escolares.....	40
8. Gráfico Frecuencia de los puntajes de ChEAT y prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov en adolescentes.....	40
9. Gráfico 9.0 Riesgo para desarrolla un trastorno de la conducta alimentaria por grupo de edad.....	41.

INTRODUCCIÓN

Los niños y adolescentes son una población vulnerable por sus propias características, por lo que son objetivo de abuso en todos sus tipos. El abuso sexual infantil corresponde casi al 10% de total de reportes de abusos en general en menores de edad. El abuso sexual en niños y adolescentes frecuentemente desencadena síntomas psiquiátricos, entre ellos es común integrar diagnósticos principalmente trastornos depresivos y ansiosos, además de una prevalencia alta de síntomas relacionados a estrés postraumático o consecuencias como baja autoestima y sentimientos de culpa, indefensión y desamparo, sin embargo, existen patologías psiquiátricas como la bulimia nerviosa y otros TCA, con una alta prevalencia en pacientes con antecedente de abuso de tipo sexual en la infancia, que es necesario continuar estudiando. También sabemos que en la vida adulta tanto los pacientes receptores de abuso sexual y los portadores de TCA se pueden complicar con trastorno de personalidad límite, trastorno por abuso de sustancias y trastornos disociativos, además de la muerte por complicaciones de malnutrición y suicidio.

El abuso sexual infantil representa cerca del 40% del total de abusos sexuales reportados, por lo que su incidencia es muy alta a nivel mundial. Según algunas investigaciones, es importante que el clínico que tiene contacto con el paciente pediátrico con antecedente de abuso sexual, indague en la búsqueda de alteraciones de la conducta alimentaria para su manejo o prevención en el desarrollo de complicaciones. A su vez, es necesario en los pacientes portadores de alteraciones de la conducta alimentaria, establecer protocolos que promuevan la búsqueda de datos de abuso sexual previo o actual, ya que parece ser un problema frecuente en los servicios de admisión hospitalaria locales e internacionales.

Algunos aspecto importantes, en relación a la asociación entre las alteraciones de la conducta alimentaria y el antecedente de abuso sexual, es que es frecuente que el paciente experimente indefensión, necesidad de control, anormalidades en la autopercepción, problemas en la formación de la personalidad, erotización temprana o necesidad de conservar los rasgos infantiles como método para evitar la situación dolorosa como el abuso sexual, lo cual podría ser desencadenante y perpetuante de las patologías que se desarrollen posteriormente y con esto, dificultar el éxito en su tratamiento, además se ha identificado que la restricción en la

ingesta de alimentos y las conductas purgativas y compensatorias son utilizadas para restablecer el control del cuerpo y el ambiente del paciente, lo cual empeora el pronóstico.

Es importante recalcar que, ambas entidades nosológicas actualmente son subdiagnosticadas, por lo que es probable que la presencia de ambas entidades sean más frecuentes de las que actualmente se registran. La literatura científica actual y por lo menos en los últimos 20 años, ha analizado la presencia de ambas entidades, por lo que hoy se considera que el antecedente de abuso sexual es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de los TCA, sin embargo es necesario continuar los estudios para enriquecer esta información.

Algunos autores han tratado de explicar que, las alteraciones de la conducta alimentaria funcionan como mecanismo de defensa o medida de afrontamiento para solventar, mitigar o evitar los síntomas y recuerdos relacionados a eventos vitales estresantes. A la par de lo previamente escrito es importante continuar el estudio de las características y peculiaridades de cada individuo que comparte el antecedente de abuso sexual y problemas en la conducta alimentaria para optimizar su manejo.

MARCO TEÓRICO

Abuso Sexual Infantil

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5), define el abuso sexual infantil, como cualquier tipo de actividad sexual con un infante que esté destinada a proporcionar una satisfacción sexual a uno de los padres, un cuidador o cualquier otro individuo que tenga alguna responsabilidad sobre el niño. Lo que incluyen actividades tales como caricias en los genitales, penetración vaginal o anal, incesto y exhibicionismo. El abuso sexual infantil incluye cualquier explotación sexual del niño, sin necesidad de contacto, por parte de un progenitor o cuidador, como obligarlo, engañarlo, atraerlo, amenazarlo o presionar al niño para que participe en actos de satisfacción sexual a terceros, sin contacto físico directo entre el niño y su agresor¹.

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) define el abuso sexual infantil como 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 engaño².

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia 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. Que implica toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independientemente si el niño entiende la naturaleza sexual de la actividad incluso cuando no muestre signos de rechazo³. A su vez, en el documento Panorama Estadístico de la Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en 2019, dice que 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 familiar⁴.

Los datos otorgados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dicen que 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres refiere haber sufrido abuso sexual en la infancia⁵. Según un

metanálisis realizado por Stoltenborgh en 2011, la prevalencia de abuso sexual infantil en América Latina es de 13.4% para mujeres y de 13.8% para varones⁶. En un estudio de prevalencia en México, las mujeres adultas reportaron una prevalencia de abuso sexual antes de los 15 años de 7.3% en 2003 y 13.3% en 2006⁷. En 1998, Ramos-Lira reportó una prevalencia de abuso sexual mediante tocamientos y/o penetración de 4.4% en mujeres y 4.3% en hombres estudiantes de secundaria y preparatoria de nuestro país⁸. En el estudio más reciente de prevalencia de abuso sexual, realizado en 2020, se obtuvo como resultado una prevalencia nacional de 2.5%, además de un desglose por sexo de 3.8% para las mujeres y 1.2% en hombres⁹. También es considerado abuso sexual, el acto cometido por una persona menor de 18 años, cuando está es significativamente mayor que la víctima o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro menor¹⁰.

Violación se define como el acto de realizar copula, con una persona por medio de violencia física o moral. Se entiende por copula la introducción del pene en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral. También se considera la introducción vía oral, anal o vaginal de cualquier elemento o instrumento distinto al pene¹¹.

El abuso sexual constituye aproximadamente el 9.6% del número total de maltratos en la infancia¹², con una edad promedio al momento del evento de diez años¹³. Estudios realizados por Losada, revelan que el retraso en el tiempo en que la víctima comunique el hecho, está asociado a la relación social o el parentesco con el agresor. Además que, en el caso de preescolares el 70% de los agresores se encuentran en el núcleo familiar y en los escolares el agresor fue una persona ajena al núcleo primario de apoyo¹⁴.

Trastornos y alteraciones 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 peso¹⁵, por lo que el trastorno de la conducta alimentaria es cuando estas ocasionan problemas físicos, médicos y del funcionamiento psicosocial¹⁶. Además se caracterizan por una percepción distorsionada de la alimentación y extrema preocupación por la autoimagen y el peso corporal. La lista de este grupo de trastornos está encabezada por la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y el

trastorno de la conducta alimentaria no especificado por su frecuencia¹⁷. Se considera que estos tienen una etiología multifactorial, que incluye factores psicológicos y fisiológicos¹⁸. La American Psychiatric Association (APA), en el año 2000/2002, define los TCA como condiciones caracterizadas por alteraciones graves en la forma de ingerir alimentos o relacionarse con los hábitos alimenticios. La anorexia se caracteriza por un miedo intenso a ganar peso, el rechazo a comer suficiente y una constante molestia sobre la propia imagen corporal, la bulimia se caracteriza por ingerir grandes cantidades de alimentos en discretos intervalos de tiempo, seguido por intentos de compensar la sobreingesta mediante el vómito, el uso de laxantes, dietas restrictivas o de ejercicio¹⁹. El trastorno por atracón, no se asocia a las conductas compensatorias, se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, durante los cuales en un período corto de tiempo el paciente consume una cantidad de alimento que es claramente mayor de lo que la mayoría de la gente comería en circunstancias similares y que se acompaña de una sensación de falta de control sobre la manera de ingerir los alimentos²⁰.

Estos trastornos actualmente son un problema de salud pública por el aumento de su incidencia con el paso del tiempo, la gravedad de los síntomas asociados, la resistencia al tratamiento y por la aparición cada vez más temprana²¹. El inicio de los síntomas o de los trastornos es comúnmente entre 12 y los 25 años de edad, con dos picos de incidencia promedio entre los 12 y los 17 años. La prevalencia de estos trastornos es mayor en mujeres que en hombres, sin embargo, se sospecha que el diagnóstico en hombre es subestimado actualmente, por el aumento de la prevalencia en hombres en los últimos años²². En un estudio en México, en 2013, donde se evaluó la prevalencia de alteraciones en la conducta alimentaria en 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. Teniendo como resultado 5% de prevalencia de alteraciones en la conducta alimentaria en los participantes, según la encuesta EAT-26, y 4% de según la escala de Gardner²³.

Los últimos estudios de prevalencia en adultos en la población de Estados Unidos expresan un 0,6% para anorexia nerviosa, 1,0% para bulimia nerviosa, 2,8% para trastorno por atracón²⁴, donde la población con mayor prevalencia son las adolescentes mujeres²⁵. En el caso de la bulimia nerviosa, la prevalencia es aproximadamente del 1% al 3%²⁶.

Correlación entre abuso sexual infantil y TCA

En los últimos años se han relacionado etiológicamente tres tipos de afecciones con el trauma infantil: trastorno por atracón, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa²⁰.

El estudio de cohorte de mayor duración, se realizó en Chicago, con un periodo de observación desde agosto de 1992 hasta marzo de 2003, donde se correlaciono pacientes que sufrieron abuso sexual infantil con la incidencia de síndrome bulímico durante la adolescencia, con un riesgo relativo 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 episodios²⁷.

En el año 2002, se realizó el primer metanálisis, que proponía el abuso sexual infantil como factor de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, este concluyó que, en las mujeres, el abuso sexual infantil se asocia a un aumento de la sintomatología alimentaria pero no sé obtuvieron resultados estadísticamente significativos²⁸. En una revisión sistemática, en 2002, se revisaron 53 estudios y cumplieron criterios 12 de ellos. La revisión mostró que diez de estos estudios apoyaban la hipótesis de que el abuso sexual se asocia a bulimia nerviosa, ya que al comparar los casos de personas con antecedente de abuso sexual presentaban porcentaje de prevalencia significativamente mayor que los no expuestos²⁹. Es importante destacar que actualmente no contamos con estudios publicados, donde comparen los grupos etarios de escolares con los adolescentes con antecedente de abuso sexual, para identificar las características de presentación de las alteraciones de la conducta alimentaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Programa de Atención Integral para Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, es el servicio donde son referidos para su atención los niños y adolescentes que han sido víctimas de presunto abuso sexual, y que a consecuencia de ello, presentan una o varias entidades nosológicas de índole psiquiátrico, para dar un manejo integral y multidisciplinario. En esta unidad es común encontrar tanto niños como adolescentes con antecedente de abuso sexual en comorbilidad con TCA, lo cual ocurre con el paso del tiempo con mayor frecuencia. Existen estudios institucionales previos, los cuales, correlacionaron Problemas relacionados con el abuso sexual del menor con alteraciones en la conducta alimentaria, sin embargo, no se ha obtenido información específica en relación a cada grupo de edad, por lo tanto podemos contribuir a la base teórica preexistente, realizando un análisis de las características clínicas de los escolares y los adolescentes por separado, para poder definir las necesidades específicas de cada grupo. Lo anterior, con el objetivo de definir las necesidades en el manejo específico de cada grupo, para intervenir de manera oportuna y dirigida en cada una de ellas.

Realizamos una descripción en frecuencia de las alteraciones de la conducta alimentaria en cada grupo y esto nos permitirá analizar las posibles diferencias entre el grupo de 9 años a menos de 12 años con el grupo de igual o más de 12 a 15 años, con base de datos obtenida en el año 2022 a 2023.

Pregunta de Investigación

¿Existen diferencias clínicas estadísticamente significativas en las alteraciones de la conducta alimentaria entre escolares y adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil atendidos en el Programa de Atención Integral para Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”?

JUSTIFICACIÓN

Tanto en el Programa de Atención Integral para Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” como en estudios a nivel internacional, se ha identificado que las personas con antecedentes de abuso sexual, tienen un riesgo cuantitativamente mayor que los no expuestos a este antecedente, a desarrollar alteraciones o un trastorno de la conducta alimentaria, aumentando la prevalencia en los últimos años, inclusive en individuos con una edad menor a 12 años, lo cual era infrecuente, por lo que es importante definir las características propias de cada grupo etario en relación a presencia de los síntomas y otras características clínicas. El presente estudio complementaría estudios previos locales, enriqueciendo su información descriptiva y analítica. Al momento no contamos con estudios a nivel local y nacional, que expresen las características de cada grupo de edad por separado, tratando de encontrar significancia estadística. Esto podría influir en la toma de decisiones en relación a la edad del paciente y propondría modelos para valoraciones y manejo específico.

HIPÓTESIS

Hi: Existen diferencias clínicas estadísticamente significativas, en las alteraciones de la conducta alimentaria entre escolares y adolescentes, con antecedente de abuso sexual infantil, atendidos en el Programa de Atención Integral para Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

H0: No existen diferencias clínicas estadísticamente significativas, en las alteraciones de la conducta alimentaria entre escolares y adolescentes, con antecedente de abuso sexual infantil, atendidos en el Programa de Atención Integral para Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

General: Analizar las diferencias clínicas en las alteraciones de la conducta alimentaria entre escolares y adolescentes, con antecedente de abuso sexual infantil, atendidos en el Programa de Atención Integral para Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en el periodo comprendido entre septiembre de 2022 y febrero de 2023.

