

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



TESIS:

“Frecuencia del abuso sexual transgeneracional en niños, niñas y adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria y abuso sexual”.

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

María Fernanda Cuervo Ledesma

TUTOR METODOLÓGICO:

Dra. Alma Delia Genis Mendoza

TUTOR TEÓRICO:

Dra. Ana Rosa García Berdeja

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2024



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:

María Fernanda Cuervo Ledesma

Correo electrónico: marifer9223@hotmail.com

Nombre del Tutor (a) Metodológico:

Dra. Alma Delia Genis Mendoza

Correo electrónico: adgenis@inmegen.gob.mx

Institución donde labora: Laboratorio de Genómica de Enfermedades Psiquiátricas y Neurodegenerativas, INMEGEN

Nombre del Tutor (a) Teórico:

Dra. Ana Rosa García Berdeja

Correo electrónico: anarosagarciab@gmail.com

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

AGRADECIMIENTOS

“A mis queridos padres, quienes siempre han sido mi mayor apoyo. Su amor incondicional y constante aliento me han impulsado a alcanzar este logro académico.”

“A mi hermano por su apoyo inquebrantable y sus palabras de aliento en los momentos más desafiantes. Gracias por estar siempre a mi lado.”

“A mi amado Carlos, por su comprensión, paciencia y apoyo durante todo este proceso. Tu amor y motivación han sido mi motor para seguir adelante.”

“Mi más sincero agradecimiento a los pacientes que participaron en este estudio. Su colaboración y disposición para compartir sus experiencias fueron fundamentales para el éxito de esta investigación.”

RESUMEN

El abuso sexual infantil se ha convertido en un tema de Salud Pública, considerándose como una problemática compleja y dolorosa. En muchas ocasiones, no solo los menores han sido víctimas directas, también en sus familias existe una historia secreta de abuso sexual transgeneracional. Muchas son las consecuencias que puede acarrear el haber pasado por una experiencia adversa de esta índole, entre ellas se encuentran los TCA. **Objetivos:** Comparar la frecuencia de abuso sexual transgeneracional en niños, niñas y adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria y abuso sexual contra la frecuencia de niños, niñas y adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria y abuso sexual sin abuso sexual transgeneracional. **Material y Métodos:** Pacientes que acudieron a los servicios de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” para aplicación de los instrumentos EAI, CAR y sección de AN y BN del MINI KID. **Resultados:** Muestra de 44 participantes, entre 12 y 17 años (media \pm DE 14.4 \pm 1.85, 97.72% sexo femenino. El 56.81% (n=25) su cuidador había sido receptor de abuso sexual antes de los 18 años. Este grupo se presentó un 8% (n=2) el diagnóstico de Anorexia Nervosa, un 36% (n=9) el diagnóstico de Bulimia Nervosa y el 56% (n=14) el diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado. **Conclusiones:** Los pacientes con cuidadores con antecedente de abuso sexual antes de los 18 años reportaron mayor variedad de alteraciones en la conducta alimentaria.

Términos MeSH: Abuso, transgeneracional, TCA.

ÍNDICE GENERAL

HOJA DE DATOS.....	1
AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	12
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	12
MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
CRITERIOS.....	14
PROCEDIMIENTO:.....	16
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	18
RESULTADOS.....	19
DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIONES.....	41
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

INDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS.

FIGURA 1. DIAGRAMA DE FLUJO.....	18
TABLA 1.....	14
TABLA 2.....	20
GRÁFICO 1.....	20
TABLA 3. TIPO DE AGRESOR.....	21
GRÁFICO 2.....	22
TABLA 5.....	24
TABLA 6.....	24
TABLA 7.....	25
TABLA 8.....	26
GRÁFICO 3.....	27
TABLA 9.....	28
TABLA 10.....	28
TABLA 11.....	30
GRÁFICO 4.....	31
TABLA 12.....	31
TABLA 14.....	33
GRÁFICO 5.....	33
TABLA 15.....	33

TABLA 16.....	34
TABLA 17.....	34
TABLA 18.....	35
TABLA 19.....	35
TABLA 20.....	36
GRÁFICO 6.	36
TABLA 21.....	37
TABLA 22.....	37
ANEXO 1.....	49
<i>ANEXO 2. CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO ORIGINAL POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”.....</i>	<i>51</i>
<i>ANEXO 3. FORMATO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.</i>	<i>52</i>
<i>ANEXO 4. CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA.</i>	<i>57</i>
<i>ANEXO 5. CUESTIONARIO BREVE DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO.....</i>	<i>57</i>
<i>ANEXO 6. MINI ENTREVISTA INTERNACIONAL NEUROSIQUIATRICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS, MINI KID).....</i>	<i>59</i>

INTRODUCCIÓN

El periodo que comprende desde el nacimiento de un ser humano hasta la adolescencia se considera de suma importancia ya que es en el cual se sustentan las bases para el desarrollo de una buena salud mental y física. Lamentablemente, en muchas ocasiones, esta etapa suele estar marcada por experiencias adversas, que son eventos traumáticos que ocurren durante los primeros años de vida y pueden tener un impacto significativo en los ámbitos físico, emocional y psicológico del individuo. En la actualidad, la comprensión y el abordaje de las experiencias adversas en la infancia, y en particular del abuso sexual infantil, se han convertido en un tema de Salud Pública de gran importancia. Millones de niños en todo el mundo han sido víctimas del abuso sexual infantil, una problemática compleja y dolorosa. A medida que se profundiza en el estudio de este fenómeno, se ha observado que no solo los niños, niñas y adolescentes han sido víctimas directas, muchas veces se encuentra en las familias una historia secreta de abuso sexual transgeneracional.

A menudo, este tipo de abuso se encuentra enraizado en dinámicas familiares disfuncionales, donde las víctimas y los agresores pueden compartir lazos sanguíneos y estar inmersos en un entorno de confianza y dependencia. La gran mayoría de aquellos que fueron receptores de algún tipo de abuso sexual no presentan daños a corto plazo, los desenlaces suelen ir manifestándose a lo largo del tiempo, muchos de estos presentándose de forma sigilosa por lo que se debe prestar la debida atención a cambios en la actitud hacia el propio cuerpo y hábitos alimentarios.

Las relaciones familiares permanentemente negativas, especialmente aquellas en las que ha habido antecedente de violencia física y sexual, son una puerta de entrada para la aparición de diversas alteraciones psicológicas, como un miedo excesivo por la imagen corporal, dificultades para poder mantener relaciones interpersonales cercanas y duraderas, pobre autoestima, sentimientos de culpa y de soledad, episodios depresivos, conductas autodestructivas. El antecedente de abuso sexual puede dar lugar a un estilo de afrontamiento disociativo que se compensa través de conductas alimentarias patológicas las cuales a la larga pueden aumentar el riesgo de desarrollo de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria.

MARCO TEÓRICO

La OMS¹ define al maltrato infantil como “todos aquellos tipos de maltrato ya sean físicos y psicológicos, o bien aquellos en los que esté involucrada una desatención, falta de cuidados básicos, explotación laboral o violencia sexual, que traigan como consecuencia la irrupción de la salud del menor y un daño importante a su dignidad, siempre en el contexto de una relación cercana y de poder hacia el menor”. Según el informe mundial sobre la violencia y la salud del 2002², los tipos de maltrato infantil son el abuso físico, abusos emocionales y psicológicos, abandono o negligencia y el abuso sexual.

La OPS³ define a la agresión sexual como; “toda tentativa o la consumación de un acto sexual, los comentarios o sugerencias de índole sexual en los que no haya habido de por medio un permiso, las acciones para distribuir usar de forma erróneas la sexualidad de una persona mediante coacción por alguien más, sin importar la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. En el abuso sexual puede o no haber contacto con la víctima, ya que comentarios obscenos, la masturbación y la exhibición, también pueden considerarse parte de este delito. ⁴

Villanueva Sarmiento et al.⁵ han señalado que el abuso sexual infantil, comienza asiduamente a partir de los 5 años, de hecho, entre el 25-35% de los abusos sexuales se realizan en menores de 7 años. Según Hershkowitz et al. ⁶, la tasa de víctimas de abuso sexual infantil entre 3 y 6 años es del 20.1%.

El abuso sexual infantil es más frecuente en niñas que en niños, ocurriendo principalmente dentro de la familia³. En América Latina y el Caribe, entre 70% y 80% de los abusados son féminas menores de 6 años, de estos casos, la mitad, los agresores viven con las víctimas, porque lo que según la Asociación Chilena Pro-Naciones Unidas⁷, la mayoría de las agresiones sexuales son cometidas por conocidos y familiares, lo que sería entre un 70% y un 89%, y entre un 6-16% de los abusos son cometidos por el padre y el padrastro; una de cada diez mujeres indicó que su abusador había sido su hermano/a⁸ y dentro de la categoría más numerosa se encuentran los tíos/as y primos/as (28.6% y 38.5%)⁹.

Las personas desconocidas fueron señaladas en segundo lugar como los perpetradores (15%) y en tercer lugar las parejas sentimentales (14%)¹⁰.

Durán V.¹¹ reporta que, en los últimos 10 años en México, de las 329 mil víctimas, sólo 28 mil pudieron obtener una sentencia. Nuestro país tiene el lugar número uno de todo el mundo en abuso sexual infantil, de cada mil casos solamente 10% se denuncia; 10% llega a instancias jurisdiccionales y sólo el 1% genera una sentencia condenatoria¹².

FACTORES DE RIESGO PARA EL ABUSO SEXUAL TRANSGENERACIONAL

Villanueva FJB.¹³ documenta que la transgeneracionalidad, se refiere a un patrón de conductas que permanecen constantes a través de las generaciones con las que se puede explicar los movimientos que ocurren en la vida familiar. Las familias que presentan abuso sexual transgeneracional suelen desenvolverse en ambientes herméticos y rígidos, habiendo una disminución de contactos y de relaciones con el medio, hay confusión de roles, y presencia de problemas sexuales de la pareja parental¹⁴.

Ferrada LMH¹⁵ comenta que las familias en las que hay un secreto de abuso sexual a través de generaciones suelen estar conformadas por maltratos y agresiones sexuales repetidos, siendo estas las consecuencias de alteraciones importantes en el apego y la forma en la que se vinculan los integrantes de la familia. Estos tipos de familia fueron pervertidas poniendo a los niños al servicio de los adultos.

El abuso sexual materno se ha identificado como un factor de riesgo independiente para el abuso sexual infantil¹⁶. Se ha reportado que hasta un 50% de las madres de estos niños, sufrieron abuso sexual en la infancia y/o adolescencia¹⁷.

Corcione AC.¹⁸ hace referencia a que en la maternidad se generan una serie de cambios biológicos y psicológicos, que pueden llegar a traer a la mesa conflictos de la infancia de la cuidadora. Estos van a desempeñar un rol importante en la vida psíquica de la díada, por lo que podrán influir al momento de querer establecer un vínculo. Además de lo anterior, las madres que fueron víctimas de abuso sexual infantil tienen niveles más altos de insatisfacción consigo mismas como madres, dificultades en la crianza con el uso de la fuerza física en la disciplina, y la gravedad del abuso sexual se ha llegado a asociar con una mayor probabilidad de tener un hijo que sufra algún tipo de maltrato¹⁹.

EL ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SUS COMORBILIDADES

El abuso sexual, es uno de los acontecimientos psíquicos más intensos y sus consecuencias pueden llegar a ser destructivas para la estructuración de la personalidad ²⁰. El abuso sexual en la infancia se ha asociado con muchos problemas a largo plazo, por ejemplo, los niños en el período preescolar que están expuestos a abusos sexuales reportan muchos problemas de salud física, como quejas somáticas y problemas de sueño, y reportan más consultas médicas y hospitalizaciones ²¹.

Además, estos niños también informan de muchas consecuencias psicológicas, como déficits en la regulación de las emociones, síntomas de disociación y apego inseguro ²². Los niños expuestos a abusos sexuales en el período escolar manifiestan diferentes problemas psicológicos, como síntomas de trastorno de estrés postraumático, problemas de internalización y externalización y victimización entre pares, mientras que los adolescentes expuestos a abusos sexuales desarrollan ideas y comportamientos suicidas, síntomas psicóticos y dificultades en las relaciones románticas²³.

Hay estudios que revelan que el 78% de las mujeres y el 82% de los hombres que informaron el antecedente de abuso sexual infantil cumplían con los criterios de un diagnóstico psiquiátrico en la vida en comparación con individuos que no reportaron abuso sexual infantil (49% y 51%, respectivamente). En el sexo masculino es más frecuente la distimia y la dependencia a alcohol o sustancias, y en féminas el trastorno somatomorfo y la depresión²⁴.

ABUSO SEXUAL Y ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Los TCA se distinguen por presentar alteraciones en la ingesta alimentaria y por mantener una distorsión de la imagen corporal. Estos padecimientos suelen conllevar repercusiones físicas, psicológicas y de funcionamiento. De acuerdo con los manuales diagnósticos del CIE-10 y el DSM-5²⁵, los TCA incluyen a la Anorexia Nervosa, la Bulimia Nervosa, Trastorno por Atracón (TA) y otros trastornos especificados y no especificados. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria afectan a todas las etnias, culturas y grupos socioeconómicos. En América Latina, las prevalencias de AN, BN y TA son del 0,1 %, 1,16 % y 3,53 %²⁵.

