

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



TESIS:

Correlación entre el antecedente de abuso sexual y las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Estudio transversal en el servicio de Urgencias y Admisión Continua del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

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

Dinora Helen Cordero Varela

ASESOR METODOLOGICO:

A handwritten signature in brown ink, consisting of several fluid, overlapping strokes.

Mtra. Verónica Pérez Barrón

ASESOR TEORICO:

A handwritten signature in black ink, featuring a stylized 'M' and 'E' followed by several sweeping strokes.

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2022

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Dinora Helen Cordero Varela

Correo electrónico: dinorahcv2@gmail.com

Nombre del asesor metodológico:

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats

Correo electrónico: mirnabrenes@yahoo.com.mx

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

Nombre del asesor teórico:

Psic. Verónica Pérez Barrón

Correo electrónico: veronicaperezbarron@gmail.com

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

RESUMEN

Antecedentes: El antecedente de abuso sexual infantil se ha vinculado a diversos síntomas psiquiátricos. Si bien, existen controversias entre la asociación del abuso sexual infantil y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, los clínicos han sostenido que hay datos significativos que indican correlación. **Objetivo:** Analizar la correlación entre el abuso sexual y las Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes que acudieron al servicio de urgencias y admisión continua del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. **Material y métodos:** Se aplicó el Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CBCAR) a pacientes adolescentes con abuso sexual reportado en valoraciones médicas previas. Se realizó la descripción de la información sociodemográfica y las características del abuso sexual. Se obtuvo la correlación con las características del abuso sexual con las Conductas alimentarias de riesgo, su así como con el riesgo de presentar Trastornos de la conducta alimentaria. **Resultados:** Se estudió un total de 40 pacientes, los cuales se presentaron en el periodo de enero a mayo de 2022. Según el coeficiente de Correlación de Pearson, con respecto a la edad en la que ocurrió el abuso, se obtuvo un 0.164 al correlacionar con el riesgo de Trastornos de la conducta alimentaria, 0.117 con las conductas de atracón y purga, -0.139 con las conductas compensatorias y -0.050 con las conductas restrictivas. **Conclusiones:** De acuerdo a los resultados obtenidos, las características del abuso sexual y las conductas alimentarias de riesgo no mostraron datos correlacionales significativos.

Términos MeSH: Abuso sexual, conductas alimentarias de riesgo, trastornos de la conducta alimentaria.

ÍNDICE

Índice general

1. Hoja de datos	1
2. Resumen	2
<i>Antecedentes</i>	2
<i>Objetivo</i>	2
<i>Material y Métodos</i>	2
<i>Resultados y Conclusiones.</i>	2
3. Introducción	5
4. Marco teórico	7
5. Planteamiento del problema	17
6. Justificación	18
7. Hipótesis	19
8. Objetivo general y específicos	19
9. Material y métodos	20
<i>Tipo de diseño</i>	20
<i>Muestra</i>	20
<i>Criterios de selección</i>	20
<i>Variables</i>	21
<i>Procedimiento</i>	22
<i>Cronograma</i>	24
<i>Instrumentos de medición</i>	25
<i>Análisis estadístico</i>	25
<i>Consideraciones éticas</i>	26
10. Resultados	26
11. Discusión	32
12. Conclusiones	34
13. Limitaciones y recomendaciones	35
14. Referencias	36
15. Anexos	39
1. <i>Consentimiento informado</i>	39
2. <i>Asentimiento informado</i>	41

3. Carta de aprobación del proyecto original por el Comité de Investigación del HPIJNN	43
4. Carta de aprobación del proyecto original por el Comité de Ética del HPIJNN	44
5. Carta de aprobación del proyecto actual por el Comité de Ética del HPIJNN	45
6. Carta de aprobación del proyecto actual por el Comité de Investigación del HPIJNN	46
7. Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo	47

Índice de gráficos

Tabla 1. Descripción de variables de estudio	21
Tabla 2. Cronograma de actividades	24
Tabla 3. Prueba de normalidad Shapiro Wilk	25
Tabla 4. Características sociodemográficas	27
Tabla 5. Características del abuso sexual	28
Tabla 6. Atracon-purga	29
Tabla 7. Medidas compensatorias	30
Tabla 8. Conductas restrictivas	30
Tabla 9. Riesgo de presentar TCA	31
Tabla 10. Correlación entre la edad del evento de abuso y el riesgo de TCA	31
Figura 1. Procedimiento del estudio	23