Específicos:

- Describir las características demográficas de los grupos de edad, de pacientes con antecedentes de abuso sexual infantil en el Programa de Atención Integral para Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.
- Describir la frecuencia de alteraciones en la conducta alimentaria por grupo de edad, en pacientes con antecedentes de abuso sexual infantil en el Programa de Atención Integral para Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.
- Analizar la correlación entre las características sociodemográficas, abuso sexual y presencia de alteraciones en la conducta alimentaria en los grupos de edad, de pacientes con antecedentes de abuso sexual infantil en el Programa de Atención Integral para Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.
- Analizar las discrepancias entre los grupos de edad, en relación al peso, la talla y el IMC en pacientes en el Programa de Atención Integral para Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño: Estudio transversal y retrospectivo. Se considera correlacional y comparativo.

Muestra: No probabilística por conveniencia a los pacientes de seguimiento de 9 a 15 años, que acudieron al servicio de consulta externa de Programa de Atención Integral para Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Inclusión

- Pacientes de 9 a 15 años de edad.
- Pacientes que acudan a Programa de Atención Integral para Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” con integración diagnóstica de problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario (Z61.4) y/o problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario (Z61.5).
- Pacientes que acepten participar en el estudio mediante firma autografiada de consentimiento informado por padre/tutor y asentimiento informado.

Exclusión

- Pacientes con diagnóstico episodio depresivo grave.
- Pacientes con síndrome psicótico al momento de la valoración.
- Pacientes con diagnóstico de Discapacidad Intelectual.

Eliminación

- Personas que retiren su consentimiento informado (padres/tutores y/o paciente).
- Pacientes que no completen el instrumento aplicado.

VARIABLES:

Tabla 1.0 Descripción de 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 la 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.	Independiente, cualitativa nominal.	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: Presente y ausente.
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 de ChEAT de 0-78 puntos. Categorial: Ausente < 20 pts y presente ≥ 20 pts.	ChEAT.
Peso	Fuerza con que la Tierra atrae a un cuerpo	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.	Independiente, cuantitativa, continua	Medición directa mediante un Flexómetro o Estadímetro	Metros

Variable	Definición Conceptual	Tipo de variable	Definición operacional	Medida
Puntaje Z de IMC	Relación entre el peso y la altura de una persona, para la edad y sexo de una población determinada, lo cual fue establecido por la OMS, para latinos.	Independiente, cuantitativa, continua	Fórmula matemática(kg/m ²), báscula y flexómetro/estadímetro	Puntajes Z con base en los kilogramos / metro al cuadrado con percentiles estandarizados por la OMS para la población latina.
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 -Bajo peso: Valor Z <-2.0 -Normal: Valor Z =>-2.0 a <1.0. -Sobrepeso: Valor Z =>1.0 a <2.0. -Obesidad: Valor Z ≥2.0.
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Independiente, cualitativa, nominal Dicotómica	Dato obtenido directamente del expediente clínico con base en las características físicas sexuales.	Categorial: Hombre y mujer.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Independiente, Cuantitativa, discreta	Dato obtenido directamente del expediente clínico con	Años y meses.

Variable	Definición Conceptual	Tipo de variable	Definición operacional	Medida
			base en el tiempo vivido (fecha de nacimiento)	
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: 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
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
Nivel socioeconómico familiar	Medida económica y social familiar basada en sus ingresos monetarios, educación y	Covariable independiente / Cualitativa ordinal	Dato obtenido del expediente clínico con base en estudio socioeconómico.	Categorial: <ul style="list-style-type: none"> Exento Nivel 1

Variable	Definición	Tipo de variable	Definición	Medida
	Conceptual		operacional	
	empleo.			Nivel 2 Nivel 3

PROCEDIMIENTO

Se revisaron los expedientes correspondientes al servicio de PAINVAS, tomando en cuenta los expedientes clínicos con notas que incluyan 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 genere revictimización a los pacientes sobre el abuso sexual.

Se seleccionaron a los participantes según los criterios de inclusión señalados en el apartado correspondiente, se les informó tanto a los pacientes como a los tutores, por escrito la carta de consentimiento informado, donde se redactaron claramente y en lenguaje entendible para pacientes y padres 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 y se resolvieron sus dudas respecto al procedimiento del estudio, se procedió a la firma del asentimiento y consentimiento informado por ambas partes. Se obtuvo de expediente clínico los datos sociodemográficos del paciente y la información concerniente a la medición somatométrica (peso y talla) en un periodo no mayor a 3 meses más/menos de la realización de la prueba. Se calculó el IMC y este se expresará en puntajes Z (percentiles) para la edad, según las tablas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la OMS.

Posterior a su cita de seguimiento 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 ChEAT. Se auxilió al menor sólo en caso de dudas con el llenado del instrumento o la incomprensión de algunos de los reactivos. Los datos fueron registrados en

una base de datos preexistente para posteriormente realizar el análisis estadístico.

CRONOGRAMA

Tabla 2.0

Actividades 2022-2023	MAR ABR	MAY JUN	JUL AGO	SEP OCT	NOV DIC	ENE FEB	MAR ABR	MAY JUN
Elaboración del anteproyecto de investigación	X	X						
Redacción del protocolo de tesis		X	X	X				
Recolección de datos				X	X	X		
Análisis estadístico de los datos obtenidos						X	X	
Redacción del trabajo final (tesis)						X	X	X
Presentación del trabajo final								X

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

El ChEAT es una escala que permite evaluar hábitos y actitudes relacionados con la alimentación y los pensamientos en relación a la imagen corporal en niños. Fue desarrollado por Maloney y colaboradores en 1988, es un instrumento autoaplicado, el cual requiere aproximadamente 10 minutos para su terminación. Cuenta con 26 reactivos, cada uno se puede responder eligiendo entre 6 opciones de respuesta nominales jerárquicas, que van de siempre a nunca, tratándose de una escala tipo Likert ³². Cada uno de los ítems señala mayor sintomatología al marcar siempre, lo cual confiere un puntaje de con el valor 3, seguida por casi siempre con valor de 2 puntos, y por muchas veces con valor de 1. Las tres respuestas restantes (algunas veces, casi nunca y nunca) se califican con el valor 0 puntos, (el reactivo 25 es el único calificado inversamente). El rango de puntuación total de ChEAT es de 0 a 78

puntos, con un puntaje de corte de 20 puntos, indicando que quienes resulten con puntuación igual o superior al señalado cuenta con mayor riesgo de desarrollo de algún TCA en relación a aquellos con puntuación menor a 20 ³¹.

Este instrumento fue validado en México por Escoto y Camacho en 2008, con el nombre de Test Infantil de Actitudes Alimentarias, en una muestra de 1241 preadolescentes y adolescentes, de entre 9 y menores de 16 años de edad. Se comprobó la homogeneidad del instrumento, debido a que todos los reactivos correlacionaron de manera positiva y significativamente con la puntuación total; además, tanto la consistencia interna (Alpha = 0.82), como la confiabilidad test-retest ($r = 0.79$) fueron adecuadas. El análisis factorial derivó cinco factores que agruparon 26 reactivos y explicaron 43.74% de la varianza: Motivación para adelgazar (Alpha = 0.74), evitación de alimentos que aumentaran el peso (Alpha = 0.77), preocupación por la comida (Alpha = 0.67), conductas compensatorias (Alpha = 0.69), y percepción de presión social (Alpha = 0.63). El ChEAT mostró adecuada confiabilidad test-retest y validez convergente con el Cuestionario de Imagen Corporal³¹. El estudio de Escoto y Camacho fundamentó que el ChEAT es un instrumento adecuado para medir actitudes y conductas alimentarias inadecuadas en preadolescentes y adolescentes mexicanos ³⁰.

Ver anexo 3.0, cuestionario ChEAT, en idioma español.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez obtenida la información de las distintas mediciones y la aplicación de la escala clínica; los datos se integraron a una base de datos en hoja de cálculo creada en el programa Excel de Microsoft Windows, para posteriormente ser exportada al programa estadístico informático Stata Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 26.0 desarrollado por la empresa IBM. Para el análisis de los datos se llevó a cabo el procedimiento de correlación entre los puntajes obtenidos para cada grupo de edad en el ChEAT, calculando el coeficiente de correlación de Pearson como medida de asociación lineal. Posteriormente se realizó un análisis comparativo entre grupos según sus características sociodemográficas e IMC. Para determinar la significancia, se tomó 0.05 como el valor crítico de P durante todo el análisis. Se realizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk y Lomogorov.Smirnov para determinar la normalidad de las variables numéricas de ChEAT.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki, la ley general de salud y en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, esta investigación se considera de riesgo mínimo, debido a que se utilizó el registro de datos a través de la realización de procedimientos no invasivos como la aplicación de la escala durante entrevistas médicas. En el sesgo de información no se incluyeron datos con los que se puede revelar la identidad del paciente y/o familiar/tutor, además de que no se interrogaron temas relacionados al abuso sexual. Se realizó consentimiento informado por parte del representante del paciente y una carta de asentimiento informado por escrito del sujeto de investigación.

RESULTADOS

Descripción sociodemográfica de los participantes

La muestra del estudio fue conformada por un total de 104 pacientes con antecedente de abuso sexual infantil. De ellos, el 87.5% (n=91) fueron mujeres y el 12.5% (n=13) varones. La edad media de los participantes fue 13.2 años (DE 1.6), con un rango de edad entre los 9 y los 15 años cumplidos, de los cuales 18.3% (n=19) eran escolares (infantes) y 81.7% (n=85) eran adolescentes. El 79.8% (n=84) de los participantes vivía en la Ciudad de México, la cual está dividida en alcaldías, el orden de frecuencia respecto al alcaldía de residencia es el 13.5% (n=14) Iztapalapa, 13.5% (n=14) Tlalpan, 8.7% (n=9) Gustavo A. Madero, 6.7% (n=7) Coyoacán, 6.7% (n=7) Iztacalco, 5.8% (n=5) Xochimilco, 4.8% (n=5) Álvaro Obregón, 3.8% (n=4) Cuajimalpa de Morelos, al igual que Venustiano Carranza, con 2.9% (n=3) Cuauhtémoc, 2.9% (n=3) La Magdalena Contreras, 2.9% (n=3) Tláhuac, 1.9% (n=2) Benito Juárez, y con 1% (n=1) Milpa Alta y Miguel Hidalgo; el 19.2% (n=20) reside en el Estado de México, el cual, se encuentra dividido en municipios, el orden de frecuencia respecto al municipio donde residen los participantes es 7.7% (n=8) en Nezahualcoyotl, 3.8% (n=4) en Ecatepec, 2.9% (n=3) en Chimalhuacán, además de 1% (n=1) en casa uno de los siguientes estados, Chicoloapan, Ixtapaluca, Naucalpan, Nicolás Romero y Zumpango; por último, también se incluyó 1 participante del estado de Hidalgo. La muestra fue predominantemente de religión católica, ya que el 59.6% (n=62) manifestaron practicarla, el 6.7% (N=7) practicaba la religión cristiana, 0.9% (n=1) se declaró testigo de Jehová y el 32.7% (n=34) no era practicante de ningún culto religioso.

Del total de pacientes, 94.2% (n=98) se encontraba estudiando y 5.8% (n=6) no estudiaba. Del total de pacientes, 19.2% (n=20) cursaba la primaria, de los cuales 1% (n=1) se encontraba en tercer grado, 1.9% (n=2) en cuarto grado, 3.8% (n=4) en quinto grado y 12.5% (n=13) en sexto grado; el 52.8% (n=53) cursaba la secundaria, de los cuales 14.4% (n=15) se encontraba en primer grado, 15.4% (n=16) en segundo grado y 23.1% (n=24) en tercer grado; el 22.1% (n=23) cursaba la preparatoria, de los cuales 20.2% (n=21) se encontraba en primer grado y 1.9% (n=2) en segundo grado; De los pacientes que no estudiaban 1% (n=1) terminó la primaria y 4.8% (n=5) concluyó la secundaria. El estado civil de todos los participantes fue soltero.

En el registro de las variables sociodemográficas de los participantes, se encontró que el 74% (n=77) no contaban con ningún tipo de derechohabencia en salud o seguridad social. El 13.5% (n=14) eran derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 6.7% (n=7) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y 5.8% (n=6) el del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). A su vez, se documentó el nivel socioeconómico de los participantes, el cual es asignado por la evaluación del servicio de trabajo social de este hospital. 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, que equivale al pago de la cuota más alta. El 6.7% (n=7) de los pacientes tenían asignada la exención del pago, el 51% (n=53) contaban con un nivel socioeconómico asignado de 1, que corresponde a la cuota de pago más baja, el 33.7% (n=35) un nivel socioeconómico de 2 y el 8.7% (n=9) tuvo un nivel socioeconómico de 3, no se encontraron sujetos con un nivel socioeconómico asignado de 4 o mayor. (Tabla 3.0)

Tabla 3.0 datos sociodemográficos y somatométricos.