A pesar de los tratamientos actuales, sólo entre el 30% y el 50% de los pacientes se benefician y muchos recaen, lo que enfatiza la importancia de la identificación e intervención tempranas ^{26,27}.

El desarrollo de síntomas de los TCA se ha relacionado con una serie de factores etiológicos, donde la genética representa más del 50% de la varianza y los factores ambientales representan la porción restante²⁸. Entre los factores ambientales, se ha descrito que el antecedente de agresión sexual es un parteaguas para el desarrollo y mantenimiento de estas patologías ²⁹.

Hay reportes de una relación entre el antecedente de violencia sexual en la infancia y el posterior desarrollo de CAR³⁰, entre ellas las conductas restrictivas, como largos periodos de ayuno, consumo de laxantes o diuréticos, vómito autoinducido o fármacos para la pérdida de peso las cuales son la antesala de los TCA³¹.

Los porcentajes de trastornos de la conducta alimentaria en personas que sufrieron abuso sexual infantil fluctúan del 10 al 30%, principalmente entre aquellos que tienen el diagnóstico de Trastorno por Atracón y Bulimia Nervosa³².

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son condiciones graves que pueden tener consecuencias perjudiciales para la salud física y mental de una persona. Aunque se ha investigado ampliamente la relación entre el abuso sexual y los trastornos de la alimentación, la influencia específica del abuso sexual transgeneracional en el desarrollo de estos trastornos es menos clara. Las víctimas de abuso sexual transgeneracional pueden desarrollar trastornos de la alimentación como una forma de lidiar con el trauma y el estrés asociados con el abuso. Sin embargo, los mecanismos exactos de cómo el abuso sexual transgeneracional contribuye a los trastornos de la alimentación no están bien entendidos. Las intervenciones y tratamientos actuales para los trastornos de la alimentación pueden no ser completamente efectivos para las víctimas de abuso sexual transgeneracional debido a la naturaleza única y compleja de su trauma.

Es por esto, que la presente tesis busca contribuir a la base teórica existente para la comprensión del abuso sexual transgeneracional y los TCA en una muestra clínica de niños y

adolescentes con antecedente de abuso sexual cuyas madres pueden o no tener el antecedente de abuso sexual antes de los 18 años.

JUSTIFICACIÓN

El descubrimiento de abuso sexual del propio hijo tiene un impacto significativo en cualquier madre, las dificultades potenciales que ya muestran las madres que también han sido víctimas de abuso sexual pueden afectar su funcionamiento aún más. Estas dificultades podrían obstaculizar el apoyo de la madre a su hijo durante las intervenciones terapéuticas y, en última instancia, afectar el ajuste del niño, niña o adolescente. Los hijos de madres que estuvieron expuestas a algún tipo de evento adverso en la infancia, entre ellos el abuso sexual, parecen tener un mayor riesgo de psicopatología, entre ellos el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria. A las madres con experiencias infantiles traumáticas se les debería ofrecer un mejor acceso a terapias psicológicas y programas de crianza para ayudar a mitigar el impacto potencial del maltrato infantil en las generaciones futuras.

HIPÓTESIS

- H0: No existe una mayor frecuencia de abuso sexual transgeneracional en niños, niñas y adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria y abuso sexual en comparación a aquellos con Trastornos de la Conducta Alimentaria y abuso sexual sin abuso sexual transgeneracional.
- H1: Existe una mayor frecuencia de abuso sexual transgeneracional en niños, niñas y adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria y abuso sexual en comparación a aquellos con Trastornos de la Conducta Alimentaria y abuso sexual sin abuso sexual transgeneracional.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

General:

- Comparar la frecuencia de abuso sexual transgeneracional en niños, niñas y adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria y abuso sexual contra la frecuencia de niños, niñas y adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria y abuso sexual sin abuso sexual transgeneracional.

Específicos:

- Analizar las características sociodemográficas de niños, niñas y adolescentes con antecedente de abuso sexual y Trastornos de la Conducta Alimentaria con y sin abuso sexual transgeneracional.
- Indicar la prevalencia de los TCA en niños, niñas y adolescentes con abuso sexual, con y sin abuso sexual transgeneracional.
- Indicar la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo en niños, niñas y adolescentes con abuso sexual, con y sin abuso sexual transgeneracional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño: Transversal, retrospectivo, observacional, comparativo.

Universo: Pacientes que acuden al área de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización (UAM y UAV) del HPIJNN.

Población de estudio: La población incluyó a pacientes reclutados del universo que cumplían con los criterios de inclusión y que dieron su asentimiento y consentimiento informado por parte de los tutores. Se obtuvo una muestra de 44 participantes, durante el periodo de diciembre del 2023 a mayo del 2024.

Muestra: Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicaron tres escalas, una a los cuidadores (Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia) y dos a los pacientes (Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, y la sección de Anorexia y Bulimia Nervosa de la mini entrevista internacional neuropsiquiátrica para niños y adolescentes) con antecedente de abuso sexual y con diagnóstico de TCA o con la presencia de conductas alimentarias de riesgo que acudieron a cita en el servicio de Urgencias, Consulta Externa o en los servicios de hospitalización (Unidad de Adolescente Mujeres y Unidad de Adolescentes Varones) del HPIJNN que aceptaron participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado por el tutor y el asentimiento del paciente.

CRITERIOS

INCLUSIÓN:

- Pacientes de ambos sexos en un rango de edad entre 12 y 17 años.
- Pacientes captados en las áreas de Urgencias, Consulta Externa y Servicios de Hospitalización del HPIJNN.
- Pacientes con el antecedente de abuso sexual con el diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria o con conductas alimentarias de riesgo.
- Pacientes que otorgaron el consentimiento para participar voluntariamente en el estudio mediante firma de consentimiento por el tutor y asentimiento informado, posterior a explicárseles el procedimiento y garantizarles la confidencialidad de la información recabada.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no cumplieron con criterios diagnósticos o cuyos padres no aceptaron voluntariamente la participación de su hijo(a).

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que no concluyeron el procedimiento (toma de muestra y culminación de instrumentos).
- Solicitud de los participantes de abandonar el estudio.
-

Tabla 1.

Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES POSIBLES	TIPO DE VARIABLE
Sexo	Característica biológica que divide	Género al que pertenece el	Mujer Hombre	Cualitativa Nominal

	a los seres humanos en masculinos y femeninos.	paciente.		
Edad	Tiempo cronológico de vida cumplido desde el nacimiento de un individuo.	Número de años que ha vivido el paciente.	Mayor o igual a 12. Menor a 18.	Cuantitativa Continua
Abuso sexual infantil	Conducta en la que un niño es utilizado como objeto sexual, existiendo o no una relación con la persona, y siendo esta simétrica o asimétrica.	Diagnóstico de problemas relacionados con el abuso sexual del niño (CIE 10: Z61.4 y Z61.5). Información obtenida directamente de los registros en el expediente clínico. Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (EIA): Respuesta "SI" de	Z61.4: Abuso intrafamiliar. Z61.5: Abuso extrafamiliar). Z61.4 y Z61.5: Ambos tipos de abuso	Cualitativa Nominal Politómica
Abuso sexual trans-generacional	Abuso sexual presente a través de varias generaciones.	la pregunta número 10 (¿Experimentó contacto sexual no deseado (como manosear / penetración oral / anal / vaginal)?	SI NO	Cualitativa Nominal Dicotómica

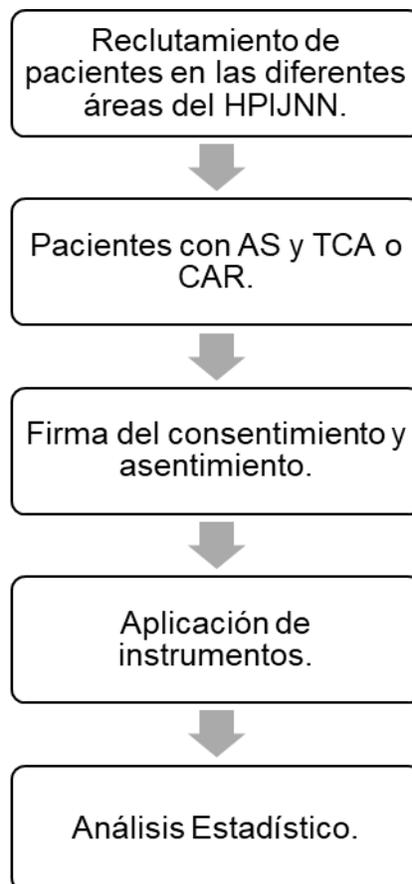
Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)	Patrón persistente de comer no saludablemente o de hacer dietas no saludables, asociados con angustia emocional, física y social.	Cumplir con los criterios para AN o BN del MINI-KID.	Anorexia Nervosa.	Cualitativa Nominal
Conductas alimentarias de riesgo (CAR)	Conductas patológicas frente a la ingesta de alimentos, que por intensidad y/o frecuencia no cumplen criterios para estadificar alguno de las TCA.	Puntuación natural del Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (0-30 puntos)	< 11 puntos: Sin presencia de conductas alimentarias de riesgo. >11 puntos: Con presencia de conductas alimentarias de riesgo.	Cuantitativa Discreta

PROCEDIMIENTO: El presente proyecto forma parte de la línea de investigación titulada: Asociación genética en trastornos de la conducta alimentaria y obesidad, cuyo investigador principal es la Dra. Alma Delia Genis Mendoza, fue aprobado por el Comité de Investigación del HPIJNN y está registrado como: II3/01/0913. El proyecto actual cuenta el número de registro II3/01/0913/Tf. A continuación, se describe el procedimiento utilizado:

- Búsqueda e identificación de pacientes con antecedente de abuso sexual y TCA o conductas alimentarias de riesgo en la población del HPIJNN.
- Se reclutaron a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión al protocolo de investigación de origen.

- Se planteó con paciente y familiar responsable los objetivos del estudio, las actividades en las que participan el paciente y el tutor (aplicación de escalas clinimétricas).
- Posterior a aceptarse por el paciente y familiar su participación en el estudio se llevó a cabo la explicación y forma del consentimiento y el asentimiento informados.
- Se realizó la entrevista con duración aproximada de 60 minutos en la cual se aplicaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de experiencias adversas en la infancia (para padres), MINI KID: entrevista estructurada niños y adolescentes y el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo.

Figura 1. Diagrama de flujo del procedimiento



INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA

Es un inventario auto aplicable desarrollado por el Consorcio de Salud Kaiser Permanente que valora tres rubros en 10 preguntas: el maltrato infantil, abuso sexual y disfunción familiar. Se puntúa por medio de dos respuestas, sí (valor de 1 punto) y no (valor de 0 puntos)³³.

En México, se realizó la adaptación para su versión en el idioma español con una muestra realizada en personas que acudían a atenderse en un primer nivel de atención en Ciudad Juárez, Chihuahua. Este estudio arrojó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.68³⁴.

MINI ENTREVISTA INTERNACIONAL NEUROSIQUIATRICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS, MINI KID)

Es considerada una entrevista diagnóstica estructurada la cual para su desarrollo tomó en cuenta los diagnósticos del DSM-4 y CIE-10, incluyendo un total de 23 padecimientos, y como extra añadiéndose la valoración del riesgo suicida. Puede aplicarse a menores entre los 6 a 17 años 11 meses; es de fácil aplicación con una duración aproximada de 25-35 minutos. Se sugiere que, en aquellos con una edad menor a 13 años, se aplique en presencia del padre o el tutor³⁵. La sensibilidad fue sustancial (0.61-1.0) para 15/20 trastornos individuales del DSM-IV. La especificidad fue de 0.81-1.0 para 18 trastornos incluyendo trastornos de alimentación. El MINI-KID identifica una media de 3 trastornos por sujeto comparado con 2 con el K-SADS-PL, además de que se realiza en dos terceras partes de tiempo menos (34 vs 103 minutos). El test-retest fue de $k=0.64-1.0$ para todos los trastornos individuales excepto Distimia³⁶.

CUESTIONARIO BREVE DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Este instrumento ha sido creado basándose en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Esta conformado por once interrogantes, que toma en cuenta los tres meses previos, acerca de la preocupación por ganar peso, consumo excesivo de comida, sentir que se pierde el control ante la ingesta de alimentos, y conductas alimentarias de restricción y de purga. Respecto a

la consistencia interna del CBCAR, en el estudio de Unikel *et al.*³⁷ obtuvieron una puntuación de Alfa de Cronbach de 0.83.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se hizo un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos, los resultados obtenidos con la evaluación de las escalas se mostraron en forma de porcentajes para variables nominales, y se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS: La investigación fue adaptada según los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos de acuerdo con la Declaración de Helsinki (59a Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008) y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México. Así mismo, la investigación fue sometida a evaluación y se otorgó su autorización por parte del Comité de ética de Investigación del HPIJNN. Esta investigación fue considerada con riesgo mínimo por el uso de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos. El manejo de información se realizó acorde a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y se garantizó el anonimato de los participantes, y los resultados obtenidos se manejaron bajo confidencialidad³⁸.