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual es un grave problema en todo el mundo, no sólo como problema de salud pública sino también como violación de los derechos humanos. La actitud hacia la sexualidad parece generar sesgos en las personas que han sufrido alguna perturbación sexual. Lamentablemente, a pesar de que se busca que la educación sexual y el conocimiento sexual propio de la edad esté presente en la comunidad infantil y adolescente de nuestro país, ya sea por medio de la familia y escuela, aún se podría considerar un tema tabú en algunos entornos en nuestro país y en el mundo, lo cual condiciona a presentar riesgo de sufrir abuso sexual por el desconocimiento de lo que implica el abuso sexual, cómo actuar ante esta situación, con quien acudir, y el porqué de la importancia de notificarlo con las autoridades correspondientes, ya que esta última acción no solo es para proteger a la víctima, si no que ayuda a que perciba que tiene apoyo y acompañamiento, así como ayuda a frenar posibles abusos futuros tanto para la víctima como para otras personas. Sin embargo, se ha observado que la intención de notificar va muy de la mano con los factores situacionales.

La violencia sexual se define como “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. Es importante destacar que el abuso sexual infantil se ha vinculado a diversas patologías psiquiátricas, así como a malestar psicológico general. En el estudio de sus consecuencias a largo plazo, se ha presentado baja autoestima, sentimientos de desamparo y auto recriminación, malestar psicológico crónico, expresado principalmente como sintomatología depresiva y ansiosa, así como la bulimia nerviosa y los trastornos alimentarios en general, además de una gran variedad de patologías psiquiátricas adultas, destacando el trastorno de personalidad límite, trastorno por abuso de sustancias, trastorno de estrés post-traumático y trastorno de identidad disociativo. Lo que nos haría pensar que el abuso sexual infantil parece ser un factor de riesgo, y no puede asociarse exclusivamente con un tipo de trastorno. Si bien, hay controversias entre la asociación del abuso sexual infantil y el posterior desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria, los clínicos han sostenido que hay datos significativos que indican correlación.

El término de conductas alimentarias de riesgo (CAR) es utilizado para designar un síndrome parcial o subclínico de los cuadros que caracterizan a los trastornos de conducta alimentaria. La diferencia entre las conductas alimentarias de riesgo y los trastornos de la conducta alimentaria radica en la frecuencia y la duración, ya que en los segundos las manifestaciones o conductas alimentarias nocivas son más repetitivas y permanentes. Por tanto, se entiende que las conductas alimentarias de riesgo pueden, en caso de volverse crónicas y agudas, desencadenar en un posterior diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Los trastornos de la conducta alimentaria han cobrado gran dimensión mundial entre niños y adolescentes de todas las clases sociales. Los datos epidemiológicos indican que los TCA han ido en incremento de manera importante en las últimas dos décadas, ocurriendo en cualquier grupo étnico, cultural y socioeconómico. Si bien, no se ha establecido una etiología específica para los TCA, la causalidad se considera que es multifactorial, siendo la adolescencia la etapa de la vida más vulnerable, encontrando factores de riesgo que incluyen el contexto cultural y familiar, la vulnerabilidad constitucional y experiencias adversas en la vida personal.

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

En la etapa de la adolescencia se producen importantes cambios físicos y psicológicos en los que la propia imagen cobra un protagonismo singular en la construcción de la identidad y del rol sexual, por lo cual no se deben dejar de lado estos cambios. Se sabe que los problemas de las conductas infantiles y adolescentes de riesgo pueden responder a causas distintas del abuso sexual, dado que a menudo se asocian a situaciones de maltrato físico o emocional, abuso de sustancias por parte de los padres, violencia doméstica, desordenes de conducta y cuadros depresivos, así como los estudios detectan un grupo asintomático de víctimas de abuso sexual.

MARCO TEÓRICO

Los trastornos de la conducta alimentaria son un problema de salud mental pública, cuya importancia ha sido reconocida desde hace ya más de tres décadas en los países desarrollados. En los primeros años de la investigación acerca de los trastornos de la conducta alimentaria, se consideraba que estos eran un problema de mujeres jóvenes de clase alta, y casi exclusivo de los países altamente desarrollados. Ambas naciones han sido puestas en duda ante reporte de un gran número de casos, y de porcentajes importantes de actitudes y conductas alimentarias de riesgo en diversas partes del mundo. Actualmente los reportes en países desarrollados muestran frecuencias similares en distintos niveles sociales. Es probable que la exclusividad del Nivel socioeconómico se haya debido a un subregistro provocado por la dificultad al acceso a servicios de atención psiquiátrica¹.