	Grupo Etario					
	Escolares			Adolescentes		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sexo						
Mujer	14	73.7	73.7	77	90.6	90.6
Hombre	5	26.3	100.0	8	9.4	100.0
Escolaridad						
Primaria	18	94.3	94.3	2	2.4	2.4
Secundaria	1	5.3	100	54	63.5	65.9
Preparatoria	0	0	100	23	27.1	93
No estudian	0	0	100	6	7	100
Estado civil						
Soltero/a	19	100	100	85	100	100
Lugar de residencia						
CDMX	16	84.2	84.2	67	78.8	78.8
Estado De México	3	15.8	100.0	17	20.0	98.8

	Grupo Etario					
	Escolares			Adolescentes		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hidalgo	0	0	100	1	1.2	100.0
Religión						
Católica	12	63.2	63.2	50	58.8	58.8
Cristiana	2	10.5	73.7	5	5.9	64.7
Testigo De Jehová	0	0	73.7	1	1.2	65.9
Ninguna	5	26.3	100	29	34.1	100
Derecho habiencia						
IMSS	3	15.8	15.8	11	12.9	12.9
ISSSTE	3	15.8	31.6	4	4.7	17.6
INSABI	0	0.0	31.6	6	7.1	24.7
Ninguna	13	68.4	100	64	75.3	100.0
Nivel Socioeconómico						
0	4	21.1	21.1	3	3.5	3.5
1	7	36.8	57.9	46	54.1	57.6
2	4	21.1	79.0	31	36.5	94.1
3	4	21.1	100.0	5	5.9	100.0
4 a 6	0	0	100	0	0	100
IMC						
Desnutrición	1	5.3	5.3	1	1.2	1.2
Normal	9	47.4	52.6	30	35.3	36.5
Sobrepeso	6	31.6	84.2	33	38.8	75.3
Obesidad	3	15.8	100	21	24.7	100.0
Talla						
Normal	19	100.0	100.0	75	88.2	88.2
Talla Baja	0	0.0	100	10	11.8	100.0

Nota: Esta tabla concentra las características sociodemográficas y somatométricas de la totalidad de la muestra (n=104), expresadas por grupo etario. 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.

Descripción de los datos de la constitución familiar

En relación a la constitución/integración familiar y su dinámica, los participantes escolares reportaron que el 52.6% (n=10) proviene de una familia extendida, 21.1% (n=4) de nuclear monoparental, 5.3% (n=1) de nuclear biparental, 21.1% (n=4) provienen de familia reconstituida, por uno de los padres, la pareja de ellos y sus hijos. Los participantes adolescentes reportaron que el 35.3% (n=30) proviene de una familia extendida, 31.8% (n=27) de nuclear monoparental, 17.6% (n=15) de nuclear biparental, 12.9% (n=11) provienen de familia reconstituida, además de 2.4% (n=2) actualmente viven en lugares de acogida preadopción. Con respecto al número de personas con las habitan, para los escolares, se obtuvo una mediana de 4 (DE 1.3), el 15.8% (n=3) vive con su padre biológico y 78.9% (n=15) vive con su madre, además, el 52.6% (n=10) viven por lo menos un hermano o más, para los adolescentes, respecto al número de personas con las habitan se obtuvo una mediana de 4 (DE 2.2), el 27.1% (n=23) vive con su padre biológico y 87.1% (n=74) vive con su madre, además, el 64.7% (n=55) viven por lo menos un hermano o más. Con relación a los familiares de segunda línea con quienes viven, para los escolares, el 47.4% (n=9) vive con uno de sus abuelos y 10.5% (n=2) vive con dos de sus abuelos, el 21.1% (n=4) vive con uno de sus tíos y 15.8% (n=3) vive con dos o más tíos, el 10.5% (n=2) vive con uno de sus primos y 5.4% (n=3) vive con dos o más primos, el 21.1% (n=4) vive con su padrastro o la pareja de su madre y no se reportaron caso donde vivieran con madrastra, la pareja del padre, medios hermanos, padres adoptivos o con personas sin parentesco familiar. Para los adolescentes, el 23.5% (n=20) vive con uno de sus abuelos y 9.4% (n=8) vive con dos de sus abuelos, el 17.6% (n=15) vive con uno de sus tíos y 11.8% (n=10) vive con dos o más tíos, el 4.7% (n=4) vive con uno de sus primos y 4.7% (n=4) vive con dos o más primos, el 14.1% (n=12) vive con su padrastro o la pareja de su madre y no se reportaron caso donde vivieran con madrastra o la pareja del padre, 5.9% (n=5) cohabitaba con medios hermanos, 1.2% (n=1) con padres adoptivos, 10.6% (n=9) vivían con una persona sin parentesco familiar y 3.6% (n=3) con dos o más personas sin un parentesco. En el expediente de los participantes escolares, se documentó en 84.2% (n=16) que por lo menos uno de los padres era el jefe de la familia y en 15.8% (n=3) uno de los abuelos representaba el jefe de familia. De los participantes adolescentes, se documentó en 91.8% (n=78) que por lo menos uno de los padres era el jefe de la familia, 5.7% (n=4) uno de los abuelos solo, 1.2% (n=1) un tío solo. Todos contaban con los servicios básicos en su domicilio. (Tabla 4.0).

Tabla 4.0 datos del entorno sociofamiliar.

	Grupo Etario					
	Escolar			Adolescente		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Familia						
Nuclear biparental	1	5.3	5.3	15	17.6	17.6
Nuclear monoparental	4	21.1	26.4	27	31.8	49.4
Extendida	10	52.6	79	30	35.3	84.7
Reconstituida	4	21.1	100	11	12.9	97.6
Acogida	0	0.0	100	2	2.4	100
Número de personas en el hogar						
1	0	0.0	0	1	1.2	1.2
2	2	10.5	10.5	8	9.4	10.6
3	5	26.3	36.8	19	22.4	32.9
4	3	15.8	52.6	20	23.5	56.5
5	5	26.3	78.9	14	16.5	72.9
6	4	21.1	100.0	10	11.8	84.7
7	0	0.0	100.0	6	7.1	91.8
8	0	0.0	100.0	2	2.4	94.1
9	0	0.0	100.0	1	1.2	95.3
10 o mas	0	0.0	100.0	4	4.8	100.0
Vive con la madre						
No	4	21.1	21.1	11	12.9	12.9
Si	15	78.9	100.0	74	87.1	100.0
Vive con el padre						
No	16	84.2	84.2	62	72.9	72.9
Si	3	15.8	100.0	23	27.1	100.0

	Grupo Etario					
	Escolar			Adolescente		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Jefes de familia						
Padre o madre	16	84.2	84.2	78	91.8	91.8
Abuelo/a y otro familiar	1	5.3	89.5	3	3.5	95.3
Abuelo/a	2	10.5	100	1	1.2	96.5
Tío/a	0	0.0	100	1	1.2	97.7
Otro	0	0.0	100	2	2.4	100.0
Servicios básicos						
Si	19	100.0	100	85	100.0	100

Nota: Esta tabla concentra las características demográficas y el entorno sociofamiliar de la totalidad de la muestra (n=104), expresadas por grupo etario. Los datos fueron obtenidos directamente del expediente clínico.

Descripción de los datos de los padres biológicos

En los escolares, la mediana de edad materna fue de 34 años (DE 6.1), con un rango de los 29 a los 48 años de edad, el grado de estudios fue 5.3% (n=1) primaria, 36.8% (n=7) secundaria, 10.5% (n=2) preparatoria, 5.3% (n=1) carrera técnica y 36.8% (n=7) licenciatura. Se clasificó la ocupación materna respecto a la percepción fija o variable de ingresos, 5.3% (n=1) de las madres tenían un ingreso variable al mes, 26.3% (n=5) tenían un sueldo fijo bajo, 5.3% (n=1) un sueldo fijo medio, 10.6 (n=2) un sueldo fijo alto, y 31.6% (n=6) no tenían ingresos por ser amas de casa o estar desempleadas, de 21.1% (n=4) se desconoce el ingreso mensual. En los adolescentes, la mediana de edad materna fue de 40 años (DE 8.4), con un rango de los 27 a los 61 años de edad, el grado de estudios fue 1.2% (n=1) no fue escolarizada y no sabía leer o escribir, 1.2% (n=1) no fue escolarizada pero sabía leer y escribir, 8.2% (n=7) primaria, 36.5% (n=31) secundaria, 20% (n=17) preparatoria, 11.8% (n=10) carrera técnica, 15.3% (n=13) licenciatura y 1.2 (n=1) posgrado.

Respecto al ingreso económico, 22.4% (n=19) de las madres tenían un ingreso variable al mes, 34.1% (n=29) tenían un sueldo fijo bajo, 9.4% (n=8) un sueldo fijo medio y 34.2% (n=29) no tenían ingresos por ser amas de casa, estar desempleadas o se desconocía por ausencia. (Tabla 5.0)

Tabla 5.0 edad, escolaridad y ocupación materna.

	Grupo Etario					
	Escolar			Adolescente		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Edad materna						
de 26 a 30	3	16.6	16.6	4	4.8	4.8
de 31 a 35	8	44.4	61	16	19.2	24
de 36 a 40	2	11.1	72.1	26	31.2	55.2
de 41 a 45	3	16.6	88.7	11	13.2	68.4
de 46 a 50	2	11.1	100	12	14.4	82.9
de 51 a 55	0	0	100	7	8.4	91.5
de 56 a 60	0	0	100	6	7.2	98.8
> 60	0	0	100	1	1.2	100
Escolaridad materna						
No sabe leer ni escribir	0	0	0	1	1.2	1.2
Sabe leer y escribir	0	0	0	1	1.2	2.4
Primaria	1	5.3	5.3	7	8.2	10.6
Secundaria	7	36.8	42.1	31	36.5	47.1
Preparatoria	2	10.5	52.6	17	20.0	67.1
Carrera técnica	1	5.3	57.9	10	11.8	78.9
Licenciatura	7	36.8	94.7	13	15.3	94.2
Posgrado	0	0.0	94.7	1	1.2	95.4
Desconocida	1	5.3	100.0	4	4.7	100
Ocupación materna						
Sin ingresos	6	31.6	31.6	27	33.0	33.0
Entrada variable	1	5.3	36.9	19	22.4	55.2
Sueldo fijo bajo	5	26.3	63.2	29	34.1	89.3
Sueldo fijo medio	1	5.3	68.5	8	9.4	98.7
Sueldo fijo alto	2	10.5	79.0	0	0.0	98.7
Se desconoce	4	21.1	100.0	2	2.4	100

Nota: Esta tabla concentra la edad, escolaridad y ocupación materna de la totalidad de la muestra (n=104), expresadas por grupo etario. Los datos fueron obtenidos directamente del expediente clínico.

En los escolares, la mediana de edad paterna fue de 42.5 años (DE 7.9), con un rango de los 30 a

los 57 años de edad, el grado de estudios fue 10.5% (n=2) primaria, 26.3% (n=5) secundaria, 26.3% (n=5) preparatoria, 15.8% (n=3) licenciatura y 5.3% (n=1) posgrado. Se clasifico la ocupación paterna respecto a la percepción fija o variable de ingresos, 21.1% (n=4) de los padres tenían un ingreso variable al mes, 36.8% (n=7) tenían un sueldo fijo bajo, 5.3% (n=1) un sueldo fijo medio y 36.9% (n=7) no tenían ingresos por ser desempleados o se desconocía por ausencia. En los adolescentes, la mediana de edad paterna fue de 43 años (DE 9), con un rango de los 27 a los 61 años de edad, el grado de estudios fue 1.2% (n=1) no fue escolarizado y no sabía leer o escribir, 1.2% (n=1) no fue escolarizado pero sabía leer y escribir, 11.8% (n=10) primaria, 37.6% (n=32) secundaria, 12.9% (n=11) preparatoria, 2.4% (n=2) carrera técnica y 9.4% (n=8) licenciatura, en 23.5% (n=20) se desconocía la escolaridad por ausencia. Respecto al ingreso económico, 27.1% (n=23) de los padres tenían un ingreso variable al mes, 24.7% (n=21) tenían un sueldo fijo bajo, 9.4% (n=8) un sueldo fijo medio, 4.7% (n=4) un suelo fijo alto y 34.1% (n=29) no tenían ingresos por ser desempleados o se desconocía por ausencia o estar finados. (Tabla 6.0).

Tabla 6.0 edad, escolaridad y ocupación paterna.