RESULTADOS

La muestra se conformó por 44 pacientes, con edad entre los 10 y 17 años, (media \pm DE 14.4 \pm 1.85). El 97.72% correspondieron al sexo femenino (n=43) y el 2.27% al sexo masculino (n=1). Del total de la muestra, el 2.27% no se encontraba estudiando (n=1), el 9.09% cursaba la primaria (n=4), el 56.81% cursaba la secundaria (n=25) y el 31.81% cursaba el bachillerato (n=14). El 77.27% (n=34) se recabó del servicio de hospitalización, el 13.63% del servicio de urgencias (n=6) y el 9.09% de la consulta externa de GESIA (n=4). **(Tabla 2).**

Tabla 2.

Características demográficas de la muestra.

		N=44	Porcentaje (%)
Sexo	Mujer	43	97.72%
	Hombre	1	2.27%
Edad (años)	Media	14.4	
	DE	± 1.85	
Escolaridad	Primaria	4	9.09%
	Secundaria	25	56.81%
	Bachillerato	14	31.81%
	No estudia	1	2.27%
Servicio	Hospitalización	34	77.27%
	Urgencias	6	13.63%
	Consulta	4	9.09%
	Externa		

El total de los participantes, el 100% (n=44) fueron receptores de algún tipo de abuso sexual. El promedio de edad en el que los pacientes fueron receptores de abuso sexual fue de 9.3 años con una desviación estándar de ±3.83. El 34.09% (n=15) fueron receptores de abuso sexual en una edad menor o igual a los 6 años, y el 72.72% (n=32) fueron receptores de abuso sexual a una edad mayor a los 6 años; un 6.8% (n=3) fueron receptoras de abuso sexual en ambos rangos de edad (**Gráfico 1**).

Gráfico 1.

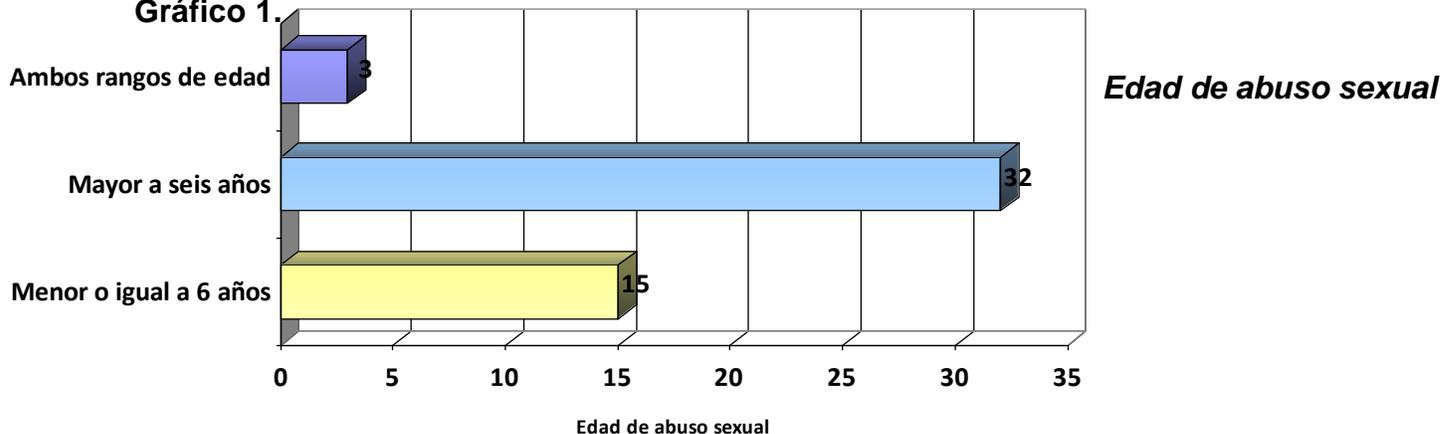


Tabla 3. Tipo de agresor.

Tipo de agresor	Total (n44)	Porcentaje (%)
Integrante de la familia	28	63.63%
Ajeno a la familia	21	47.72%
Integrante y ajeno a la familia (2 agresores)	5	11.36%

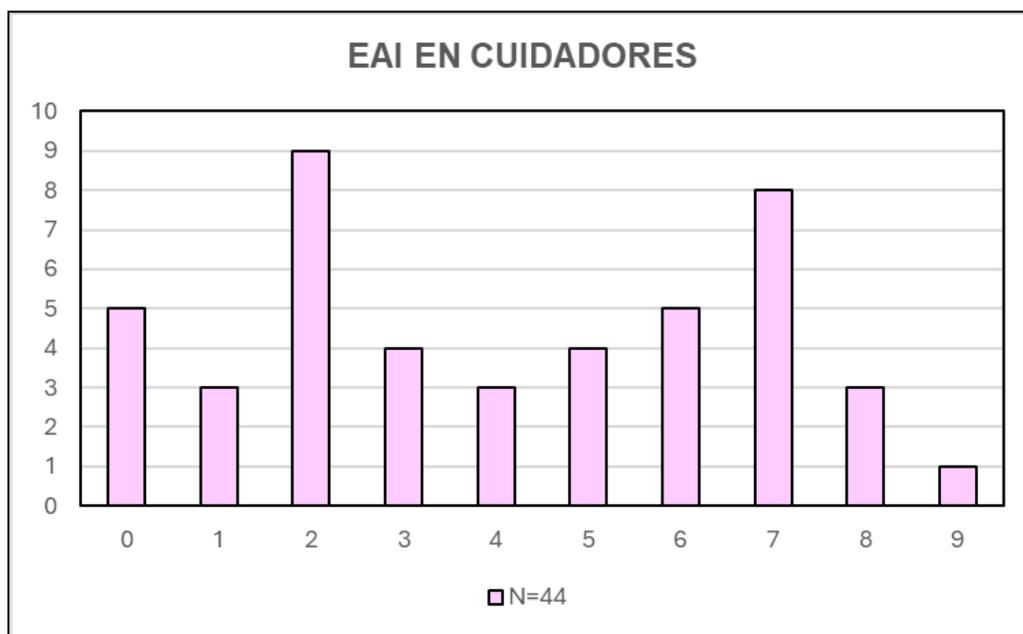
Del total de la muestra, el 63.63% (n=28) fueron receptores de abuso sexual por parte de algún integrante de la familia, el 47.72% (n=21) fueron receptores de abuso sexual por personas ajenas al grupo familiar y un 11.36% (n=5) fueron receptores de abuso sexual tanto por personas dentro del grupo familiar como por personas fuera del mismo (**Tabla 3**).

Experiencias Adversas en la Infancia

Al aplicarse el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (EIA) en los cuidadores de los participantes, se reportó que de un total de 10 experiencias adversas en la infancia que contiene el cuestionario, el promedio de estas en los cuidadores de los pacientes participantes fue de 4.13 EAI antes de los 18 años \pm DE 2.69. El 11.36% (n=5) no reportó ninguna EAI, el 6.81% (n=3) reportó una EAI, el 18.18%(n=9) reportaron dos EAI, el 9.09% (n=4) reportó tres EAI, el 6.81% (n=3) reportó cuatro EAI, el 9.09% (n=4) reportó cinco EAI, el 11.36% (n=5) reportó seis EAI, el 18.18% (n=8) reportó siete EAI, el 6.81% (n=3) reportó ocho EAI y el 2.27% (n=1) reportó nueve EAI (**Gráfico 2**).

Gráfico 2.

Número de Experiencias Adversas en la Infancia de los cuidadores.



Del total de las 10 Experiencias Adversas en la Infancia que valora el cuestionario, el 56.81% (n=25/44) reportaron que alguna vez uno de sus padres o algún adulto en su casa le había insultado o menospreciado y que habían experimentado contacto sexual no deseado (como manosear/penetración oral/anal/vaginal). El 54.54% (n=24/44), reportaron haber vivido con alguien que tuvo problemas con el alcohol y/o drogas, incluyendo medicamentos recetados, el 52.27% (n=23/44) reportó que alguno de sus padres o algún adulto en su hogar alguna vez lo había golpeado, pateado o lastimado físicamente de alguna manera, el 50% (n=22/44) reportó que sintió que nadie en su familia lo quería o pensó que no era especial, el 38.63% (n=17/44) reportó que sus padres o algún adulto en su casa alguna vez se golpearon o amenazaron con lastimarse, el 31.81% (n=14/44) reportaron que perdieron a uno de sus padres a causa de divorcio, abandono, muerte u otra razón y que vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o intentó suicidarse, el 27.27% (n=12/44) reportó que sintió que no tenía suficiente para comer, tenía que usar ropa sucia o no tenía a nadie que lo protegiera o lo cuidara, y el 11.36% (n=5) reportó que vivió con alguien que fue a la cárcel o prisión (**Tabla 4**).

Tabla 4.**Experiencias Adversas en la Infancia.**

Experiencias Adversas en la Infancia	N=44 (100%)
1.- ¿Sintió que no tenía suficiente para comer, tenía que usar ropa sucia o no tenía a nadie que lo protegiera o lo cuidara?	12 (27.27%)
2.- ¿Perdió a uno de sus padres a causa de divorcio, abandono, muerte u otra razón?	14 (31.81%)
3.- ¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o intentó suicidarse?	14 (31.81%)
4.- ¿Vivió con alguien que tuvo problemas del alcohol y/o drogas, incluyendo medicamentos recetados?	24 (54.54%)
5.- ¿Sus padres o algún adulto en su casa alguna vez se golpearon o amenazaron con lastimarse?	17 (38.63%)
6.- ¿Vivió con alguien que fue a la cárcel o prisión?	5 (11.36%)
7.- ¿Alguna vez uno de sus padres o algún adulto en su casa le ha insultado o menospreciado?	25 (56.81%)
8.- ¿Alguno de sus padres o algún adulto en su hogar alguna vez lo golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera?	23 (52.27%)
9.- ¿Sintió que nadie en su familia lo quería o pensaba que era especial?	22 (50%)
10.- ¿Experimentó contacto sexual no deseado (como manosear / penetración oral / anal / vaginal)?	25 (56.81%)

Para conocer si hubo antecedente de abuso sexual en el cuidador (abuso sexual transgeneracional), se usó la pregunta 10 del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia, ¿Experimentó contacto sexual no deseado (como manosear/penetración oral/anal/vaginal)?, y basándonos en el resultado, se dividió al total de la muestra en dos grupos, el primero conformado por los pacientes con antecedente de abuso sexual cuyos cuidadores también fueron receptores de abuso sexual antes de los 18 años, o sea el 56.81% (n=25), y el segundo grupo conformado por los pacientes con antecedente de abuso sexual cuyos

cuidadores no fueron receptores de abuso sexual antes de los 18 años, 43.18% (n=19) (Tabla 5).

Tabla 5.

Presencia de abuso sexual transgeneracional.

Abuso sexual transgeneracional	N=44	Porcentaje (%)
Sí	25	56.81%
No	19	43.18%

En el grupo de pacientes con progenitor con abuso sexual antes de los 18 años (n=25), la edad promedio fue 14.48 años \pm DE 1.73. En cuanto a la escolaridad, el 8% (n=2) cursaban la primaria, el 56% (n=14) cursaban la secundaria y el 36% (n=9) cursaban el bachillerato. De los servicios de los que se obtuvo la muestra, un 88% (n=22) se encontraban en hospitalización y el 12% (n=3) acudieron al servicio de urgencias (Tabla 6). En el grupo restante (n=19), la edad promedio fue 14.31 \pm DE 2.02. En cuanto a la escolaridad, el 10.52% (n=2) se encontraba cursando la primaria, el 47.36% (n=9) cursaba la secundaria, el 36.84% (n=7) cursaba el bachillerato y un 5.26% (n=1) no se encontraba estudiando. Del total de la muestra de este grupo, el 78.94% (n=15) se encontraban en hospitalización, el 15.78% (n=3) acudieron a urgencias y el 5.2% (n=1) provenían de la consulta externa (Tabla 6).

Tabla 6.

Características sociodemográficas por grupos.

	Pacientes con AS en cuidador (N=25)			Pacientes sin AS en cuidador (N=19)		
	Media	DE		Media	DE	
Edad	14.48	\pm 1.73		14.31	\pm 2.02	
Escolaridad	Prim N=2	Sec N=14	Bach N=9	Prim N=2	Sec N=9	Bach N=7

	(8%)	(56%)	(36%)	(10.52%)	(47.36%)	(36.84%)
	Hospitalización		Urgencias	Hospitalización	Urgencias	CE
Servicio	N=22		N=3	N=15	N=3	N=1
	(88%)		(12%)	(78.94%)	(15.78%)	(5.2%)

Del total de los participantes del grupo en el que el cuidador había sido receptor de abuso sexual antes de los 18 años, el promedio de edad en el fueron receptores de abuso sexual fue de 9.4 años con una DE de ± 1.41 . El 36% (n=9) fueron receptores de abuso sexual en una edad menor o igual a los 6 años, el 76% (n=19) en una edad arriba de los 6 años y el 12% (n=3) fueron receptores de abuso sexual antes y después de los 8 años. Del total de la muestra, el 60% (n=15) fueron receptores de abuso sexual por parte de algún integrante de la familia, el 32% (n=8) fueron receptores de abuso sexual por personas ajenas al grupo familiar y un 8% (n=2) fueron receptores de abuso sexual tanto por personas dentro del grupo familiar como por personas fuera del mismo (**Tabla 7**).