Los factores de riesgo son similares a los de cualquier problema de salud mental: Autoestima baja, debilidad emocional, pensamiento negativo, pocas destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades deficientes para el manejo del estrés y sentimientos de control; Menarca a edad temprana, que comienza con una insatisfacción por la apariencia corporal; Trastorno psiquiátrico en los padres. Los grupos blanco para realizar la búsqueda, deben incluir mujeres jóvenes con bajo índice de masa corporal (IMC) comparado con la edad, pacientes que acuden a consulta con preocupación relativa al peso y que no presentan sobrepeso ni obesidad, mujeres con problemas menstruales o amenorrea, pacientes con signos físicos de desnutrición o con varios episodios de vómito y pacientes con bajo peso, profesiones como bailarinas de ballet, atletas, estudiantes de modelaje y culinaria, y niñas, adolescentes y mujeres jóvenes que están mostrando malos hábitos alimenticios a niveles subclínicos⁹.

En cuanto a signos y síntomas se puede encontrar hematemesis, anomalías intestinales, debilidad, letargia, desvanecimientos, intolerancia al frío y problemas dentales. Frecuentemente los pacientes con trastornos alimentarios pueden presentar ansiedad, depresión, síntomas gastrointestinales, síntomas menstruales o bien pueden ser pacientes diabéticos con poco control de su enfermedad. En pacientes con bajo peso, se debe buscar evidencia de velocidad baja del flujo sanguíneo, temperatura corporal baja y debilidad muscular. En jóvenes y niños puede encontrarse cualquier retraso en el desarrollo. El peso

corporal por debajo del 15% del peso ideal (ya sea que lo haya perdido o que nunca lo haya alcanzado), o bien el IMC en la escala de Quetelet se encuentra en 17.5 o menos. Pacientes en la pre-pubertad no logran obtener el incremento esperado de peso en el periodo de crecimiento⁹.

Los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera¹¹. Los TCA hoy en día constituyen un problema de salud pública por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología asociada, su resistencia al tratamiento y porque se presenta en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta¹².

En lo que respecta a los trastornos alimentarios, recientemente se han relacionado etiológicamente tres tipos de afecciones con el trauma infantil: trastorno por atracón, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa¹³.

El trastorno por atracón, no se asocia a las conductas compensatorias como el vómito autoinducido o la inanición. Por eso suele provocar sobrepeso. De acuerdo con los criterios de la American Psychiatric Association (APA), se caracteriza por: episodios recurrentes de atracones (en promedio, una vez a la semana durante tres meses), durante los cuales en un período discreto de tiempo el paciente consume una cantidad de alimento que es definitivamente más grande de lo que la mayoría de la gente comería en circunstancias similares y que se acompaña de una falta de control sobre la alimentación. Los episodios de atracones se asocian con tres o más de los siguientes: ingerir grandes cantidades de comida sin tener hambre, comer más rápido de lo normal, hasta sentirse incómodamente lleno, comer solo por vergüenza, sentirse culpable después¹³.

La American Psychiatric Association (APA), en el año 2000/2002, define los TCA como condiciones caracterizadas por alteraciones graves en este tipo de conducta que incluyen la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Una característica fundamental de ambos diagnósticos es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. La anorexia se caracteriza por un miedo intenso a ganar peso, el rechazo a comer suficiente y una constante molestia sobre la propia imagen corporal. Por su parte, la bulimia se caracteriza

por ingerir grandes cantidades de alimentos en discretos intervalos de tiempo, seguido por intentos de compensar la sobre ingesta mediante el vómito, el uso de laxantes, dietas restrictivas o de ejercicio¹⁴.

Encuestas recientes basadas en la población de adultos en los Estados Unidos indican que la prevalencia de por vida de estos trastornos es la siguiente: 0,6% para anorexia nerviosa, 1,0% para bulimia nerviosa, 2,8% para trastorno por atracón ¹⁵. La prevalencia de la anorexia en la población general varía del 0.5 al 1.5%, y es mucho más frecuente en mujeres que en hombres¹⁴; particularmente, la población más vulnerable son las mujeres adolescentes¹⁶. En el caso de la bulimia nerviosa, la prevalencia es aproximadamente del 1% al 3%; entre los hombres la prevalencia es entre seis y diez veces menor. Por tanto, la prevalencia de TCA específicos (anorexia, bulimia) está entre el 0,5% y el 3% de la población general¹⁴. Los hombres bulímicos se purgan mediante el ejercicio extenuante para lograr perder el peso deseado y es el peso que regularmente lo lleva a tener un trastorno alimentario¹⁸.