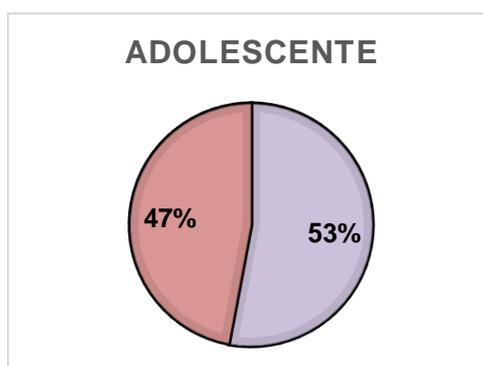
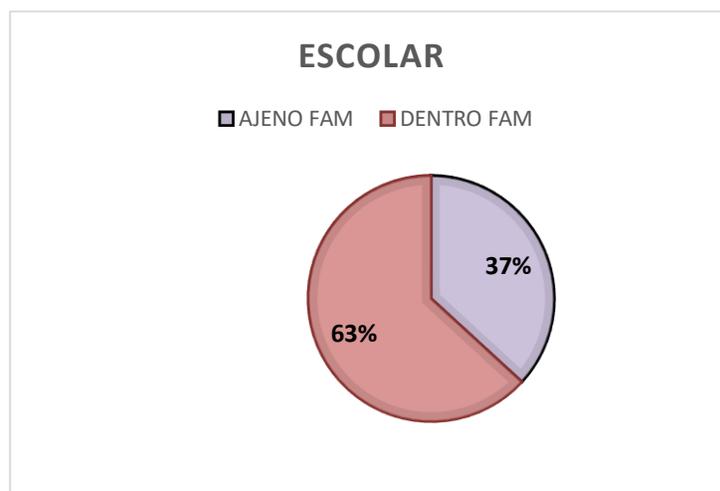
	Grupo etario					
	Escolar			Adolescente		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Edad paterna						
de 26 a 30	1	5.5	5.5	3	4.1	4.1
de 31 a 35	4	22.2	27.7	16	21.9	26
de 36 a 40	3	16.6	44.3	11	15	41
de 41 a 45	4	22.2	66.5	15	20.5	61.5
de 46 a 50	4	22.2	88.8	13	17.8	79.3
de 51 a 55	1	5.5	94.4	8	10.9	90.2
de 56 a 60	1	5.5	100	3	4.1	94.3
> 60	0	0	100	4	5.4	100
Escolaridad paterna						
No sabe leer ni escribir	0	0	0	1	1.2	1.2
Sabe leer y escribir	0	0	0	1	1.2	2.4
Primaria	2	10.5	10.5	10	11.8	14.2
Secundaria	5	26.3	36.8	32	37.6	51.8
Preparatoria	5	26.3	63.1	11	12.9	64.7
Carrera técnica	0	0.0	63.1	2	2.4	67.1
Licenciatura	3	15.8	78.9	8	9.4	76.5

	Grupo etario					
	Escolar			Adolescente		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Posgrado	1	5.3	84.2	0	0.0	76.5
Desconocida	3	15.8	100.0	20	23.5	100
Ocupación paterna						
Sin ingresos	2	10.5	10.5	5	5.9	5.9
Entrada variable	4	21.1	31.6	23	27.1	33
Sueldo fijo bajo	7	36.8	68.4	21	24.7	57.7
Sueldo fijo medio	1	5.3	73.7	8	9.4	67.1
Sueldo fijo alto	0	0.0	73.7	4	4.7	71.8
Se desconoce	5	26.3	100.0	24	28.2	100
Nota: Esta tabla concentra la edad, escolaridad y ocupación paterna de la totalidad de la muestra (n=104), expresadas por grupo etario. Los datos fueron obtenidos directamente del expediente clínico.						

Descripción de las características y especificaciones del abuso sexual

A su vez, se recabó información de variables de importancia clínica, en relación al estado de salud del paciente. En asociación a cada grupo etario, en cuanto a los tipos de abuso sexual según el contexto de su ocurrencia, acorde a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el 63.2% (n=12) de los participantes escolares 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 36.8% (n=7) se les asignó el de Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario (Z61.5), el 47.1% (n=40) de los participantes adolescentes tuvieron el diagnóstico de Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona perteneciente al grupo de apoyo primario, mientras que el 52.9% (n=45) el de Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario. No se identificaron caso en los que se hubiera documentado ambos tipos de abuso sexual en un solo paciente. (Gráfico 1.0)

Gráfico 1.0 porcentaje de tipos de abuso sexual según cie 10



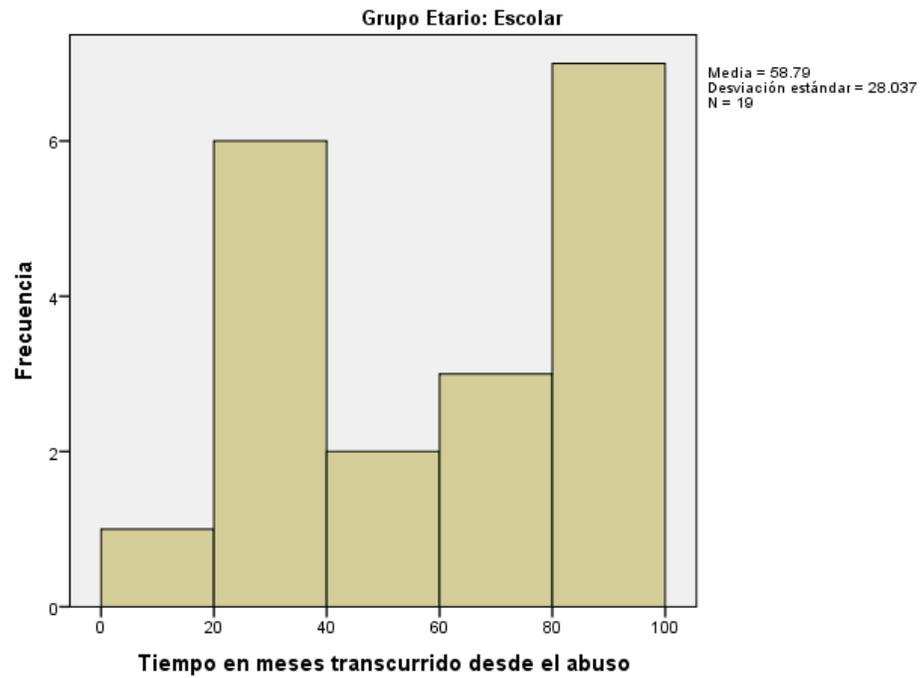
Nota: El gráfico representa el porcentaje de tipo de abuso sexual con base en su contexto de ocurrencia según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Los datos corresponden a la totalidad de la muestra (n=104) y fueron obtenidos del expediente clínico. El tipo de abuso sexual se expresa en Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona perteneciente al grupo de apoyo primario (Z61.4) y por persona ajena al grupo de apoyo primario (Z61.5).

El 52.6% (n=10) de los escolares fueron receptores de por lo menos otro tipo de abuso, además de los tocamientos, 15.8% (n=3) reportó haber sido receptor de violación, 10.5% (n=2) de hostigamiento y 21.1% (n=4) de incesto, a su vez, 5.3% (n=1) reportó antecedente de múltiples tipos de violencia en el periodo del abuso sexual (por ejemplo abuso sexual, violación y hostigamiento). El 62.4% (n=53) de los adolescentes fueron receptores de por lo menos otro tipo de abuso, además del abuso sexual mediante tocamientos, 32.9% (n=28) reportó haber sido receptor de violación, 9.4% (n=8) de hostigamiento y 3.5% (n=3) de incesto, 16.5% (n=14) reportó antecedente de múltiples tipos de violencia en el periodo del abuso sexual.

En relación al parentesco del agresor, los escolares reportaron que el 21.1% (n=4) fueron agredidos por el padre, el 5.3% (n=1) por la madre, 5.3% (n=1) por uno de los abuelos, 10.5% (n=2) por un

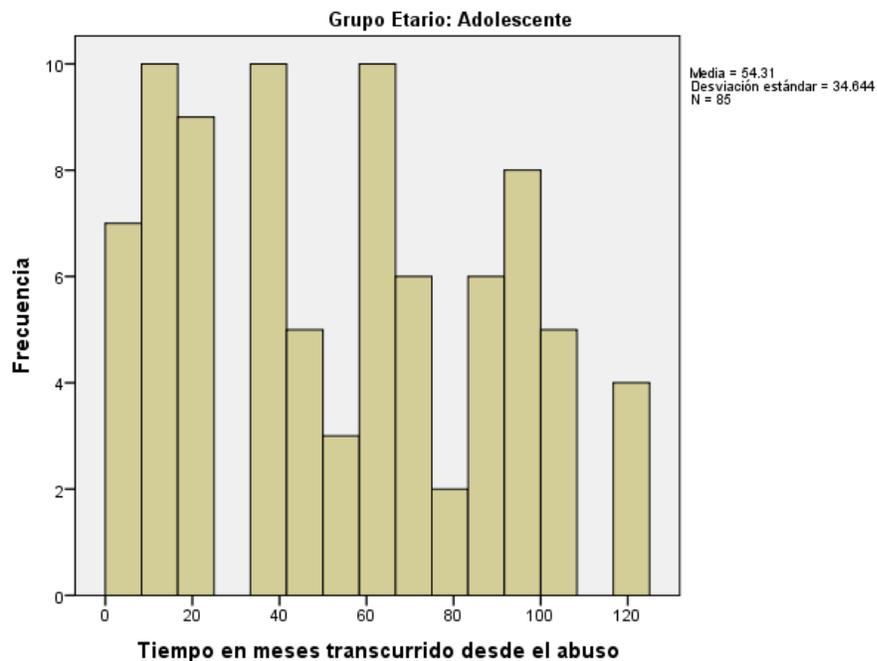
tío o tía, 5.3% (n=1) por un primo menor de edad, 5.3% (n=1) por un primo mayor de edad, 26.3% (n=5) por su padrastro o la pareja de alguno de los padres, 5.3% (n=1) por un compañero de clases y 15.8% (n=3) por un conocido no familiar, ninguno reportó antecedente de abuso sexual por parte de los hermanos. Los adolescentes reportaron que el 9.4% (n=8) fueron agredidos por el padre, el 1.2% (n=1) por uno de los hermanos, 3.5% (n=3) por uno de los abuelos, 7.1% (n=6) por un tío o tía, 14.1% (n=12) por un primo menor de edad, 1.2% (n=1) por un primo mayor de edad, 10.6% (n=9) por su padrastro o la pareja de alguno de los padres, 2.4% (n=2) por un compañero de clases, 31.8% (n=27) por un conocido no familiar, 9.4% (n=8) por un desconocido y 9.4% (n=8) por múltiples agresores familiares, ninguno reportó antecedente de abuso sexual por parte de la madre. Respecto al lugar donde ocurrió el abuso sexual, el 94.7% (n=18) de los escolares reportó que tuvo lugar en la casa o departamento donde vivía y el 5.3% (n=1) en la escuela. El 63.5% (n=54) de los adolescentes reportó que tuvo lugar en la casa o departamento donde vivía, el 7.1% (n=6) en la escuela, 25.9% (n=22) en la vía pública, 1.2% (n=1) en el transporte público y 1.2% (n=1) desconocía el lugar donde ocurrió, a su vez 3.5% (n=3) describió que el abuso sexual ocurrió en 2 lugares diferentes o más. En relación al tiempo transcurrido desde la fecha del abuso sexual hasta la realización de la medición, se expresó en meses, ya que la mayoría de las redacciones de los expediente clínicos, citaban el tiempo en años con meses, en los escolares, la media fue de 58.79 meses (DE 28.03), con un rango de 6 a 96 meses, en 15.8% (n=3) el rango de tiempo transcurrido fue entre 0 y 24 meses, en 26.4% (n=5) entre 25 y 48 meses, en 21.1% (n=4) entre 49 y 72 meses y en 36.6% (n=7) entre 73 y 96 meses, no se reportaron periodos de tiempo mayores a los 96 meses. En los adolescentes, la media fue de 54.31 meses (DE 34.64), con un rango de 4 a 120 meses, en 30.6% (n=26) el rango de tiempo transcurrido fue entre 0 y 24 meses, en 17.7% (n=15) entre 25 y 48 meses, en 22.4% (n=19) entre 49 y 72 meses, en 18.8% (n=15) entre 73 y 96 meses y en 10.6% (n=9) entre 97 y 120 meses, no se reportaron periodos de tiempo mayores a los 120 meses. (Gráfico 2.0, Grafico 3.0 y Tabla 7.0)

Gráfico 2.0 tiempo transcurrido desde el inicio del abuso sexual hasta el ingreso al estudio en escolares



Nota: El grafico representa el periodo de tiempo que ha trascendido desde el inicio del abuso sexual hasta la aplicación del cuestionario para la presente investigación, con meses con unidad de medida, expresado en frecuencia para el grupo etario de escolares.

Gráfico 3.0 tiempo transcurrido desde el inicio del abuso sexual hasta el ingreso al estudio en adolescente



Nota: El grafico representa el periodo de tiempo que ha transcurrido desde el inicio del abuso sexual hasta la aplicación del cuestionario para la presente investigación, con meses con unidad de medida, expresado en frecuencia para el grupo etario de adolescentes.