En el grupo de los participantes en el que el cuidador no había sido receptor de abuso sexual antes de los 18 años, el promedio de edad en el fueron receptores de abuso sexual fue de 9.2 años con una desviación estándar de ± 3.37 . El 21.05% (n=4) fueron receptores de abuso sexual en una edad menor o igual a los 6 años y el 78.94% (n=15) en una edad arriba de los 6 años. Del total de la muestra, el 42.10% (n=18) fueron receptores de abuso sexual por parte de algún integrante de la familia, el 42.10% (n=8) fueron receptores de abuso sexual por personas ajenas al grupo familiar y un 15.78% (n=3) fueron receptores de abuso sexual tanto por personas dentro del grupo familiar como por personas fuera del mismo (**Tabla 7**).

Tabla 7.

Edad de abuso sexual y tipo de agresor, con y sin abuso sexual en el cuidador.

Pacientes con AS en cuidador			Pacientes sin AS en cuidador		
(N=25)			(N=19)		
Menor o	Mayor a	Ambos	Menor o igual	Mayor a	Ambos

Edad AS	rangos de edad			rangos de edad		
	igual a 6 años	6 años		a 6 años	6 años	
	N=9 (36%)	N=19 (76%)	N=3 (12%)	N=4 (21.05%)	N=15 (78.94%)	N=0
Tipo de agresor	Integrante	Ajeno	Ambos	Integrante	Ajeno	Ambos
	N=15 (60%)	N=8 (32%)	N=2 (8%)	N=8 (42.10%)	N=8 (42.10%)	N=3 (15.78%)

Una prueba t de dos colas para muestras independientes (varianzas iguales asumidas) ha mostrado que la diferencia entre sin abuso en cuidador y con abuso en cuidador con respecto a la variable dependiente edad de abuso sexual no era estadísticamente significativa, $t(42) = -0.19$, $p = .847$, intervalo de confianza del 95% [-2.62, 2.16] (**Tabla 8**).

Tabla 8.

Prueba t para muestras independientes en sin abuso en cuidador y con abuso en cuidador y edad de abuso sexual.

		T	Df	p	Cohen's d
Edad AS	Igualdad de variantes	-0.19	42	.847	0.06
	Variaciones desiguales	-0.2	41.86	.842	0.06

Experiencias Adversas en la Infancia con y sin abuso sexual en el cuidador.

De los dos grupos de participantes, el grupo en el que el cuidador presentó abuso sexual tuvo valores más altos en la variable de EAI, a comparación del grupo que no presentó abuso sexual antes. En el primer grupo, el promedio de EIA fue de 5.6 con una DE de ± 2.21 . Un 32% (n=8) reportó haber tenido 7 EAI, un 12% (n=3) reportaron haber tenido 2, 5, 6 y 8 EAI, el 8% (n=2) reportó haber tenido 4 EAI y el 4% (n=1) reportó haber tenido 1, 3 y 9 EAI. En el grupo 2, el promedio de EAI fue de 2.21 con una DE de ± 1.96 ; un 26.31% (n=5) reportó no haber tenido ninguna EAI y haber tenido 5 EAI, el 15.78% (n=3) reportó haber presentado 3 EAI, el 10.52% (n=2) reportó haber tenido 1 EAI y 6 EAI, y el 5.26% (n=1) reportó haber tenido 4 y 5 EAI (**Gráfico 3**).

Una prueba t de dos colas para muestras independientes (varianzas iguales asumidas) ha mostrado que la diferencia entre el grupo sin abuso sexual en el cuidador y con abuso sexual en el cuidador con respecto al número de EAI era estadísticamente significativa, $t(42) = -5.28$, $p = <.001$, intervalo de confianza del 95% [-4.69, -2.09]. Por lo tanto, tendrán más EAI los cuidadores que presentaron abuso sexual la infancia.

Gráfico 3.
Número de Experiencias Adversas en la Infancia con y sin abuso sexual en el cuidador.

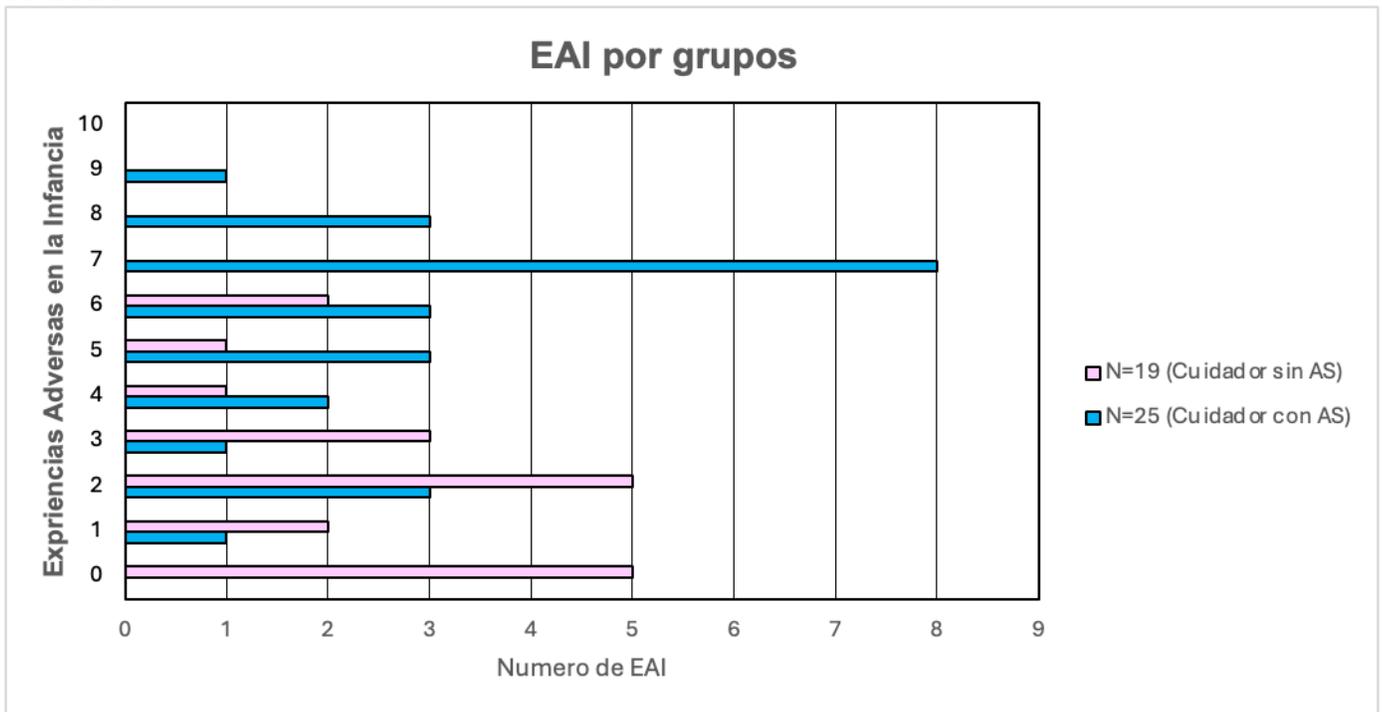


Tabla 9.

Prueba t para muestras independientes en sin abuso sexual en el cuidador y con abuso sexual en el cuidador con respecto al número de EAI.

		t	Df	p	Cohen's d
NÚMERO DE EAI	Igualdad de variantes	-5.28	42	<.001	1.61
	Variaciones desiguales	-5.37	40.97	<.001	1.63

Del grupo de pacientes con cuidadores con antecedente de abuso sexual en la infancia, las EAI que más se reportaron fueron: ¿Alguna vez uno de sus padres o algún adulto en su casa le ha insultado o menospreciado? con n=19 (76%), ¿Alguno de sus padres o algún adulto en su hogar alguna vez lo golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera? con n=18 (72%) y ¿Sintió que nadie en su familia lo quería o pensaba que era especial? con n=17 (68%), y la EAI que menos se reportó fue ¿Vivió con alguien que fue a la cárcel o prisión?. Por otro lado, del grupo de pacientes con cuidadores sin antecedentes de abuso sexual, las EIA que más se reportaron fueron: ¿Vivió con alguien que tuvo problemas del alcohol y/o drogas, incluyendo medicamentos recetados? con n=9 (47.36%), ¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o intentó suicidarse? con n=7 (36.84%) y ¿Alguna vez uno de sus padres o algún adulto en su casa le ha insultado o menospreciado? con n=6 (31.57%), y las EAI que menos se reportaron fueron ¿Experimentó contacto sexual no deseado (como manosear / penetración oral / anal / vaginal)?” con n=0 (0%) y ¿Vivió con alguien que fue a la cárcel o prisión? con n=1 (5.26%) (**Tabla 10**).

Tabla 10.

Tipo de Experiencias Adversas en la Infancia por grupos.

	Pacientes con AS en cuidador (N=25)		Pacientes sin AS en cuidador (N=19)	
Número de EAI en cuidadores	Media	5.6	Media	2.21

Experiencias Adversas en la Infancia

1.- ¿Sintió que no tenía suficiente para comer, tenía que usar ropa sucia o no tenía a nadie que lo protegiera o lo cuidara?	10 (40%)	2 (10.52%)
2.- ¿Perdió a uno de sus padres a causa de divorcio, abandono, muerte u otra razón?	10 (40%)	4 (21.05%)
3.- ¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o intentó suicidarse?	7 (28%)	7 (36.84%)
4.- ¿Vivió con alguien que tuvo problemas del alcohol y/o drogas, incluyendo medicamentos recetados?	15 (60%)	9 (47.36%)
5.- ¿Sus padres o algún adulto en su casa alguna vez se golpearon o amenazaron con lastimarse?	14 (56%)	3 (15.78%)
6.- ¿Vivió con alguien que fue a la cárcel o prisión?	4 (16%)	1 (5.26%)
7.- ¿Alguna vez uno de sus padres o algún adulto en su casa le ha insultado o menospreciado?	19 (76%)	6 (31.57%)
8.- ¿Alguno de sus padres o algún adulto en su hogar alguna vez lo golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera?	18 (72%)	5 (26.31%)
9.- ¿Sintió que nadie en su familia lo quería o pensaba que era especial?	17 (68%)	5 (26.31%)
10.- ¿Experimentó contacto sexual no deseado (como manosear /	25 (100%)	0 (0%)

penetración oral / anal / vaginal)?

Diagnósticos psiquiátricos, con y sin abuso sexual del cuidador.

El promedio de diagnósticos recibidos en el grupo de pacientes con cuidador con antecedente de abuso sexual (2.8 ± 0.89) es mayor que el promedio de diagnósticos en el grupo de pacientes con cuidador sin abuso sexual (2.5 ± 0.9) (**Tabla 10**). Los principales diagnósticos en el primer grupo fueron el Trastorno por Estrés Postraumático $n=17$ (68%), en segundo lugar, el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos con $n=13$ (52%) y en tercer lugar la distimia $n=12$ (48%). En el segundo grupo, los principales diagnósticos reportados fueron en primer lugar el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos $n=11$ (57.89%), en segundo lugar, la distimia $n=10$ (52.63%) y en tercer lugar el Trastorno por Estrés Postraumático $n=6$ (31.57%) (**Gráfico 4**).

La prueba t de dos colas para muestras independientes (varianzas iguales asumidas) ha mostrado que la diferencia entre el grupo sin abuso sexual en el cuidador y con abuso sexual en el cuidador no era estadísticamente significativa, $t(42) = -1.08$, $p = .286$, intervalo de confianza del 95% [-0.5, 0.15]. Por lo tanto, no hay diferencia entre ambos grupos en cuanto al número de diagnósticos (**Tabla 12**).

Tabla 11.

Diagnósticos psiquiátricos con y sin abuso sexual del cuidador.

	Pacientes con AS en cuidador (N=25)		Pacientes sin AS en cuidador (N=19)	
Número de diagnósticos	Media	2.8	Media	2.5
	DE	0.89	DE	0.9

Gráfico 4.

Diagnósticos en pacientes con cuidador con y sin abuso sexual.

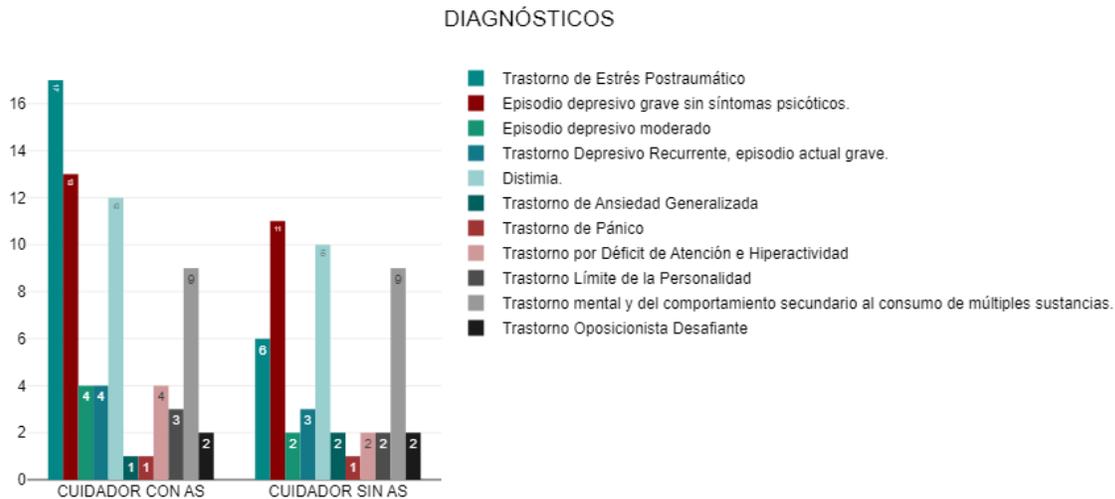


Tabla 12.

Prueba t para muestras independientes en sin abuso sexual en el cuidador y con abuso sexual en el cuidador con respecto al número de diagnósticos.

	t	df	P	Cohen's d
Igualdad de variantes	-1.08	42	.286	0.33
NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS				
Variaciones desiguales	-1.14	41.5	.262	0.35

Conductas Alimentarias, en sujetos con cuidador con y sin abuso sexual

Los resultados estadísticos descriptivos han mostrado que en el grupo con cuidador sin abuso sexual hay valores más bajo en el Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo ($M = 11.68, SD = 8.45$), que el grupo con cuidador con abuso sexual ($M = 12.08, SD = 8.4$) (Tabla 13).

Una prueba t de dos colas para muestras independientes (varianzas iguales asumidas) ha mostrado que la diferencia entre los grupos con cuidador sin abuso sexual y con abuso sexual no era estadísticamente significativa, $t(42) = -0.15$, $p = .878$, intervalo de confianza del 95% [-5.57, 4.78] (**Tabla 14**).

Así mismo, mediante la MINI-KID se indagó sobre la presencia de AN o BN, resultando que en el grupo con antecedente de abuso sexual en el cuidador un 8% (n=2) obtuvo el diagnóstico de Anorexia Nervosa, un 36% (n=9) el diagnóstico de Bulimia Nervosa y el 56% (n=14) el diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado. En progenitores sin antecedente de abuso sexual, el 47.36% (n=9) obtuvo el diagnóstico de Bulimia Nervosa y un 52.63% (n=10) el diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado. Dados estos resultados, la hipótesis nula se rechaza (**Tabla 13**).

De igual forma, se realizó una prueba χ^2 entre la variable antecedente de abuso sexual en el cuidador y los diagnósticos (AN, BN Y NE). Al menos una de las frecuencias esperadas de las celdas es inferior a 5. Por lo tanto, no se cumplen los requisitos de la prueba χ^2 . No hay ninguna asociación estadísticamente significativa entre estos grupos de variables $\chi^2(2) = 1.88$, $p = .39$, V de Cramér = 0.21. El resultado es un valor p de .39 que está por encima del nivel de significación definido del 5% (**Tabla 14**).

Tabla 13.

Conductas Alimentarias en sujetos con cuidadores con y sin abuso sexual.

	Pacientes con AS en cuidador (N=25)		Pacientes sin AS en cuidador (N=19)	
Cuestionario Conductas Alimentarias de Riesgo	Media	12.08 puntos	Media	12.73 puntos
	DE	8.4	DE	9.42
Conductas Alimentarias				
Anorexia Nervosa		2 (8%)		0 (0%)
Bulimia Nervosa		9 (36%)		9 (47.36%)
Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado.		14 (56%)		10 (52.63%)

Tabla 14.

Prueba t para muestras independientes en sin abuso sexual en el cuidador y con abuso sexual en el cuidador con respecto a los diagnósticos AN, NB, TANE.

	Chi ²	df	P
Antecedente de abuso sexual - diagnósticos	1.88	2	.39

Severidad de la conducta alimentaria.

Del grupo de pacientes con cuidadores con antecedente de abuso sexual, el 96% (n=24) presentaban autolesiones sin fines suicidas y el 36% (n=9) presentaba una combinación de autolesiones con fines suicidas y sin fines suicidas. En el segundo grupo, el 84.21% (n=16) presentó conductas autolesivas sin fines suicidas y el 52.63% (n=10) presentó ambos tipos de autolesiones (**Gráfico 5**).

Gráfico 5.

Autolesiones con y sin finalidad suicida.

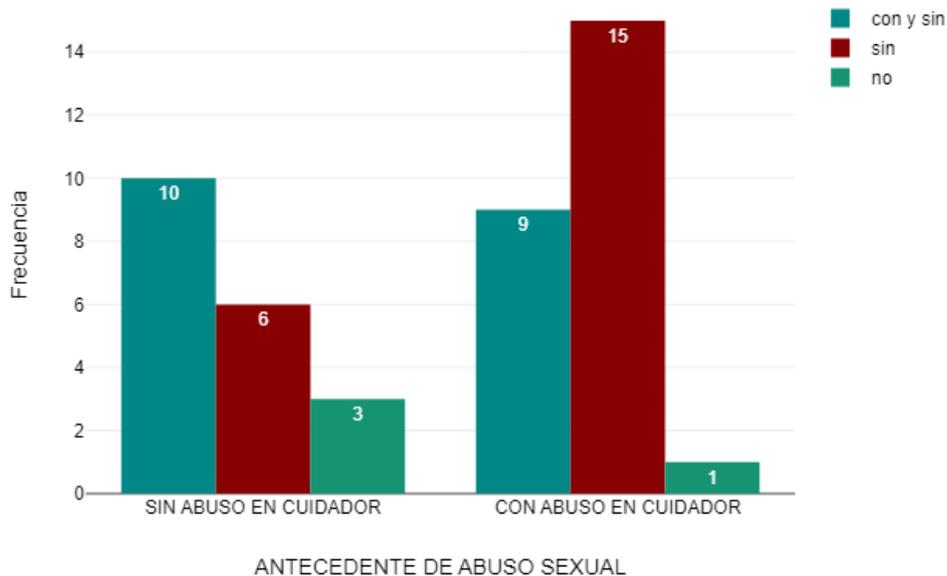


Tabla 15.

Prueba

ANOVA

variable categórica AUTOLESIONES y la variable CAR.

	Suma de cuadrados	Df	Cuadrados medios	F	p
Autolesiones	29.35	2	14.68	0.2	.816
Residual	2950.29	41	71.96		
Total	2979.64	43			

El análisis de varianza de un factor ha mostrado que no había diferencias significativas entre la variable categórica “autolesiones” y la variable CAR” $F = 0.2, p = .816$. El ANOVA ha mostrado que no había diferencias significativas, por lo que no es razonable calcular una prueba post hoc (**Tabla 15**).

Tabla 16.

Número de intentos suicidas en sujetos con cuidadores con y sin abuso sexual.

NÚMERO DE INTENTOS SUICIDAS			Frecuencia	%	Valor medio
		CON ABUSO EN CUIDADOR		25	56.82%
	SIN ABUSO EN CUIDADOR		19	43.18%	2.05

Tabla 17.

Prueba t para muestras independientes de la variable CAR con respecto al número de intentos suicidas.

	t	df	P	Cohen's d
Igualdad de varianzas	-7.73	86	<.001	1.65
Variaciones desiguales	-7.73	50.48	<.001	1.65

Del grupo de pacientes con cuidadores con antecedente de abuso sexual, el promedio de intentos suicidas que habían presentado a lo largo de su vida fue de 1.6, el 76% (n=19) habían tenido algún intento suicida y el 24% (n=6) nunca lo había intentado. En el segundo grupo de pacientes, el promedio de intentos suicidas a lo largo de su vida fue de 2.05, el 68.42% (n=13) habían tenido algún intento suicida y el 31.57% (n=6) nunca lo había intentado (**Tabla 16**). Una prueba t de dos colas para muestras independientes (varianzas

iguales no asumidas) ha mostrado que la diferencia entre “número de intentos suicidas y CAR” con respecto a la variable dependiente era estadísticamente significativa, $t(50.48) = -7.73$, $p = <.001$, intervalo de confianza del 95% [-12.74, -7.48] (**Tabla 17**).

Tabla 18.
Prueba t para muestras independientes de la variable CAR con respecto al número de hospitalizaciones.

	T	df	P	Cohen's d
Igualdad de variantes	-8.57	86	<.001	1.83
Variaciones desiguales	-8.57	44.03	<.001	1.83

Respecto el número de hospitalizaciones por grupo, los resultados fueron muy parecidos, reportándose en el de pacientes con antecedente de abuso sexual en el cuidador un promedio de 0,96 hospitalizaciones con DE 0.61, y en el segundo grupo un promedio de 1.09 hospitalizaciones con DE 0.91. Una prueba t de dos colas para muestras independientes (varianzas iguales no asumidas) ha mostrado que la diferencia entre “número de hospitalizaciones y CAR” con respecto a la variable dependiente era estadísticamente significativa, $t(44.03) = -8.57$, $p = <.001$, intervalo de confianza del 95% [-13.36, -8.27]. Por lo tanto, sí hay una diferencia entre ambos grupos (**Tabla 18**).

En cuanto al número de días de hospitalizaciones, los resultados fueron similares, con un promedio de 28 días para ambos (**Tabla 19**) (**Gráfico 6**). Una prueba t de dos colas para muestras independientes (varianzas iguales no asumidas) ha mostrado que la diferencia entre “días hospitalización y CAR” con respecto a la variable dependiente era estadísticamente significativa, $t(32.36) = 2.73$, $p = .01$, intervalo de confianza del 95% [2.27, 15.67]. Por lo tanto, sí hay diferencias entre ambos grupos (**Tabla 20**).

Tabla 19.

Hospitalizaciones en sujetos con cuidadores con y sin abuso sexual.

Número de hospitalizaciones	Media	0.96	Media	1.09
	DE	0.61	DE	0.91

	Media	28.5 días	Media	28 días
Número de días en hospitalización	DE	11.18	DE	8.20

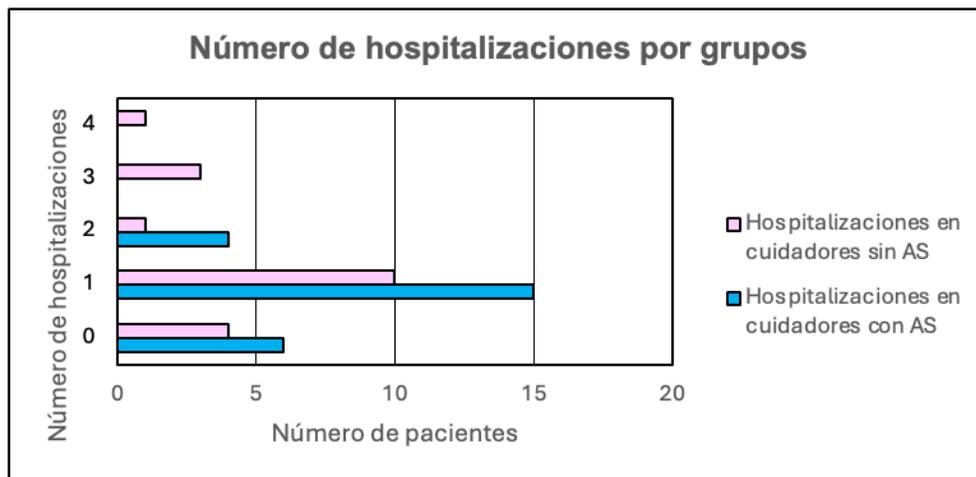
Tabla 20.

Prueba t para muestras independientes de la variable CAR con respecto al número de días de hospitalización.

	T	df	p	Cohen's d
Igualdad de variantes	3.18	67	.002	0.8
Variaciones desiguales	2.73	32.36	.01	0.68

Gráfico 6.

Número de hospitalizaciones.



Respecto al uso de medicamentos, el promedio de fármacos en ambos grupos fue similar, 2.6 vs 2.47, y en primer lugar se usaron en el 100% de los pacientes antidepresivos, seguido por el uso de antipsicóticos (100% vs 89.47%). Los fármacos menos usados en ambos grupos fueron los psicoestimulantes (8% vs 10.52%) (**Tabla 21**).

Una prueba t de dos colas para muestras independientes (varianzas iguales no asumidas) ha mostrado que la diferencia entre “número de fármacos y CAR” con respecto a la variable dependiente era estadísticamente significativa, $t(43.72) = -7.43$, $p = <.001$, intervalo de confianza del 95% [-11.91,-6.82]. Por lo tanto, sí existe una diferencia entre los grupos (**Tabla 22**).

Tabla 21.

Número de medicamentos en sujetos con cuidadores con y sin abuso sexual.

Número de medicamentos	Media	2.6	Media	2.47
	DE	0.76	DE	0.69
Tipo de medicamentos				
Antidepresivos	Pacientes con AS	25 (100%)	Pacientes sin AS	19 (100%)
Antipsicóticos	en cuidador (N=25)	25 (100%)	en cuidador (N=19)	17 (89.47%)
Antihistamínicos		13 (52%)		6 (31.57%)
Psicoestimulantes		2 (8%)		2 (10.52%)
Anticrisis		3 (12%)		3 (15.78%)

Tabla 22.

Prueba t para muestras independientes de la variable CAR con respecto al número de días de fármacos.

	t	df	P	Cohen's d
Igualdad de variantes	-7.43	86	<.001	1.58
Variaciones desiguales	-7.43	43.72	<.001	1.58

DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio fue comparar la frecuencia de abuso sexual transgeneracional en niños, niñas y adolescentes con TCA y abuso sexual contra la frecuencia de niños, niñas y adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria y abuso sexual sin abuso sexual transgeneracional.