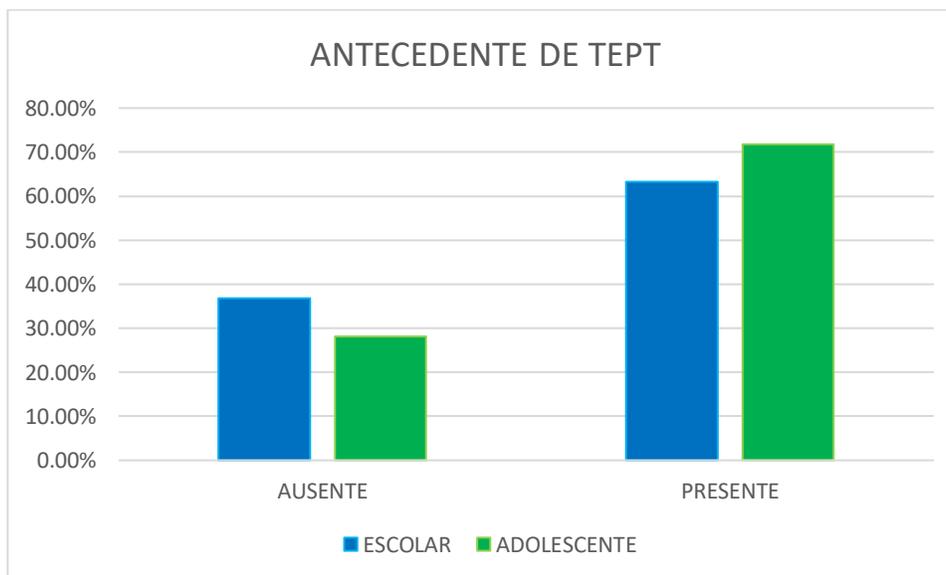
Tabla 7.0 *datos del abuso sexual*

	Grupo Etario					
	Escolar			Adolescente		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Abuso sexual o múltiple						
Abuso sexual (tocamientos)	9	47.4	47.4	32	37.6	37.6
Múltiple	10	52.6	100.0	53	62.4	100.0
Violencia detectada						
Tocamientos	9	47.4	47.4	32	37.6	37.6
Violación	3	15.8	63.2	28	32.9	32.9
Hostigamiento	2	10.5	73.7	8	9.4	79.9
Incesto	4	21.1	94.8	3	3.5	83.4
Violación y hostigamiento	0	0.0	94.8	4	4.7	88.1
Violación e incesto	0	0.0	94.8	7	8.2	96.3
Incesto y hostigamiento	1	5.3	100	2	2.4	98.7
Violación, incesto y hostigamiento	0	0.0	100	1	1.2	100
Agresor dentro o ajeno del grupo primario de apoyo						
Ajeno a grupo de apoyo	7	36.8	36.8	45	52.9	52.9
Dentro de grupo de apoyo	12	63.2	100.0	40	47.1	100.0
Parentesco del agresor						
Madre	1	5.3	5.3	0	0.0	0.0
Padre	4	21.1	26.4	8	9.4	9.4
Hermano/a	0	0.0	26.4	1	1.2	10.6
Abuelo/a	1	5.3	31.7	3	3.5	14.1
Tío/a	2	10.5	42.2	6	7.1	21.2
Primo menor	1	5.3	47.5	12	14.1	35.3
Primo mayor	1	5.3	52.8	1	1.2	36.5
Padrastro/Parejas de padres	5	26.3	79.1	9	10.6	47.1
Compañero de clase	1	5.3	84.4	2	2.4	49.5
Conocido	3	15.8	100	27	31.8	81.3
Desconocido	0	0.0	100	8	9.4	90.7
Múltiples	0	0.0	100	8	9.4	100.0
Lugar de la agresión						

Hogar	18	94.7	94.7	55	64.7	64.7
Vía pública	0	0.0	94.7	22	25.9	90.6
Escuela	1	5.3	100.0	6	7.1	97.7
Transporte público	0	0.0	100.0	1	1.2	98.9
Desconocido	0	0.0	100.0	1	1.2	100.0
Tiempo Transcurrido desde el abuso (En meses)						
0 a 24 meses	3	15.8	15.8	26	30.6	30.6
25 a 48 meses	5	26.4	42.2	15	17.7	48.2
49 a 72 meses	4	21.1	63.4	19	22.4	70.6
73 a 96 meses	7	36.6	100.0	16	18.8	89.4
97 a 120 meses	0	0.0	100.0	9	10.6	100.0
Nota: Esta tabla concentra las características descriptivas del abuso sexual del de la totalidad de la muestra (n=104), expresadas por grupo etario. Los datos fueron obtenidos directamente del expediente clínico.						

En relación al trastorno de estrés postraumático, el 63.2% (n=12) de los participantes escolares tuvieron consignado el diagnóstico en su expediente clínico y el 71.8% (n=61) de los adolescentes contaban el diagnóstico. (Gráfico 4.0)

Gráfico 4.0 antecedente de trastorno de estrés postraumático.



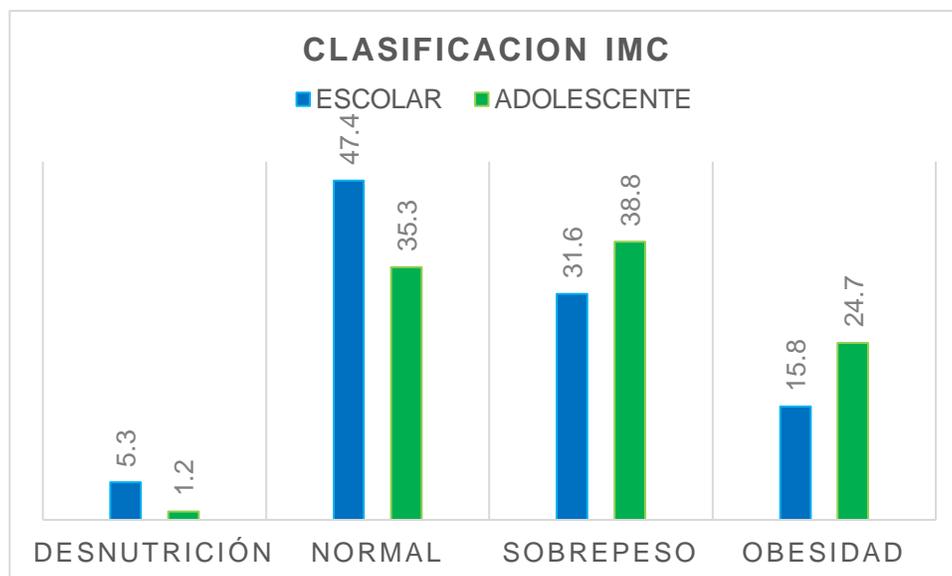
Nota: El gráfico representa el porcentaje de persona con antecedente de Trastorno de Estrés Postraumático, expresado en ausente y presente, con respecto al grupo de edad.

Descripción de datos somatométricos e IMC

Los datos somatométricos fueron recabados del expediente clínico, buscando la medición más próxima a la aplicación de los instrumentos, dando un margen no mayor a más/menos 3 meses,

con lo cual, en los participantes escolares, se obtuvo un IMC medio de 18.82 kg/m² (DE 3.9 kg/m²). Al convertir el resultado a puntajes Z de IMC para la edad y por sexo, en relación a lo establecido por la OMS, se obtuvo una media de 0.54 (DE 1.63). Considerando la clasificación del estado nutricional basada en el IMC mediante puntaje Z; el 47.4% (n=9) de los participantes se encontraban en la categoría de peso saludable, el 52.6% restante (n=10) tenían un grado de variación de peso no saludable, 5.3% (n=1) se encontraba con un peso bajo; 31.6% (n=6) eran portadores de sobrepeso y 15.8% (n=3) obesidad. A su vez, se obtuvo la talla de sujetos, con una mediana de 1.45m (DE 0.11m). Al convertir el resultado a puntajes Z de talla para la edad y por sexo, en relación a lo establecido por la OMS, se obtuvo una mediana de 0.43 (DE 1.49). Considerando la clasificación del estado nutricional basada en talla para la edad mediante puntaje Z, en relación a lo establecido por la OMS; todos los participantes se encontraban en la categoría de talla saludable para la edad. (Gráfico 5.0)

Gráfico 5.0 estado nutricional según clasificación Z de IMC



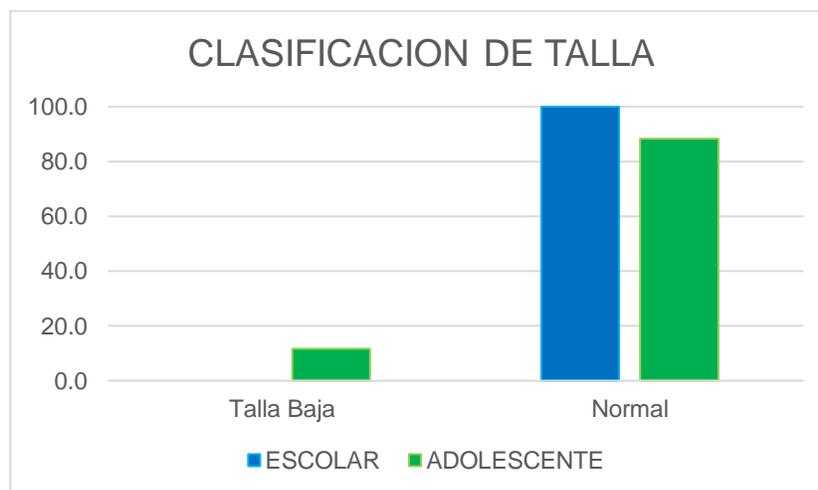
Nota: El gráfico representa el porcentaje del estado nutricional de los participantes, expresados en la clasificación establecida por la OMS, posterior a la conversión del valor Z, correspondiente al IMC esperado para la edad y sexo del paciente, expresando los resultados en porcentaje y por grupo etario.

En los participantes adolescentes, se obtuvo un IMC medio de 23.23 kg/m² (DE 4.07 kg/m²). Al convertir el resultado a puntajes Z de IMC para la edad y por sexo, en relación a lo establecido por la OMS, se obtuvo una media de 1.33 (DE 1.03). Considerando la clasificación del estado nutricional basada en el IMC mediante puntaje Z; el 35.3% (n=30) de los participantes se encontraban en la categoría de peso saludable, el 64.7% restante (n=55) tenían un grado de variación de peso no saludable, 1.2% (n=1) se encontraba con un peso bajo; 38.8% (n=33) eran

portadores de sobrepeso y 24.7% (n=21) obesidad. A su vez, se obtuvo la talla de sujetos, con una mediana de 1.55m (DE 0.06m). Al convertir el resultado a puntajes Z de talla para la edad y por sexo, en relación a lo establecido por la OMS, se obtuvo una mediana de -0.67 (DE 1.24). Considerando la clasificación del estado nutricional basada en talla para la edad mediante puntaje Z, en relación a lo establecido por la OMS; el 88.2% (n=75) de los participantes se encontraban en la categoría de talla saludable y el 11.8% restante (n=10) tenían un grado de variación de peso no saludable, ya que, se encontraba con talla baja.

En el análisis de la correlación del puntaje de tiempo transcurrido desde el abuso sexual, clasificado según su antigüedad en reciente (menor a 36 meses) y de larga evolución (mayor a 36 meses), en asociación de la clasificación del estado nutricional basada en el IMC mediante puntaje Z en dos grupos, IMC normal y patológico (desnutrición, sobrepeso u obesidad), se encontró en los escolares que el 31.57% (n=6) contaban con antecedente de abuso sexual de larga evolución y un IMC patológico y el 15.78% (n=3) contaban con el antecedente de abuso sexual reciente y un IMC normal, con una Chi cuadrada de Pearson de 0.09 con una P de 0.76, por lo que no es estadísticamente significativa. Con respecto a lo anterior, se encontró en los adolescentes que el 37.64% (n=32) contaban con antecedente de abuso sexual de larga evolución y un IMC patológico y el 15.29% (n=13) contaban con el antecedente de abuso sexual reciente y un IMC normal, con una Chi cuadrada de Pearson de 0.01 con una P de 0.89, por lo que no es estadísticamente significativa (Gráfico 6.0, Tabla 8.0).

Gráfico 6.0 estado nutricional según clasificación z de talla



Nota: El gráfico representa el estado nutricional de los participantes, expresados en la clasificación establecida por la OMS, posterior a la conversión del valor Z, correspondiente a la Talla esperada para la edad y sexo del paciente, expresando los resultados en porcentaje y por grupo etario.

Tabla 8.0, pruebas de chi-cuadrado para IMC Z y tiempo transcurrido desde el abuso sexual

Grupo Etario		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Adolescente	Chi-cuadrado de Pearson	.018 ^a	1	.893	1.000	.536
	Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
	Razón de verosimilitud	.018	1	.893		
	Prueba exacta de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	.018	1	.893		
	N de casos válidos	85				
Escolar	Chi-cuadrado de Pearson	.090 ^c	1	.764	1.000	.570
	Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
	Razón de verosimilitud	.091	1	.763		
	Prueba exacta de Fisher					
	Asociación lineal por lineal	.086	1	.770		
	N de casos válidos	19				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12.71.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.32.