En lo que respecta al abuso sexual transgeneracional, se reportó en la muestra que del total del universo (n=44), el 56.81% (n=25) de los cuidadores reportó “Haber experimentado contacto sexual no deseado (como manosear / penetración oral / anal / vaginal)” antes de los 18 años, por lo que este hecho constata lo reportado en la literatura sobre que el abuso sexual materno se ha identificado como un factor de riesgo independiente para el abuso sexual infantil, y que hasta un 50% de las madres de estos niños, sufrieron abuso sexual en la infancia y/o adolescencia¹⁸.

En relación con la psicopatología, se observó que el grupo de pacientes cuyo cuidador fue receptor de abuso sexual antes de los 18 años presentaba mayor frecuencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria, en comparación a aquellos participantes en los que el cuidador no fue receptor de abuso sexual, se indagó sobre la presencia de AN o BN, resultando que un 8% (n=2) obtuvo el diagnóstico de Anorexia Nervosa, un 36% (n=9) el diagnóstico de Bulimia Nervosa y el 56% (n=14) el diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado. Así mismo, en el grupo de pacientes con cuidador sin antecedente de abuso sexual, el promedio de puntos en el Cuestionario de Conductas Alimentarias de riesgo fue de 12.73, el 47.36% (n=9) obtuvo el diagnóstico de Bulimia Nervosa y un 52.63% (n=10) el diagnóstico de TCANE, por lo que la hipótesis nula se rechaza. Sin embargo, a la hora de realizar una prueba t de dos colas para muestras independientes (varianzas iguales asumidas) mostró que la diferencia entre los grupos con cuidador sin abuso sexual y

con abuso sexual no era estadísticamente significativa, $t(42) = -0.15, p = .878$, intervalo de confianza del 95% [-5.57, 4.78], por lo que probablemente haya más variables, además del antecedente de abuso sexual, que podrían estar implicadas en el desarrollo de un TCA, mismas que no fueron reportadas en este trabajo de investigación, como estilos de afrontamiento de los pacientes, autoestima, impulso por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo y calidad de interacción familiar; sin dejar atrás la importante heredabilidad de estos padecimientos, reportándose en la literatura de un 22% a 62%³⁹. Así mismo, a pesar de que el principal diagnóstico de los pacientes fue el de Trastorno de la Conducta Alimentaria No especificado, dentro de los objetivos de esta tesis no se incluyó el valorar la evolución del padecimiento de forma longitudinal, ya que muchos pacientes pudieron haber cumplido los criterios para el diagnóstico de AN o BN con anterioridad, ya que estos padecimientos pueden presentarse como un continuum a lo largo del tiempo.

En algunos estudios no se ha logrado establecer las diferencias entre los subtipos de TCA y AS por lo que se ha especulado que aquellos que presentaron trastornos alimentarios parecen tener un funcionamiento familiar más deteriorado que limitado⁴⁰, y esto coincide con nuestros resultados que revelan la presencia de 5.6 EAI en el grupo de pacientes con cuidadores con antecedente de abuso sexual antes de los 18 años, lo que podría indicarnos de forma indirecta la disfunción familiar a la que el menor se ha visto expuesto.

Aunque en nuestra investigación se invitó a participar a ambos sexos, del total de la muestra, el 97.72% (n=43) eran mujeres lo que concuerda con los resultados reportados a nivel mundial donde se menciona que hasta un 52.9% de los casos de abuso sexual infantil las víctimas son hombres, y lamentablemente sólo entre el 12% y el 17% de los casos se reportan⁴¹. Con respecto a la edad, se encontró que los participantes tuvieron una media de edad de 9.3 años con una desviación estándar de ± 3.83 al momento de haber sido receptores de abuso sexual. Estos datos no concuerdan con lo reportado en la bibliografía en donde la edad entre los 10 y los 14 años es la más reportada⁴¹, esto nos indica que los abusos sexuales se están presentando cada vez a más temprana edad.

Además de las alteraciones en las conductas alimentarias, hay otras patologías que han sido mayormente reportadas en pacientes con antecedente de abuso sexual, ya se sitúa a esto

como un factor de riesgo general (no específico) para el desarrollo de psicopatología, cuya asociación es significativa y de magnitud pequeña a moderada con síntomas ansiosos, depresivos, psicóticos, ideación suicida, abuso de sustancias, conductas autolesivas, trastorno de la conducta alimentaria, disociación, obsesiones, compulsiones, ideas paranoides, entre otros. En nuestra muestra se evidencia que el abuso sexual ocurrido en la infancia se vincula más con el posterior desarrollo de Trastorno de Estrés Postraumático y con el Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, coincidiendo con Berliner y Elliot (2002) ⁴², de que la depresión es uno de los síntomas más frecuentes en aquellos abusados sexualmente durante la infancia. La presencia de patologías como consecuencia del antecedente de abuso sexual puede estar relacionado con las siguientes variables que resultaron significativas (prueba t de dos colas para muestras independientes “varianzas iguales no asumidas” mostró que la diferencia entre número de hospitalizaciones y CAR con respecto a la variable dependiente era estadísticamente significativa, $t(44.03) = -8.57, p = <.001$, número de intentos suicidas y CAR con respecto a la variable dependiente era estadísticamente significativa, $t(50.48) = -7.73, p = <.001$, número de fármacos y CAR con respecto a la variable dependiente era estadísticamente significativa, $t(43.72) = -7.43, p = <.001$. Derivado de estos resultados, considero que dentro de las fortalezas o áreas de oportunidad de este trabajo de investigación es que nos brinda un parte aguas para realizar una exploración sobre el antecedente de abuso sexual en aquellos pacientes en los que haya poca respuesta al tratamiento farmacológico, aquellos que tengan múltiples intentos suicidas u hospitalizaciones recurrentes, ya que este puede ser un parte aguas para que reciban un tratamiento e intervenciones especializadas en el trauma.

CONCLUSIONES

Los pacientes con cuidadores con antecedente de abuso sexual antes de los 18 años reportaron mayor variedad de alteraciones en la conducta alimentaria, así como mayor reporte de Estrés Postraumático y episodio depresivo grave, pese a que no se obtuvieron datos estadísticamente significativos.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados fueron el padecimiento con mayor frecuencia en ambos grupos.

Los cuidadores con antecedente de abuso sexual antes de los 18 años reportaron la presencia de más EAI, que aquellos que no fueron receptores de abuso sexual antes de los 18 años, por lo que la psicopatología derivada de ello podría jugar un papel mediador de la psicopatología alimentaria en los menores.

El antecedente de abuso sexual y la gravedad de las Conductas Alimentarias se relacionan con sintomatología más severa, riesgo suicida elevado y poca respuesta al tratamiento farmacológico.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

- Se requieren más investigaciones acerca de la relación existente entre el ASI y los TCA, con la intención de brindar mejores estrategias en materia de prevención y de intervenciones oportunas.
- Un abordaje de las EAI sería un eje relevante para la prevención y la promoción en salud, especialmente durante los primeros 5 años de vida, especialmente en aquellos expuestos a cierta vulnerabilidad.

- Los resultados encontrados no dan cuenta de modelos de causalidad entre las variables independientes y dependientes.
- El tamaño pequeño de la muestra ($n=44$), en la que los hombres se encuentran subrepresentados, limitando el alcance de los análisis y haciendo que los resultados no puedan ser generalizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maltrato infantil [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 19 de septiembre de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
2. Zwi y Rafael Lozano, Etienne G Krug, Linda L Dahlberg, James A Mercy, Anthony B. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud; 2002. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Violencia sexual. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=A161BB57252C930371C9A8647FEB5959?sequence=
4. Intebi IV. Formación y Supervisión técnica en valoración de sospechas de ASI [Internet]. 2008 mar. Disponible en: <https://bienestaryproteccioninfantil.es/valoracion-de-sospechas-de-abuso-sexual-infantil/Gob.mx>. [citado el 9 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.cjf.gob.mx/documentos/Comunicados%20Prensa/docsComunicadosPrensa/2023/comunicado26.pdf>
5. Villanueva Sarmiento I, Guzmán González P, Alonso Hernández M, Beltrán Acosta F, Gómez García Y, Pérez Villalba I. Funcionamiento familiar en familias víctimas de abuso sexual intrafamiliar-incesto. PSICOGENTE [Internet]. 2011;14(25):100–21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497552358010>
6. Hershkowitz I, Horowitz D, Lamb ME. Trends in children's disclosure of abuse in Israel: A national study. Child Abuse Negl [Internet]. 2005;29(11):1203–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.008>
7. Universidad de Chile, Gutiérrez C, Steinberg M, Capella C. Develación de las Agresiones Sexuales: Estudio de Caracterización de Niños, Niñas y Adolescentes

Chilenos. Psykhe [Internet]. 2016;25(2):1–15. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v25n2/art05.pdf>

8.- Frías. S. Violación e intento de violación de mujeres, patrones de búsqueda de ayuda y denuncia. Un análisis a partir de la ENDIREH 2016. Papeles Poblac [Internet]. 2018;24(95):237–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2018.95.10>

9. Gómez DH. Tíos y primos, principales agresores sexuales de mujeres en México: INEGI [Internet]. Kuali. El saber de la noticia. 5 de septiembre 2022. Disponible en: <https://kuali.com.mx/web/2022/09/05/tios-y-primos-principales-agresores-sexuales-de-mujeres-en-mexico-inegi/>

10. Diagnóstico sobre las violencias contra las mujeres en el estado de Chiapas [Internet]. 2021. Disponible en: http://seigen.chiapas.gob.mx/uploads/files/20220124165025_4_1433.pdf

11. Durán V. México padece epidemia de abuso sexual: ocurren 4 agresiones cada hora [Internet]. Mexicanos contra la corrupción y la impunidad. 7 de marzo del 2024. Disponible en: <https://contralacorrupcion.mx/mexico-padece-epidemia-de-abuso-sexual-ocurren-4-agresiones-cada-hora/>

12. Mena CG. México, primer lugar del mundo en abuso infantil, señala la OCDE [Internet]. La Jornada. 11 de marzo del 2023. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2023/03/11/politica/011n1pol>

13. Villanueva FJB. “Implicancia de la transgeneracionalidad en el abuso sexual, desde la visión de un grupo de profesionales trabajadores sociales y psicólogos que forman parte del equipo técnico del prm ciudad del niño, renca – cerro navia” [Internet]. [Santiago de Chile]: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.; Septiembre de 2017. Disponible en: <https://bibliotecadigital.academia.cl/server/api/core/bitstreams/8188c501-9839-44b7-b472-c8945db9d178/content>

14. Analia Verónica Losada IRJ. Abuso sexual infantil y dinámica familiar. Revista Electrónica de Psicología Iztacala [Internet]. septiembre de 2019;22(3):26. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi193q.pdf>

15. Ferrada. LMH. Significados del secreto familiar de madres que presentan historias de abuso sexual infantil desde un contexto transgeneracional [Internet]. [Concepción, Chile.]: Universidad de Concepción.; 2020. Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/606/1/Tesis%20Significado%20del%20secreto%20familiar.Image.Marked.pdf>
16. Baril K, Tourigny M, Paillé P, Pauzé R. Characteristics of sexually abused children and their nonoffending mothers followed by child welfare services: The role of a maternal history of child sexual abuse. *J Child Sex Abus* [Internet]. 2016;25(5):504–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2016.1176096>
17. Finkelhor D, Moore D, Hamby SL, Straus MA. Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues. *Child Abuse Negl* [Internet]. 1997;21(1):1–9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0145-2134\(96\)00127-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0145-2134(96)00127-5)
18. Corcione AC, En LA. La importancia de la Entrevista Perinatal. *Psicoanálisis XXIII*. 2011;59–67.
19. Marshall C, Fernet M, Brassard A, Langevin R. “I was trying to be the mother to her that I didn’t have”: Mothers’ experiences of child sexual abuse and intergenerational maltreatment. *Violence Against Women* [Internet]. 2023; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/10778012231216712>
20. Bajar M. Abuso sexual infantil como una forma de maltrato [Internet]. Bajar. M, editor. Buenos Aires, Argentina.: Acta Académica.; 2015. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-015/550>
21. Cantón Cortés D, Cortés MR. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *An Psicol* [Internet]. 2015 [citado el 27 de agosto de 2024];31(2):552. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200024
22. Abuso sexual en la temprana infancia: sus efectos sobre el apego y el desarrollo neuroafectivo [Internet]. La ciencia de amar. Disponible en: <https://www.lacienciadeamar.com/blog/abuso-sexual-en-la-temprana-infancia-sus-efectos-sobre-el-apego-y-el-desarrollo-neuroafectivo>

23. de Aquino Ferreira LF, Queiroz Pereira FH, Neri Benevides AML, Aguiar Melo MC. Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Res* [Internet]. 2018;262:70–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043>
24. Real-López M, Peraire M, Ramos-Vidal C, Llorca G, Julián M, Pereda N. Abuso sexual infantil y consecuencias psicopatológicas en la vida adulta. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* [Internet]. 2023 [citado el 27 de agosto de 2024];40(1):13–30. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/857>
25. Santi Cano MJ, Arija Val V, Novalbos Ruiz JP, Canals J, Rodríguez Martín A. Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutr Hosp* [Internet]. 2022 [citado el 27 de agosto de 2024];39(SPE2):8–15. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500003
26. Imaz-Roncero C, Ruiz-Lázaro PM, Pérez-Hornero J. Enfoques utilizados en la prevención secundaria de los trastornos de la conducta alimentaria: revisión de la evidencia y la efectividad. *Nutr Hosp* [Internet]. 2022 [citado el 27 de agosto de 2024];39(SPE2):97–111. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500015
27. Isaksson M, Isaksson J, Schwab-Stone M, Ruchkin V. Longitudinal associations between community violence exposure, posttraumatic stress symptoms, and eating disorder symptoms. *J Eat Disord* [Internet]. 2024;12(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s40337-024-00965-6>
28. Hübel C, Abdulkadir M, Herle M, Loos RJF, Breen G, Bulik CM, et al. One size does not fit all. Genomics differentiates among anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2021;54(5):785–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.23481>
29. *Journal of Neuropsychiatry* [Internet]. [Journalofneuropsychiatry.cl](http://www.journalofneuropsychiatry.cl). [citado el 27 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.journalofneuropsychiatry.cl/articulo.php?id=69>
30. Unikel-Santoncini C, Ramos-Lira L, Juárez-García F. Asociación entre abuso sexual infantil y conducta alimentaria de riesgo en una muestra de adolescentes mexicanas. *Rev Invest Clin*. 2011;63(5):475–83.

31. Unikel C, Bojorquez I, Villatoro J, Fleiz C, Medina-Mora M. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Rev Invest Clín.* 2006;58(1):15–27.
32. Behar R, Barra F de la. Abuso sexual infantil y adolescente y su relación con trastornos alimentarios. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2021 [citado el 27 de agosto de 2024];59(4):308–20. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272021000400308
33. Zarse EM, Neff MR, Yoder R, Hulvershorn L, Chambers JE, Chambers RA. The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases. *Cogent Med* [Internet]. 2019;6(1):1581447. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/2331205x.2019.1581447>
34. Nevárez Mendoza B, Ochoa Meza G. Adaptación del Cuestionario de Experiencias Adversas en la infancia en muestras mexicanas. *Psic y Sal* [Internet]. 2022;32(2):203–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25009/pys.v32i2.2742>
35. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en pediatría en primer nivel de atención. *Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones*. México.
36. Córdova. VF. Asociación del polimorfismo Val66Met del gen BDNF en niños y adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. [Ciudad de México.]: Universidad Nacional Autónoma de México.; Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000709731/3/0709731.pdf>
37. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela I, Carreño-García S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2004 [citado el 29 de junio de 2023];46(6):509–15. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v46n6/22563.pdf>
38. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. Disponible en: https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinacional/10._NAL._Reglamento_de_Investigacion.pdf

39. Behar A R, Gramegna S G, Arancibia M M. Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2014 [citado el 27 de agosto de 2024];52(2):103–14. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000200006
40. Losada A. V. (2011). Abuso sexual infantil y patologías alimentarias [en línea]. Tesis de Doctorado, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/abuso-sexual-infantil-patologias-alimentarias.pdf>
41. Castro RDB. Panorama estadístico de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes en México [Internet]. 2023. Disponible en: <https://alumbramx.org/wp-content/uploads/2023/05/Panorama-estadistico-VSI-Mexico.pdf>
42. Cantón-Cortés David, Rosario Cortés María. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. Anal. Psicol. [Internet]. 2015 Mayo [citado 2024 Ago 28] ; 31(2): 607-614. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200024&lng=es. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>.

ANEXO 1. Carta de aprobación por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico “Dr. Juan N Navarro”, para el proyecto general.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



“2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”

Autorización de realización de proyecto

México D.F. a 19 de Enero de 2018

Dra. Alma Delia Genis Mendoza
Responsable del proyecto
Presente

Proyecto: “Genómica, metabolómica y microbioma de los trastornos de la conducta alimentaria y obesidad”
Número de registro: I13/01/0913
Fecha aprobación: Comité de investigación: 11 Octubre 2017 Comité de ética en investigación: 15 diciembre 2017

Por este medio le informo que en virtud de que su proyecto fue evaluado, dictaminado y aprobado por el comité de investigación y comité de ética en investigación, con esta fecha se autoriza el inicio de recolección de datos y el reclutamiento de pacientes en los servicios siguientes:

Conforme a la Norma 012, el investigador deberá ajustarse a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y asegurarse que no expone a riesgos innecesarios a los sujetos de investigación y que los beneficios son mayores que los riesgos. El investigador deberá contactar a los médicos de los servicios y establecer los mecanismos para el reclutamiento de pacientes. Será responsable de gestionar el contacto con los posibles candidatos, incluir nota de investigación, resultados de estudios y comunicación con el médico tratante.

Le recuerdo el compromiso de:

- Garantizar la protección y confidencialidad de los datos e identidad de los pacientes que participarán en el estudio
- Entregar informe de avance y terminación en las fechas estipuladas (mayo y noviembre)
- Dar el reconocimiento a la institución y entregar las constancias documentales pertinentes. En los productos generados (presentaciones en congresos, tesis y/o publicaciones).

Se le solicita porte la presente autorización durante la realización del proyecto.

Así mismo se autoriza la exención de pago para los pacientes en protocolos de investigación acorde a la vigencia del mismo.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente
Dr. Eduardo Arroyo García

Director del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro”
DR. JUAN N. NAVARRO

C.c.p. Dra. Tibbé Saúl Vera, Subdirectora de Hospitalización HPIJNN, Presente
Dra. Ana María Pérez Soriano, Subdirectora de Consulta Externa HPIJNN, Presente
Dra. Ana Teresa Díaz Calvo, Jefa de la División de Servicios Paramédicos
Dra. Dello Becerra Alcantara, Jefa de la División de Consulta Externa HPIJNN, Presente
Dra. Ma. Diana Márquez Carrasco, Jefa de la División de Investigación HPIJNN, Presente
TS: Irma Balkia Cabello, Jefa de trabajo Social HPIJNN, Presente
CP: David Rico Olivera, Subdirector administrativo HPIJNN, Presente
Jefe de Servicio

“50 AÑOS TRABAJANDO CON ORGULLO LA SALUD MENTAL INFANTIL”

Av. San Buenaventura 86, Colonia Belisario Domínguez, Delegación, Tlalpan, C.P 14080, México DF
Teléfono 5573-2855, 5573-4866 y 5573-4844, www.sap.salud.gob.mx



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

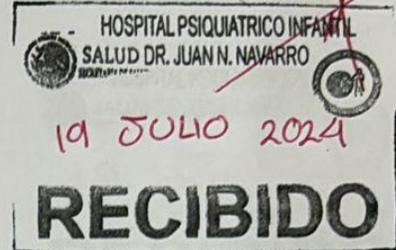


CONASAMA
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL
Y ADICCIONES



Ciudad de México a 19 de julio de 2024
Oficio No. DHPIJNN-JDI-017-2024
Asunto: Registro de tesis derivada

Dra. Alma Delia Genis Mendoza
Investigador responsable
HPIJNN
Presente



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

Título del proyecto: "Genómica, Metabolómica y Microbioma de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad".

Clave de registro: 113/01/0913.

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

Título: "Frecuencia del abuso sexual transgeneracional en niños, niñas y adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria y abuso sexual".

Clave de registro: 113/01/0913/Tk24

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: María Fernanda Cuervo Ledesma.

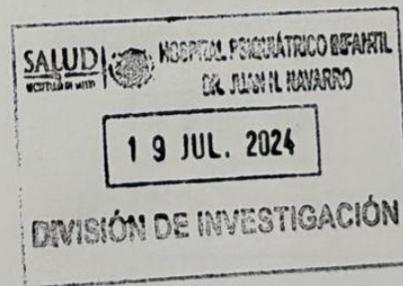
Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

- 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 División de Investigación

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



Av. San Buenaventura N° 86, Col. Bellisario Domínguez, D.T. Tlalpan C.P. 14080, Ciudad de México. Tel. (55) 5573-2855, 5573-4866 y 5573-4844



ANEXO 2. Carta de aprobación del proyecto original por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONASAMA
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL
Y ADICCIONES



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

Ciudad de México, 14 de agosto del 2024

Asunto: carta de aprobación

Resolución No: DHPIJNN-CEI-DA-005-2024

DRA. MARÍA FERNANDA CUERVO LEDESMA

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: **“FRECUENCIA DEL ABUSO SEXUAL TRANSGENERACIONAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ABUSO SEXUAL”** con clave de registro **II3/01/0913/Tk24**

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

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

Av. San Buenaventura N° 86, Col. Bellisario Domínguez, D.T. Tlalpan C.P. 14080, Ciudad de México. Tel. (55) 5573-2855, 5573-4866 y 5573-4844



Anexo 3. Formato del Consentimiento Informado.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ¶
HOSPITAL PSQUIÁTRICO INFANTIL JUAN N. NAVARRO (HPIJNN) ¶
¶
**GENÓMICA, METABOLÓMICA, Y MICROBIOMA DE LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA Y OBESIDAD ¶**
¶
Nombre del Paciente: ¶
¶
_____ ¶

¶
Estamos invitando a su hijo (a) a participar en un estudio de investigación, entre el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro (HPIJNN) y el Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN), el cual requiere de su consentimiento voluntario. ¶
Lea cuidadosamente la siguiente información y por favor pregunte lo que no entienda claramente. ¶
PROPÓSITO DEL ESTUDIO ¶
Se le ha solicitado a su hijo (a) que participe en un proyecto de investigación para buscar la existencia de genes, sustancias (metabolitos) y microorganismos en niños y adolescentes que pueden favorecer la presencia de trastornos de la conducta alimentaria, sobrepeso y obesidad. ¶
En la actualidad la obesidad es un importante problema de salud ya que aumenta el riesgo para el desarrollo de algunas enfermedades que afectan el corazón, las arterias, el páncreas, además de que en muchas ocasiones también afecta la autoestima y favorece la presencia de conductas de alimentación poco sanas. ¶
Le pedimos a su hijo (a) participe porque tiene características de la población que estamos buscando. Su participación, no afectará o modificará su tratamiento médico. ¶
Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad de información. ¶

¶
PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN ¶
¶
Los procedimientos mencionados a continuación, se realizarán únicamente con propósitos de investigación. Si usted acepta que su hijo (a) participe, se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de la investigación en dos visitas: ¶
PASO 1: ¶
a. Se le realizará a su hijo (a) una entrevista (de aproximadamente 60 minutos) durante la cual se les realizará preguntas acerca de sus problemas médicos, de salud y sobre la historia de enfermedades médicas y mentales en su familia. También obtendremos información que incluye su edad, años de escolaridad, vivienda, nivel socioeconómico. ¶
PASO 2: ¶
b. Les pediremos a su hijo (a) que done una muestra de sangre de aproximadamente diez centímetros cúbicos (10 cc), que se tomará por medio de una punción en su brazo, por personal entrenado en ello. El equipo que se utilizará para la toma de muestras vendrá empacado, cerrado y cumplirá con las normas sanitarias requeridas. Además, se solicitará la donación de una muestra de orina y una de materia fecal. Se les proporcionarán DOS envases con las instrucciones para recolectar cada muestra, se solicitará al participante, que ambas muestras sean recolectadas en su domicilio un día antes de acudir a una segunda visita. (o en el hospital, si es el caso). Al inicio de la segunda visita los padres entregarán ambas muestras a algún miembro del equipo de investigación. La muestra de sangre y de materia fecal será utilizada para extraer el ADN para un análisis genético. La muestra de sangre, se tomarán en el Hospital Psiquiátrico Infantil al terminar la entrevista o en una segunda visita si así lo deciden, para ser analizadas posteriormente el Instituto Nacional de Medicina Genómica. La entrevista y el estudio genético serán sin cargo económico alguno. ¶

RIESGOS Y MOLESTIAS ¶
Los riesgos de participar en este estudio incluyen el tiempo que emplearan en la entrevista y el hecho de revelar información personal. La extracción de sangre puede provocar algunas molestias

por la punción, es decir, sentirá un pinchazo y es posible que ocasionalmente se produzca un pequeño moretón en su brazo, para reducir esa posibilidad la sangre será extraída por una persona experimentada.

Las entrevistas serán realizadas por personas con entrenamiento en salud mental (psiquiatras), los cuales están entrenados para proteger la confidencialidad y prevenir cualquier molestia o desagrado.

BENEFICIOS

La participación de su hijo (a) en este estudio le traerá como beneficio la posibilidad de identificar la presencia de conductas alimentarias de riesgo, las cuales, de resultar positivas nos permitirán iniciar un manejo dirigido a su atención para mejorar su salud física y mental. Además de que es posible que este estudio mejore nuestro conocimiento acerca de la genética de los trastornos de la conducta alimentaria y de la obesidad y que en un futuro con este conocimiento.

Los participantes en el estudio no recibirán información concerniente a los resultados de las pruebas genéticas, metabólicas y sobre el microbioma. Sin embargo, si se brindará información amplia acerca de los padecimientos psiquiátricos del paciente al momento de finalizar la entrevista diagnóstica.

DERECHO A RETIRARTE DEL ESTUDIO

La participación en este estudio es voluntaria. Si decide que su hijo (a) participe en el estudio, estará autorizando el uso y divulgación de la información recolectada (NO los datos personales que puedan identificarles) al firmar esta forma.