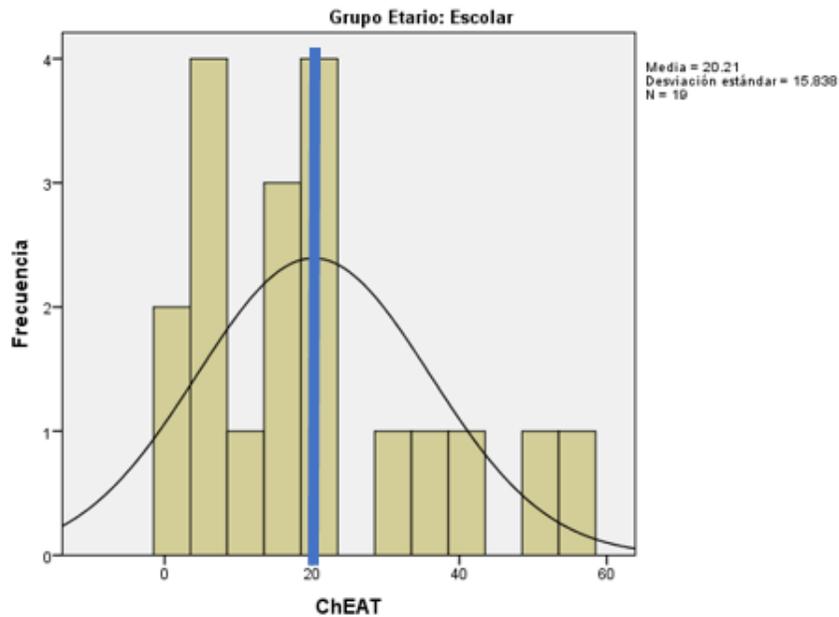
Tabla 9.0 pruebas de normalidad puntajes de ChEAT total por grupo etario

Grupo Etario		Kolmogorov-Smirnov ^a	Shapiro-Wilk
		Sig.	Sig.
Adolescente	Puntajes de ChEAT total	.200 [*]	
Escolar	Puntajes de ChEAT total		.068

Descripción de los datos obtenidos por ChEAT

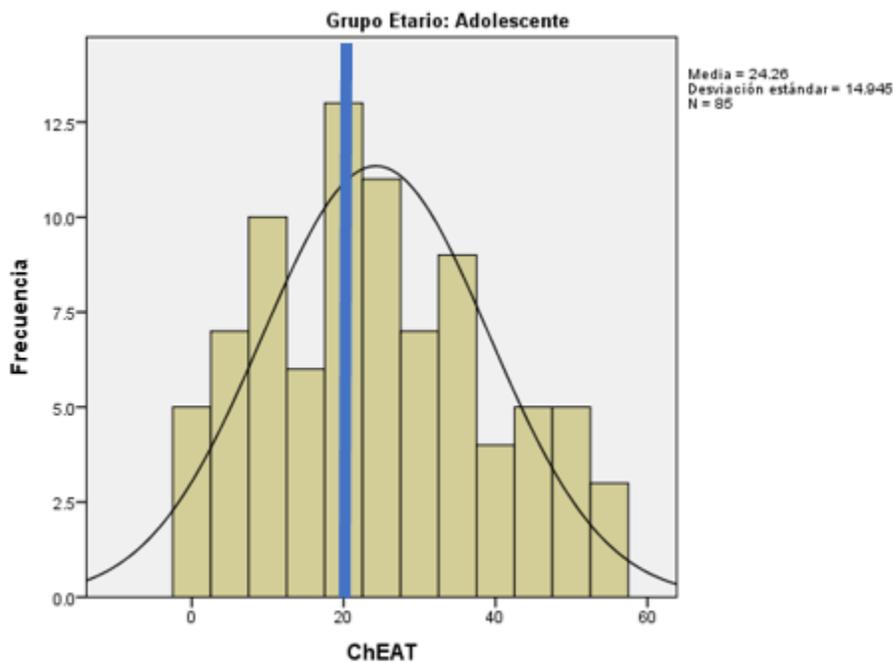
Del total de la muestra, en relación a los puntajes obtenidos en el ChEAT, en los participantes escolares, se obtuvo un puntaje de medio de 20.21 (DE 15.83), mientras en los adolescentes, se obtuvo un puntaje de medio de 24.26 (DE 14.94). Además, se realizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para los escolares, por el tamaño del grupo de participantes, con un valor de 0.68 y la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirno para los adolescentes, por el tamaño del grupo, con un valor de 0.2, por lo que por ser mayores a 0.05, cuentan con una distribución de puntajes de ChEAT normal. (Gráfico 7.0, 8.0 y Tabla 9.0).

Gráfico 7.0 frecuencia de los puntajes de ChEAT y prueba de normalidad de Shapiro-Wilk en escolares



Nota: El grafico representa la frecuencia de los puntajes obtenidos en ChEAT para el grupo etario de escolares, a quienes se realizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, con una línea azul vertical que indica el punto de corte de la prueba ChEAT.

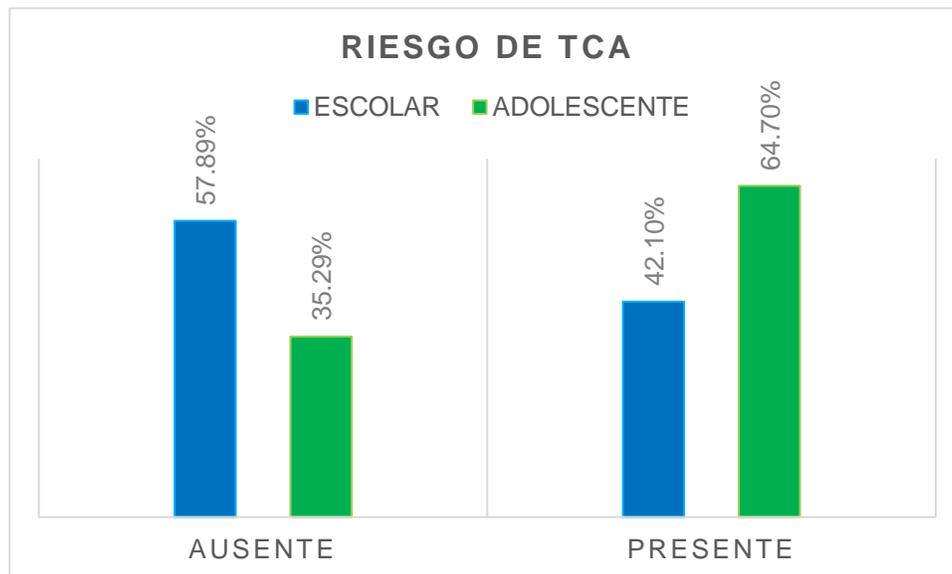
Gráfico 8.0 frecuencia de los puntajes de ChEAT y prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirno en adolescentes



Nota: El grafico representa la frecuencia de los puntajes obtenidos en ChEAT para adolescentes, a quienes se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirno, con una línea azul vertical que indica el punto de corte de la prueba.

Del total de la muestra, en relación al total de puntaje obtenido y tomando en cuenta el punto de corte de ChEAT, donde igual o mayor a 20 indica alto riesgo de desarrollar un TCA y menos de 20 indica ausencia del riesgo, el 39.42% (n=41) resultaron con ausencia de riesgo de desarrollar un TCA y 60.57% (n=63) con alto riesgo de desarrollarlo. En relación a los grupos de edad, el 57.89% (n=11) corresponde a escolares con ausencia de riesgo de desarrollar un TCA, 42.1% (n=8) a escolares con alto riesgo de desarrollar un TCA, 35.29% (n=30) a adolescentes con ausencia de riesgo de desarrollar un TCA y 64.7% (n=55) a adolescentes con alto riesgo de desarrollar un TCA. Con una Chi cuadrada de Pearson de 3.32 con una P de 0.068, la cual es marginal, por lo que no es estadísticamente significativa. (Gráfico 10.0) (Tabla 5.0)

Gráfico 9.0 riesgo para desarrolla un trastorno de la conducta alimentaria por grupo de edad



Nota: El grafico representa el riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria, en relación a los puntajes de ChEAT, expresado en porcentajes para cada grupo etario.

Tabla 10.0 pruebas de chi-cuadrado en TCA y grupo etario

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.321 ^a	1	.068		
Corrección de continuidad ^b	2.442	1	.118		
Razón de verosimilitud	3.249	1	.071		
Prueba exacta de Fisher				.076	.060
N de casos válidos	104				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7.49.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En el análisis de la correlación del puntaje de ChEAT y el haber sufrido múltiples tipos de abuso, ósea abuso sexual y otro tipo de abuso, se encontró en los escolares que el 26.31% (n=5) contaban con el antecedente de múltiples tipos de abuso y riesgo presente para desarrollar TCA según los puntajes de ChEAT y el 15.78% (n=3) no contaban con el antecedente de múltiples tipos de abuso y no tenían riesgo para desarrollar TCA, con una Chi cuadrada de Pearson de 0.54 con una P de 0.46, por lo que no es estadísticamente significativa. En los adolescentes, se encontró que el 35.29% (n=30) contaban con el antecedente de múltiples tipos de abuso y riesgo presente para desarrollar TCA según los puntajes de ChEAT y el 8.23% (n=7) no contaban con el antecedente de múltiples tipos de abuso y no tenían riesgo para desarrollar TCA, con una Chi cuadrada de Pearson de 4.04 con una P de 0.044, por lo que la correlación fue positiva y estadísticamente significativa. (Tabla 11.0)

Tabla 11.0 pruebas de chi-cuadrado TCA y múltiples tipos de abusos

Grupo Etario		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Adolescente	Chi-cuadrado de Pearson	4.047 ^a	1	.044	.061	.036
	Corrección de continuidad ^b	3.159	1	.076		
	Razón de verosimilitud	4.205	1	.040		
	Prueba exacta de Fisher					
	N de casos válidos	85				
Escolar	Chi-cuadrado de Pearson	.540 ^c	1	.463	.650	.395
	Corrección de continuidad ^b	.073	1	.788		
	Razón de verosimilitud	.544	1	.461		
	Prueba exacta de Fisher					
	N de casos válidos	19				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11.29.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.79.

Se realizó la prueba de chi cuadrada para grupo etario en relación a tipo de agresor (dentro o ajeno del grupo primario de apoyo) con un valor de 1.61 y un P valor de 0.2. La prueba de chi cuadrada para grupo etario en relación con el parentesco del agresor con un valor de 17.46 y un P valor de 0.09. La prueba de chi cuadrada para grupo etario en relación con lugar donde ocurrió al agresión con un valor de 17.46 y un P valor de 0.16. La prueba de chi cuadrada para grupo etario en relación a la clasificación del estado nutricional en el IMC mediante puntaje Z, en relación a lo establecido por la OMS con un valor de 2.7 y un P valor de 0.43. La prueba de chi cuadrada para grupo etario en relación a la clasificación del estado nutricional basada en talla para la edad mediante puntaje Z, establecido por la OMS con un valor de 2.47 y un P valor de 0.11. Por lo tanto, los resultados previamente descritos no son estadísticamente significativos.

Del total de la muestra, en relación a los puntajes obtenidos en el ChEAT y el resultado a puntajes Z de IMC para la edad y por sexo, en la clasificación establecida por la OMS, el 18.26% (n=19) resultaron con peso normal y ausencia de riesgo de desarrollar un TCA y 19.23% (n=20) con peso normal y alto riesgo de desarrollar un TCA, 13.46% (n=14) con sobrepeso y ausencia de riesgo de desarrollar un TCA y 24.03% (n=25) con sobrepeso normal y alto riesgo de desarrollar un TCA, 6.73% (n=7) con obesidad y ausencia de riesgo de desarrollar un TCA y 16.34% (n=17) con obesidad normal y alto riesgo de desarrollar un TCA, 0.96% (n=1) con desnutrición y ausencia de

riesgo de desarrollar un TCA y 0.96% (n=1) con desnutrición y alto riesgo de desarrollar un TCA. Con una Chi cuadrada de Pearson de 2.76 con una P de 0.429, la cual no es estadísticamente significativa.

Del total de la muestra, en relación a los puntajes obtenidos en el ChEAT y el resultado a puntajes Z de talla para la edad y por sexo, en la clasificación establecida por la OMS, el 35.57% (n=37) resultaron con talla normal y ausencia de riesgo de desarrollar un TCA y 54.8% (n=57) con talla normal y alto riesgo de desarrollar un TCA, 3.84% (n=4) con talla baja y ausencia de riesgo de desarrollar un TCA y 5.76% (n=6) con talla baja y alto riesgo de desarrollar un TCA. Con una Chi cuadrada de Pearson de 0.002 con una P de 0.969, la cual no es estadísticamente significativa.