Puede cancelar en cualquier momento su autorización para esto solo debe solicitarlo, al personal de investigación. Si cancela su autorización, se dará por terminada su participación en el estudio y el personal del proyecto dejará de recolectar información médica acerca de su hijo, destruyendo las muestras biológicas y toda la información que se haya recabado hasta ese momento.

CONFIDENCIALIDAD

La identidad de su hijo (a) y cualquier otra información que nosotros obtengamos acerca de su hijo (a) se mantendrán resguardadas de forma confidencial. Esta información no se le dará a nadie más. Su identidad se mantendrá confidencial en las publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto. La información que los identifica será guardada en la oficina del proyecto.

Esto significa que el nombre de su hijo, dirección, fecha de nacimiento y cualquier otra información que pudiera identificarlos no será proporcionado a nadie sin su consentimiento escrito. Ninguna información de este estudio será parte de su expediente clínico y no será revelada a ninguna otra persona. La clave que conecta su número codificado con la información que le identifica será mantenida bajo resguardo del investigador principal de este proyecto. Solo en caso de identificar algún otro trastorno o conducta alimentaria de riesgo que no se encuentre en su expediente del Hospital se anexará su expediente con la finalidad de que se brinde tratamiento y seguimiento adecuado para mejorar el pronóstico.

EN CASO DE LESIÓN

Como se mencionó anteriormente, la extracción de sangre puede provocar algunas molestias por la punción y es posible que ocasionalmente se produzca un pequeño moretón en el brazo. Si su hijo (a) resultara lesionado como resultado de los procedimientos de investigación enlistados en el párrafo "PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN", se le proporcionará el procedimiento de seguridad adecuado.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA No tiene obligación de participar en este estudio si no lo desea. En el caso de que no quiera participar en este estudio, no perderá ningún beneficio ni acceso a tratamientos a los cuales pudiera tener derecho.

CONTACTOS

Si tiene alguna pregunta ahora, por favor hágala con confianza. Si tuviera preguntas adicionales después o deseara reportar algún problema médico que pudiera estar relacionado con este

CONSENTIMIENTO INFORMADO
VERSIÓN PARA MENORES DE EDAD
(A SENTIMIENTO)
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO"

TÍTULO DEL ESTUDIO
GENÓMICA, METABOLÓMICA, Y MICROBIOMA DE LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA Y OBESIDAD

Nombre del Paciente:

PROPÓSITO

Te han solicitado participar en un proyecto de investigación para determinar la existencia de ciertos genes, metabolitos y microorganismos en niños y adolescentes que pueden favorecer la presencia de sobrepeso u obesidad.

En la actualidad la obesidad es un importante problema de salud ya que aumenta el riesgo para el desarrollo de algunas enfermedades que afectan el corazón, las arterias, el páncreas, además de que en muchas ocasiones también afecta la autoestima y favorece la presencia de conductas de alimentación poco sanas.

Hasta el momento en México no se han realizado estudios genéticos en adolescentes con obesidad. Por lo que consideramos necesaria la búsqueda de posibles grupos de alto riesgo con la finalidad de poder reducir el impacto sobre la salud. Además de que tu participación, no afectará o modificará tu tratamiento médico.

Para el estudio, requerimos de tu cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información.

PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN

El hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro está participando en colaboración con el Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN), en este estudio. Los procedimientos mencionados a continuación, se realizarán únicamente con propósitos de investigación. Si aceptas participar, se te pedirá que completes los siguientes procedimientos de la investigación en dos visitas:

VISITA 1:

Se te hará una entrevista (de aproximadamente 60 minutos) durante la cual se te realizarán preguntas acerca de tus problemas médicos, de salud y sobre la historia de enfermedades médicas y mentales en tu familia, tu edad, años de escolaridad, vivienda y nivel socioeconómico, en dos breves cuestionarios por escrito.

VISITA 2:

Te pediremos que dones una muestra de sangre (aproximadamente diez centímetros cúbicos (10 CC.)), que se tomará por medio de una punción en tu brazo, por personal entrenado en ello. El equipo que se utilizará para la toma de muestras vendrá empacado, cerrado y cumplirá con las normas sanitarias requeridas. Además, una muestra de orina y una de materia fecal. Se te proporcionarán DOS envases con las instrucciones para recolectar cada muestra, ambas muestras deberán ser recolectadas en tu domicilio un día antes de acudir a una segunda visita. (o en el hospital, si es el caso). Al inicio de la segunda visita deberás entregar ambas muestras a algún miembro del equipo de investigación.

La muestra de sangre, y el excremento serán utilizadas para extraer el ADN, para un análisis genético y de identificación de tu flora intestinal. Se tomarán en el Hospital Psiquiátrico Infantil al terminar la entrevista o en una segunda visita si así lo decides, para ser analizada el Instituto Nacional de Medicina Genómica. Las entrevistas y el estudio genético serán sin cargo económico alguno.

RIESGOS Y MOLESTIAS

Los riesgos de participar en este estudio incluyen el tiempo que emplearas en la entrevista y el hecho de revelar información personal. La extracción de sangre puede provocar algunas molestias

por la punción, es decir, sentirás un pinchazo y es posible que ocasionalmente se produzca un pequeño moretón en tu brazo, para reducir esa posibilidad la sangre será extraída por una persona experimentada.

Deseamos asegurarte que las entrevistas serán realizadas de manera privada y que la información que nos brindes no será compartida con otros miembros de tu familia. Las entrevistas serán realizadas por personas con entrenamiento en salud mental (psiquiatras), los cuales están entrenados para proteger la confidencialidad y prevenir cualquier molestia o desagrado.

POSIBLES BENEFICIOS

Tu participación en este estudio te traerá como beneficio la posibilidad de identificar la presencia de conductas alimentarias de riesgo, las cuales de resultar positivas nos permitirán iniciar un manejo dirigido a tu atención para mejorar tu salud física y mental. Además de que es posible que este estudio mejore nuestro conocimiento acerca de la genética de la obesidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria y en un futuro con este conocimiento intentar resolver problemas acerca de ellos.

No recibirás información concerniente a los resultados de las pruebas genéticas. Sin embargo si se te brindará información amplia acerca de los padecimientos psiquiátricos que se identifiquen al momento de finalizar la entrevista diagnóstica.

DERECHO A RETIRARTE DEL ESTUDIO

La participación en este estudio es voluntaria. Si decides participar en el estudio, estarás autorizando el uso y divulgación de la información recolectada (NO los datos personales que puedan identificarte) al firmar esta forma.

Puedes cancelar en cualquier momento tu autorización para que los investigadores recaben, usen y compartan tu información personal de salud. La solicitud para cancelar esa autorización la puedes solicitar a tu médico si cancelas tu autorización, se dará por terminada tu participación en el estudio y el personal del proyecto dejará de recolectar información médica acerca de ti y destruirá las muestras de biológicas y toda la información que se haya recabado hasta ese momento.

CONFIDENCIALIDAD

Tu identidad y cualquier otra información que nosotros obtengamos acerca de ti se mantendrán resguardadas de forma confidencial. Esta información no se le dará a nadie más. Tu identidad se mantendrá confidencial en las publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto. La información que te identifica será guardada en la oficina del proyecto. Esto significa que tu nombre, dirección, fecha de nacimiento y cualquier otra información que pudiera identificar tu nombre no será proporcionada a nadie sin tu consentimiento escrito. Ninguna información de este estudio será parte de tu expediente clínico y no será revelada a ninguna otra persona. La clave que conecta tu número codificado con la información que te identifica será mantenida bajo resguardo del investigador principal de este proyecto Solo en caso de identificar algún otro trastorno mental o conducta alimentaria de riesgo que no se encuentre en tu expediente del Hospital es que se anexará un breve resumen a tu expediente con la finalidad de que te den el tratamiento y seguimiento adecuados para mejorar tu pronóstico.

EN CASO DE LESIÓN

Como se mencionó anteriormente, la extracción de sangre puede provocar algunas molestias por la punción y es posible que ocasionalmente se produzca un pequeño moretón en el brazo. Si resultaras lesionado como resultado de los procedimientos de investigación enlistados en el párrafo "PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN", se te proporcionará el procedimiento de seguridad adecuado.

TU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA

No tienes obligación de participar en este estudio si no lo deseas. En el caso de que no quieras participar en este estudio, no perderás ningún beneficio ni acceso a tratamientos a los cuales pudieras tener derecho. **CONTACTOS.** Si tiene alguna pregunta ahora, por favor hágala con

confianza. Si tuviera preguntas adicionales después o quisieras reportar algún problema médico que pudiera estar relacionado con este estudio, puede dirigirse con la Dra. Alma Delia Genis o con el Dr. Humberto Nicolini Sánchez al teléfono 53 50 19 00 ext. 1197 o ext. 1196.

El CEI que revisa las investigaciones en participantes en investigaciones podrá responder en caso necesario dudas acerca de sus derechos en investigación. Comité de Ética a cargo del Dr. Julio Flórez Lázaro.

Te daremos una copia firmada de este formulario para que la conserves.

Nombre del *Participante menor de edad*:

Firma: _____

Nombre del *Representante Legal del menor (padre, madre o tutor)*:

Parentesco: _____

Firma: _____

Testigo 1
NOMBRE Y FIRMA

Testigo 2
NOMBRE Y FIRMA

Nombre del *Investigador*:

Firma: _____

Fecha: _____

Tu muestra si así lo deseas podrá ser utilizada para crear un banco de DNA, es decir tu muestra será almacenada por tiempo indefinido para futuros estudios genéticos, con confidencialidad y anonimato.

Si aceptas, ayudarás a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de enfermedades con influencia genética.

Si aceptas que su ADN sea resguardado por favor firma en el siguiente espacio.

Nombre del *Participante menor de edad (paciente)*:

Firma: _____

Nombre del *Representante Legal del menor (padre, madre o tutor)*:

Parentesco: _____

Firma: _____

NOMBRE Y FIRMA NOMBRE Y FIRMA

Nombre del *Investigador*: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 4. Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia.

Nuestras relaciones y experiencias, incluso las de la infancia, pueden afectar nuestra salud y bienestar. Las experiencias difíciles de la infancia son muy comunes. Díganos si ha tenido alguna de las experiencias enumeradas a continuación, ya que pueden estar afectando su salud hoy o pueden afectar su salud en el futuro. Esta información lo ayudará a usted y a su proveedor a comprender mejor cómo trabajar juntos para apoyar su salud y bienestar.

<p>Instrucciones: A continuación hay una lista de 10 categorías de Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs por sus siglas en inglés.) En la lista a continuación, coloque una marca de verificación junto a cada categoría de ACEs que experimentó antes de cumplir 18 años. Luego, sume el número de categorías de ACE que experimentó y coloque el número total en la parte inferior.</p>	
¿Sintió que no tenía suficiente para comer, tenía que usar ropa sucia o no tenía a nadie que lo protegiera o lo cuidara?	<input type="checkbox"/>
¿Perdió a uno de sus padres a causa de divorcio, abandono, muerte u otra razón?	<input type="checkbox"/>
¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o intentó suicidarse?	<input type="checkbox"/>
¿Vivió con alguien que tuvo problemas del alcohol y/o drogas, incluyendo medicamentos recetados?	<input type="checkbox"/>
¿Sus padres o algún adulto en su casa alguna vez se golpearon o amenazaron con lastimarse?	<input type="checkbox"/>
¿Vivió con alguien que fue a la cárcel o prisión?	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez uno de sus padres o algún adulto en su casa le ha insultado o menospreciado?	<input type="checkbox"/>
¿Alguno de sus padres o algún adulto en su hogar alguna vez lo golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera?	<input type="checkbox"/>
¿Sintió que nadie en su familia lo quería o pensaba que era especial?	<input type="checkbox"/>
¿Experimentó contacto sexual no deseado (como manosear / penetración oral / anal / vaginal)?	<input type="checkbox"/>
Su calificación ACE es el número total de respuestas marcadas	<input type="checkbox"/>

ANEXO 5. Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo.

Instrucciones: Marca una opción para cada inciso, considerando los últimos tres meses de tu vida.

No.	Descripción	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia: dos veces en una semana	Con mucha frecuencia: más de dos veces en una semana
1	Me ha preocupado engordar.				
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.				
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).				
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso.				
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs o más) para tratar de bajar de peso.				
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso.				
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.				
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____				
9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____				
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____				

ANEXO 6. MINI ENTREVISTA INTERNACIONAL NEUROSIQUIATRICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS, MINI KID)

M. Anorexia nerviosa

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1	a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pulgadas
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm
	b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> libras
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg
			➔	
	c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	NO	SÍ

En los últimos 3 meses:

M2		¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	➔	NO	SÍ	1
M3		¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	➔	NO	SÍ	2
M4	a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?		NO	SÍ	3
	b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?		NO	SÍ	4
	c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?		NO	SÍ	5
			➔			
M5		¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?		NO	SÍ	
			➔			
M6		SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?		NO	SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso															
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15 % por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15 % por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la Metropolitan Life Insurance Table of Weights.

N. Bulimia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	⇒ NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	⇒ NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	⇒ NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	⇒ NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	⇒ NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12

N8 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN N5 O CODIFICÓ **NO** EN N7 O SALTÓ A N8?

NO	SÍ
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	

¿CODIFICÓ **SÍ** EN N7?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	