Del total de la muestra, en relación a los puntajes obtenidos en el ChEAT y la el tiempo transcurrido desde el abuso sexual, se encontró en los escolares que el 21.05% (n=4) contaban con antecedente de abuso sexual de larga evolución y un alto riesgo de desarrollar un TCA por puntaje de ChEAT y el 15.78% (n=3) contaban con el antecedente de abuso sexual reciente y ausencia del riesgo de desarrollar un TCA por puntaje de ChEAT, con una Chi cuadrada de Pearson de 1.02 con una P de 0.31, por lo que no es estadísticamente significativa. Con respecto a lo anterior, se encontró en los adolescentes que el 41.17% (n=35) contaban con antecedente de abuso sexual de larga evolución un alto riesgo de desarrollar un TCA y el 18.82% (n=16) contaban con el antecedente de abuso sexual reciente y ausencia del riesgo de desarrollar un TCA, con una Chi cuadrada de Pearson de 2.29 con una P de 0.13, por lo que no es estadísticamente significativa. (Tabla 12.0)

Tabla 12.0 pruebas de chi-cuadrado de ChEAT y tiempo transcurrido desde el abuso sexual

Grupo Etario		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Adolescente	Chi-cuadrado de Pearson	2.290 ^a	1	.130		
	Corrección de continuidad ^b	1.647	1	.199		
	Razón de verosimilitud	2.281	1	.131		
	Prueba exacta de Fisher				.169	.100
	N de casos válidos	85				
Escolar	Chi-cuadrado de Pearson	1.028 ^c	1	.311		
	Corrección de continuidad ^b	.283	1	.594		
	Razón de verosimilitud	1.027	1	.311		
	Prueba exacta de Fisher				.377	.297
	N de casos válidos	19				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12.71.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.95.

Del total de la muestra, en relación a los puntajes obtenidos en el ChEAT y el antecedente de Trastorno de estrés postraumático, el 11.53% (n=12) no tenían el antecedente y el riesgo de desarrollar un TCA era ausente y 27.88% (n=29) tenía el antecedente y el riesgo de desarrollar un TCA era ausente, 18.26% (n=19) no tenían el antecedente pero si un alto riesgo de desarrollar un TCA y 42.3% (n=44) tenía el antecedente y alto riesgo de desarrollar un TCA. Con una Chi cuadrada de Pearson de 0.009 con una P de 0.923, la cual no es estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

El abuso sexual y las alteraciones de la conducta alimentaria, han sido mayormente reportadas en mujeres a lo largo de la historia, lo cual concuerda con los resultados del presente estudio y con los resultados de Chacko y colaboradores en 2022 (87.5% y 66.2%)³⁶, no obstante, se identificó el doble de proporción de hombres escolares con antecedente de abuso sexual a diferencia de los varones adolescentes, pero sin resultados estadísticamente significativos.

A su vez, en las muestras clínica, se ha identificado un aumento en los reportes de abuso sexual a edades más tempranas y que este tipo de maltrato infantil se relacionó con una mayor riesgo de problemas de la conducta alimentaria³⁷.

Concuerda con lo previamente investigado que, los menores de edad, que cuenta con un menor nivel socioeconómico y con menores recursos como la disponibilidad de los servicios de salud y el no vivir con sus padres, son más propensos a ser receptores de abuso sexual infantil³⁸. Pudimos identificar un aumento en el número de caso, correspondiendo al aumento del tamaño de muestra, en relación a estudios locales anteriores, lo cual, a nivel internacional, según Huang en este año, también se debe al aumento de violencia sexual en el hogar por confinamiento sanitario derivado de la pandemia de SARS COV³⁹.

Hallazgos sin precedentes en este análisis son; que los niños con antecedente de abuso sexual provienen en gran proporción de familias extendidas y sin padres, en comparación con los adolescentes (52.6% vs 35.3%); los escolares tienden a ser violentados sexualmente en el hogar y por personas dentro del grupo primario de apoyo, a diferencia de los adolescentes en quienes el lugar donde se suscitó el abuso y el perpetrador varían, sin embargo, no contamos con datos estadísticamente significativos; se identificó que los adolescentes reportan con mayor frecuencia ser receptores de varios tipos de violencia, además de la sexual, con lo cual se correlacionó de manera significativa, esto podría explicar la asociación que expone Elsenburg y su colaboradores actualmente, entre el experimentar múltiples tipos de maltrato durante la adolescencia y el aumento del IMC y los síntomas psiquiátricos⁴⁰.

Es importante señalar que, solo un participante (escolar) reportó el abuso por parte de una agresora mujer, lo cual difiere de autores previos, ya que es reportado hasta en el 10% de los casos en

muestras clínicas⁴¹. Pero es determinante realizar estudios con mayor número de casos de pacientes de 11 años o menos.

Respecto al Trastorno de Estrés Postraumático, los adolescentes lo reportan ligeramente con mayor frecuencia, a la par de los TCA y los puntajes de ChEAT⁴². Aunque no se encontraron grandes diferencias en el tiempo transcurrido desde el abuso sexual, lo que se esperaría que fuera mayor en los adolescentes, si existe información que asocie positivamente y de manera proporcional el tiempo de exposición al estresor vital sexual y la persistencias de los síntomas de Estrés Postraumático, además de su gravedad⁴³. Dentro de nuestra descripción existe una tendencia, que podría entenderse como a mayor tiempo transcurrido desde el evento de violencia sexual, aumenta el IMC, lo cual no cuenta con gran evidencia y tendría que valorarse de manera temprana, constante y logitudinal.

Los hallazgos en comparación con lo encontrado en la ENSANUT 2020 y las clasificaciones de la OMS, muestran que los niños de menos de 12 años, en esta muestra de pacientes cuentan con una prevalencia de sobrepeso de hasta 50% más que la población general de la misma edad. A su vez, en adolescentes, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mucho mayor que en relación a sus pares en la población general (Sobrepeso: 38.8% vs 26.8%; Obesidad: 24.7 vs 17%)⁴⁴. Esto puede corresponder a los malos hábitos alimenticios y los patrones de la conducta alimentaria desadaptativos propios de las personas con antecedentes de violación, concordante con lo demostrado por Hicks-White en 2018, “los adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil, cuentan con más probabilidades de tener un percentil de IMC más alto”⁴⁵. Lo anterior es de suma importancia, ya que un porcentaje muy alto de adolescentes que cuenten con problemas de obesidad o sobrepeso, persistirán con problemas hasta la edad adulta, debutando precozmente con enfermedades psiquiátricas y metabólicas⁴⁶.

Los hallazgos en comparación con lo encontrado en la ENSANUT 2020 y las clasificaciones de la OMS, muestran que la prevalencia de desnutrición y talla baja en niños y adolescentes es similar a la de la población general de la misma edad⁴⁴.

Se identificó una diferencia notoria, entre niños y adolescentes, ya que estos últimos cuentan con mayor riesgo de desarrollar un TCA (64.7% vs 42.1%), según los puntajes de ChEAT obtenidos, lo cual aunque no resultó estadísticamente significativo, pero es consistente con lo reportado por

otros autores, lo cual ha sido correlacionado con el aumento de la incidencia de los TCA con la edad, el mayor tiempo de exposición al trauma, los recursos cognitivos para comprender y responder al estresor vital de índole sexual, la capacidad de manifestar y denunciar el abuso, el aumento de las conductas purgatorias, compensatorias y crítica de la autoimagen⁴⁷.

El resultado de mayor relevancia en nuestro estudio es, la correlación encontrada en los adolescentes con múltiples tipos de abusos y el aumento en el puntaje de ChEAT, que se traduce como una mayor probabilidad de “alto riesgo de desarrollar un TCA”, ya que por ser estadísticamente significativo apoya y concluye lo descubierto en otros estudios, donde la polivictimización infantil está ligada a IMC más alto y el haber sufrido múltiples tipos de violencia a aumento en la expresión de conductas alimentarias patológicas. Esto a su vez, se relaciona con la perpetuidad de los trastornos psiquiátricos en general, la gravedad del TEPT y los TCA⁴⁸.

CONCLUSIONES

1. Nuestra investigación encontró diferencias notables entre los niños y adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil, dentro de las principales son las relacionadas con el evento traumático/sexual, las alteraciones de la conducta alimentaria y los trastornos psiquiátricos como los TCA y el Trastorno de Estrés Postraumático. Sin embargo, dado que la mayoría de los resultados no son estadísticamente significativos, no contamos con la evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula.
2. Podemos reafirmar que, el ser mujer, el bajo nivel socioeconómico, la falta de derechohabiencia y acceso a servicios de salud, provenir de una familiar extendida y sin padres, son factores de riesgo para ser receptor de abuso sexual en la infancia, sin embargo, la significancia estadística resulto limítrofe, por lo que, necesitamos mayor evidencia para determinar el rango de edad donde son más específicos.
3. Existe una tendencia mayor en el adolescente, en comparación con el escolar, para desarrollar alteraciones en la conducta alimentaria, obteniendo mayores puntajes en el ChEAT, lo que se traduce en ser portador de un alto riesgo de desarrollar un TCA, sin embargo, no podemos especificar las diferencias clínicas en estos grupos etarios, por falta de información estadísticamente significativa.
4. Parece que, el grupo etario está relacionado con las diferentes características del abuso sexual, por ejemplo con el parentesco del agresor, el contexto del abuso, el lugar y momento del abuso, además de reportar el abuso o los múltiples abusos a los cuales el paciente pudo haber estado expuesto, mas no así, al tiempo transcurrido desde la experiencia del abuso, sin embargo, necesitamos mayor evidencia, para confirmar los hallazgos.
5. Se encontró una tendencia del aumento del IMC y el índice de sobrepeso y obesidad con la edad, en niños con antecedente de abuso sexual infantil, observando una mayor prevalencia en el grupo de los adolescentes que en los niños, con mayor prevalencia que la población general.
6. El abuso sexual infantil sumado a otros tipos de violencia en la adolescencia, está asociado al aumento en el puntaje de ChEAT, aumento en el riesgo para desarrollar un TCA e incluso para desarrollar otros trastornos psiquiátrico como el TEPT y otras enfermedades médicas.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

1. Por tratarse de 2 temas tan complejos como el abuso sexual infantil y los TCA, donde el sesgo de información por edad es determinante, es necesario que en futuras investigaciones se realicen mediciones cualitativas para el menor y la familia con el objetivo de caracterizar de manera objetiva las características para cada grupo de edad.
2. Dado el autoinforme de la prueba ChEAT, los resultados de la misma quedan sujetos a la interpretación del usuario, en una serie de padecimientos ansiosos y afectivos agravados por el antecedente del abuso sexual, por lo que valdría la pena valorar el uso de pruebas heteroaplicadas para padres y pacientes, con el inconveniente del tiempo de aplicación.
3. Una de las limitaciones más importantes es, la subestimación de los casos de abuso sexual infantil en general, pero predominantemente en escolares y preescolares, ya que la gran mayoría de estudios cuenta con muestras pequeñas de este grupo etario.
4. La segunda limitación en nivel de importancia es, la falta de denuncia y reporte de los abusos sexuales en menores de edad varones, ya que la información que se tiene con respecto a las diferencias entre géneros es escasa.
5. El diseño de nuestra investigación es transversal y se limitó a establecer una asociación entre abuso sexual infantil y alteraciones de la conducta alimentaria, buscando identificar diferencias clínicas entre grupos etarios, sin que esto implicara de ninguna manera una relación causal, por lo que sugerimos realizar estudios con diseño longitudinal para examinar la edad como factor de riesgo para el desarrollo de TCA, en niños con antecedente de abuso.
6. Una limitante de este trabajo, 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. Se sugiere la adición de un grupo etario menor (preescolares), teniendo como proeza es la riqueza de información que podríamos obtener de ese grupo etario, con muestra disponible en este hospital, pero con una dificultad marcada en la recolección de los datos, por no contar con instrumentos validados para este grupo etario.
8. Es necesario el estudio longitudinal del peso y la talla, para encontrar mayor evidencia y valides científica en relación a las alteraciones del IMC.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5ª edición. España; Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10. 10ª edición. España; Editorial Médica Panamericana; 2000.
3. 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
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. 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>
6. 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.
7. 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): s232-8
8. Ramos-Lira L, Saldívar-Hernández G, Medina-Mora ME, Rojas-Guiot E, Villatoro-Velázquez J. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública Mex*. 1998;40(3):221-33
9. Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, Flores-Celis K, Ramos-Lira L. Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes. *Salud Pública Mex*. 2020; 62: 661-671.
10. Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Barcelona: Ariel; 2000.
11. Código Penal Federal. Delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual: Hostigamiento sexual, abuso sexual, estupor y violación. 1931; 15(1):1-227

12. Losada AV, Saboya D. Abuso sexual infantil, trastorno de la conducta alimentaria y su tratamiento. *Psicología, conocimiento y sociedad*. 2013; 3(2):102-134.
13. Toro J. Riesgo y causas de la Anorexia Nerviosa. Barcelona: Ariel. 2005.
14. Mambrú TV. El trauma sexual y su relación con los trastornos alimentarios. En:
14. Panzitta MT, editor. *Trastornos de la conducta alimentaria: bulimias, anorexias, aspectos teóricos clínicos*. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L; 2009.
15. Maloney, M., McGuire, J., Daniels, S., & Specker, B. (1989). Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84, 482-489
16. 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
17. 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.
18. Instituto Nacional de la Salud. Trastornos de la alimentación. [en línea] [accesado el 30 de mayo de 2021]. Disponible en: www.nimh.nih.gov.
19. Salazar MZ. The Eating Attitude Test in Costa Rica: first evidence of its validity and reliability. *Actividades de Psicología*. 2012; 26:51-71.
20. Opydo-Szymaczek J, Jarząbek-Bielecka G, Kędzia W, Borysewicz-Lewicka M. Child sexual abuse as an etiological factor of overweight and eating disorders considerations for primary health care providers. *Ginekologia Polska* 2018; 89, 1: 48–5
21. Moreno GMA, Rosa OVG. Trastornos alimentarios y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Ter Psicol*. 2009; 27(2):181-190.
22. Weissberg K, Quesnel G. Guía de trastornos alimenticios. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 1ª ed. México; 2004.
23. Camarillo O, Cabada R, Gómez M, Munguía A. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Rev Esp Méd Quir*. 2013; 18:51-55
24. Kimber M, McTavish JR, Couturier J. Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate partner violence for eating disorders: a systematic critical review. *BMC Psychol*. 2017;5:33
25. González ML, Caballero A, Cruz C, Unikel C. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*. 2003; 26(3):1-8.

26. Salazar MZ. The Eating Attitude Test in Costa Rica: first evidence of its validity and reliability. *Actividades de Psicología*. 2012; 26:51-71.
27. Sancí L, Coffey C, Olsson C, Ried S, Carlin JB, Patton G. Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the victorian adolescent health cohort study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008; 162(3):261-267.
28. 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.
29. Wonderlich SA, Brewerton TD, Jolic Z, Dansky BS, Abbott DW. Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*. 1997; 36:1107-1115.
30. Franco PK, Álvarez RGL, Ramírez RRE. Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2011; (2):148-164.
31. Escoto MC, Camacho EJ. Propiedades psicométricas del Test Infantil de Actitudes Alimentarias en una muestra mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*. 2008; 25(1):99-106 .
32. Franco PK, Díaz RF, Santoyo TF. Conductas y actitudes alimentarias anómalas y calidad de vida relacionadas con la salud de niños. *Rev.psicol. Santiago*. 2017; 26(2)
33. Brenes Prats ME, Enriquez Leal KA. 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” [tesis especialidad]. Ciudad de México; 2021.
34. Midei AJ, Matthews KA, Bromberger JT. Childhood abuse is associated with adiposity in midlife women: possible pathways through trait anger and reproductive hormones. *Psychosom Med*. 2010; 72(2): 215–223.
35. Rozenblat V, Ong D, et al. A systematic review and secondary data analysis of the interactions between the serotonin transporter 5-HTTLPR polymorphism and environmental and psychological factors in eating disorders. *J Psychiatr Res*. 2017; 84:62-67.
36. Chacko AZ, Paul JSG, Vishwanath R, et al. A study on child sexual abuse reported by urban indian college students. *J Family Med Prim Care*. 2022;11(9):5072-5076.
37. Emery RL, Yoon C, Mason SM, Neumark-Sztainer D. Childhood maltreatment and disordered eating attitudes and behaviors in adult men and women: Findings from

- project EAT. *Appetite*. 2021;163:105224.
38. Owusu-Addo E, Owusu-Addo SB, Bennor DM, et al. Prevalence and determinants of sexual abuse among adolescent girls during the COVID-19 lockdown and school closures in Ghana: A mixed method study. *Child Abuse Negl*. 2023;135:105997.
 39. Huang N, Yang F, Liu X, Bai Y, Guo J, Riem MME. The prevalences, changes, and related factors of child maltreatment during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Child Abuse Negl*. 2023;135:105992.
 40. Elsenburg LK, Liefbroer AC, van Eeden AE, Hoek HW, Oldehinkel AJ, Smidt N. Relationship Between Childhood Abuse and Body Mass Index in Young Adulthood: Mediated by Depression and Anxiety?. *Child Maltreat*. 2023;28(2):286-296.
 41. Gerke J, Rassenhofer M, Witt A, Sachser C, Fegert JM. Female-Perpetrated Child Sexual Abuse: Prevalence Rates in Germany. *J Child Sex Abus*. 2020;29(3):263-277.
 42. Convertino AD, Morland LA, Blashill AJ. Trauma exposure and eating disorders: Results from a United States nationally representative sample. *Int J Eat Disord*. 2022;55(8):1079-1089.
 43. Lee NH, Lee J, Cheon KA, Kim KY, Song DH. One-year Cohort Follow-up on the Diagnosis and Posttraumatic Symptoms in Child Sexual Assault Victims in Korea. *Psychiatry Investig*. 2022;19(12):1046-1054.
 44. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2021.
 45. Hicks White AA, Pratt KJ, Cottrill C. The relationship between trauma and weight status among adolescents in eating disorder treatment. *Appetite*. 2018;129:62-69.
 46. Neumark-Sztainer D, Wall MM, Chen C, Larson NI, Christoph MJ, Sherwood NE. Eating, Activity, and Weight-related Problems From Adolescence to Adulthood. *Am J Prev Med*. 2018;55(2):133-141.
 47. Hazzard VM, Ziobrowski HN, Borg SL, et al. Past-Year Abuse and Eating Disorder Symptoms Among U.S. College Students. *J Interpers Violence*. 2022;37(15-16):NP13226-NP13244.
 48. Christie AJ, Matthews KA. Childhood Poly-victimization Is Associated With Elevated Body Mass Index and Blunted Cortisol Stress Response in College Women. *Ann Behav Med*. 2019;53(6):563-572.

ANEXOS

ANEXO 1.0: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, Ciudad de México, septiembre de 2022 a febrero 2023.

PROTOCOLO: DIFERENCIAS EN LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ENTRE ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL DE LA CIUDAD DE MÉXICO. Clave II3/02/0221

Nombre del investigador principal: Dra. Mirna Esthela Brenes Prats, Dr. Jesùs Alejandro Carrizosa Aguilar.

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

I. Mi hijo/hija ha sido invitado/a para participar voluntariamente en un estudio de investigación para establecer las características clínicas de abuso sexual infantil y las alteraciones de la conducta alimentaria.

II. Se me ha informado que se le realizará una entrevista y un cuestionario autoaplicados, en las cuales se realizarán preguntas relacionadas sobre: El Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) que permite evaluar los hábitos y las actitudes relacionadas con la alimentación y la imagen corporal en niños y adolescentes. Este instrumento se realizará por un profesional capacitado y se toma aproximadamente quince minutos en contestarse.

III. De igual manera se ha explicado que esta investigación tiene un riesgo mínimo, debido a que se me harán preguntas sensibles tanto a mí como a mi hijo/hija, si alguna de las preguntas me hace sentir incomodo/a a mí o a mi hijo/hija, tenemos el derecho de no responderla. Si la evaluación ocasiona incomodidad en mi persona o mi hijo/hija podemos negarnos a realizarla y salir del estudio. No se tocará directamente con el menor y familiar/tutor el tema del abuso sexual, pero si el menor llega a verse afectado psicológicamente al contestar algunas de las preguntas, se le brindara apoyo con contención verbal y manejo al problema presente con canalización al servicio de admisión continua del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, con atención por los médicos residentes de guardia. 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 consultarlo para brindar la atención médica requerida.

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

V. Se me explicó que no hay un beneficio directo, pero con la información que se obtendrá en este estudio se contribuirá al desarrollo de mejores pruebas y tratamiento para estas alteraciones en el futuro en niñas, niños y adolescentes con trastornos similares.

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

VII. Se me aclaró que el menor puede abandonar el estudio en cuanto lo decida. sin que esto afecte la atención que recibe mi hijo en este hospital. No renuncio a ninguno de los derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Se me informó que la aplicación de los instrumentos, no tiene costo para mi hijo/hija/pupilo, ni para mi persona y dichos instrumentos serán aplicados en los tiempos que asisten de forma habitual a las consultas con una duración aproximada de 15 minutos.

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 la escala y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha _____, tras haber leído y comprendido lo anterior, una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a la participación en el proyecto y haber recibido suficiente información por el investigador, acepto que mi hijo/hija/pupilo participar de manera voluntaria en el estudio.

En caso de tener alguna duda o que desee que no se ocupe su información puede comunicarse con el Dr. Jesús Alejandro Carrizosa Aguilar al teléfono 6623260560.

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del familiar o tutor

Nombre y firma del testigo

ANEXO 2.0: CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Fecha: _____.

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

PROTOCOLO: DIFERENCIAS EN LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ENTRE ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL DE LA CIUDAD DE MÉXICO. Clave I13/02/0221

He sido valorado/a en esta institución por el médico especialista del servicio de PAINAVAS y me dieron como diagnóstico algún tipo de problema de salud mental, que requiere atención en esta institución. Por eso he sido invitado/a a participar voluntariamente en un estudio de investigación donde resolveré unos cuestionarios, que nos ayudan a medir la intensidad de problemas relacionados con alteraciones de la conducta alimentaria y el abuso sexual infantil. El instrumento que está en el cuestionario y en la entrevista se llama: Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT). Este cuestionario y la entrevista del estudio, no tiene costo para nosotros y serán aplicados por un experto en los tiempos que asistimos al hospital en forma habitual y no tardan más de 15 minutos en resolverse aproximadamente.

Beneficios del estudio

No hay un beneficio directo, sin embargo, con la información que se obtendrá en este estudio se aportará al desarrollo de mejores pruebas y tratamiento para estas alteraciones en niños y/o adolescentes que tengan síntomas parecidos. Los resultados de la valoración se agregarán al expediente clínico y el médico tratante podrá consultarlos.

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. Se eliminarán del estudio a las personas que retiren su consentimiento informado (padre/tutor y/o paciente) y/o que no completen algún instrumento clinimétrico sin que esto afecte la atención médica que recibo en el hospital.

Confidencialidad

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

Firmas del Asentamiento Informado

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

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. Jesús

ANEXO 3.0: 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 preocupa 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 comiera 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						

4.0 OFICIO DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN (PREVIO)



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

Ciudad de México, 12 de octubre del 2022

Asunto: dictamen de protocolo I13/02/0221

Resolución No.: HPIJNN-CI-DA-012-2022

Dra. Mirna E. Brenes Prats

Presente

En relación con la revisión de la enmienda de su proyecto de investigación titulado: "Correlación entre las alteraciones de la conducta alimentaria en niños y adolescentes con antecedentes 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, hacemos de su conocimiento que este comité, ha dictaminado la enmienda de su protocolo como: **aprobada**.

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

Atentamente

Dr. Michel Gutierrez Ceniceros
Presidente del Comité de Investigación

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



5.0 OFICIO DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



Ciudad de México a 18 de enero de 2023
Oficio No. SPPS/DCSAP/HPIJNN/306/007/2023
Asunto: Registro de tesis derivada

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats
Investigador responsable
HPJNN
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: *"Diferencias en las alteraciones de la conducta alimentaria entre escolares y adolescentes con antecedente de abuso sexual en el Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México".*

Clave de registro: II3/02/0221/Te

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: Jesús Alejandro Carrizosa Aguilar.

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.

Atentamente
Jefa de la División de Investigación

Dra. Patricia Zavaleta Ramírez
cc.p. Archivo de la división de Investigación.



6.0 OFICIO DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN



Comité de Ética en Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil, "Dr. Juan N. Navarro"

Ciudad de México, 31 de mayo del 2023

Asunto: carta de aprobación

Resolución No.: HPIJNN-CEI-016-2023

Dr. Jesús Alejandro Carrizosa Aguilar

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: "Diferencias en las alteraciones de la conducta alimentaria entre escolares y adolescentes con antecedente de abuso sexual en el Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México", con número de registro II3/02/0221/Te.

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.

Atentamente,

Dra. Laura Fritsche García

Presidente del Comité de Ética en Investigación

c.c.p. Dr. Héctor Rodríguez Juárez-Director del hospital-presente

Dra. Ana Rosa García Berdejo-Jefa de la división de enseñanza y capacitación-presente

Dra. Patricia Zavalota Ramírez-Jefa de la división de Investigación, HPIJNN-Presente

Comité de Ética en Investigación, HPIJNN-Presente



7.0 OFICIO DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN 2022



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

Ciudad de México, 12 de octubre del 2022

Asunto: dictamen de protocolo I13/02/0221

Resolución No.: HPIJNN-CI-DA-012-2022

Dra. Mirna E. Brenes Prats

Presente

En relación con la revisión del proyecto de investigación: "Correlación entre el antecedente de abuso sexual y las alteraciones de la conducta alimentaria en niños y adolescentes, estudio transversal en el servicio de PAINAVAS del Hospital Psiquiátrico Infantil, Dr. Juan N. Navarro", con número de protocolo: I13/02/0221 y tras haber sido sometido a revisión por el comité de investigación, hacemos de su conocimiento que dicho comité, ha dictaminado la enmienda de su protocolo como: aprobada.

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

Atentamente

Dr. Michel Gutiérrez Ceniceros
Presidente del Comité de Investigación

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

8.0 OFICIO DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN 2022



Comité de Ética en Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil, "Dr. Juan N. Navarro"

Ciudad de México, 14 de octubre del 2022
Asunto: dictamen de enmienda del protocolo I13/02/0221
Resolución No.: HPIJNN-CEI-DA-025-2022

Dra. Mirna E. Brenes Prats

Presente

En relación con la revisión a su enmienda, sobre el proyecto de investigación: "Correlación entre las alteraciones de la conducta alimentaria en niños y adolescentes con antecedentes 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 que el comité de ética en investigación ha dictaminado dicha enmienda como: aprobada.

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

Atentamente



Dra. Laura Fritsche García
Presidente del Comité de Ética de Investigación

c.c.p. Dr. Emmanuel L. 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