En México se reportan más de un millón de casos de anorexia en los últimos diez años, y la cifra va en aumento. De acuerdo con las estadísticas de la Secretaría de Salud, un 40% de las personas anoréxicas se curan totalmente, del 1 al 3% fallecen por desnutrición, fallo cardíaco o suicidio y las restantes convierten su anorexia en un padecimiento crónico al no conseguir una curación total¹⁷.

En España, realizaron un estudio con 1,555 adolescentes, demostrando que un alto porcentaje (27.5%) de esta población padece trastornos alimentarios, en una relación que va de cuatro mujeres por cada hombre. Específicamente para la anorexia, el porcentaje fue de 0.5% en hombres y de 3.9% en mujeres, mientras que para la bulimia nerviosa los porcentajes son 0.6 y 0.2%, respectivamente¹⁹.

En Estados Unidos, señala un reporte, el Centro de Información y Referencia sobre Desórdenes de Alimentación considera que cerca de 10 millones de norteamericanos padecen hoy en día de desórdenes alimentarios, el 90% son mujeres y el 10% hombres. El Centro de Trastornos Alimentarios de la Escuela Médica de Harvard estima que el total de afectados es de aproximadamente 5 millones¹⁷.

Los trastornos alimenticios se inician o aparecen principalmente en adolescentes y púberes. Las edades de aparición o de inicio del trastorno van desde los 12 hasta los 25 años y la frecuencia aumenta entre los 12 y los 17 años. Los trastornos alimenticios ocurren tanto en hombres como en mujeres y aunque la cantidad de mujeres que los padecen es muy superior a la de hombres, en los últimos años el número de casos de hombres ha aumentado en forma constante¹¹. La forma en la que los hombres conllevan estos trastornos suele ser mediante ejercicio físico excesivo, mientras que las mujeres realizan dietas restrictivas rígidas o ayunan²¹.

En un estudio en México, por Camarillo y colaboradores, de 273 estudiantes de 13 a 16 años de edad. Se utilizó el Test de Actitudes Alimentarias-26 (EAT-26) y la Escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner. Las conductas alimentarias patológicas aparecieron en un 5%, según la encuesta EAT-26, y 4% de acuerdo con la escala de Gardner. Las mujeres tienen mayor grado de distorsión que los hombres, especialmente en la sobreestimación de la autoimagen²².

La décima revisión del manual de la OMS, destaca el miedo a engordar como variable fundamental del trastorno y propone como indicador un índice de masa corporal igual o menor a 17,5 para el diagnóstico de anorexia nerviosa²³. Se ha sugerido que la alteración de la percepción de la imagen corporal es un síntoma precoz de la presencia de trastornos alimentarios como anorexia y bulimia¹².

Montero y colaboradores, en el 2004, demostraron que la imagen corporal es un buen predictor de los trastornos alimentarios y que los adolescentes tienden a despreciar un cuerpo con sobrepeso, debido a que socialmente existe la creencia de que un cuerpo delgado es el ideal²⁴.

Otros autores como Toro en 1996, y Rosen y Ramírez en 1998, destacan que la baja autoestima es uno de los principales síntomas presentes en las personas diagnosticadas con trastornos de la alimentación, expresándose con inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismas. La preocupación acerca del peso y la insatisfacción por la imagen

corporal constituyen los dos elementos básicos sobre los que se asienta esta baja autoestima como producto de inferencias y creencias, muchas de ellas sujetas a distorsiones²⁵.

Tal como se ha señalado, en la década de los ochenta los clínicos e investigadores comenzaron a considerar la posibilidad de que el abuso sexual infantil pudiera cumplir una función de factor de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria²⁶.

Connors y Morse, en un estudio en Chicago, en 1993, reportó que muchos médicos se han interesado en un vínculo potencial entre el abuso sexual y los trastornos alimentarios debido a sus experiencias clínicas; han visto bastantes pacientes que creían que habían desarrollado un trastorno alimentario en parte para afrontar el abuso sexual. Por ejemplo, una paciente anoréxica comenzó a morir de hambre conscientemente para no ser atractiva para su hermano sexualmente abusivo, y otra paciente desarrolló anorexia después de ser obligada a practicar sexo oral durante una violación. Otros pacientes han informado de atracones con grandes aumentos de peso que encontraron reconfortantes para aliviar sus sentimientos de vulnerabilidad después de la depredación sexual²⁷.

Hasta hace poco tiempo en México, parece existir el consenso no explícito de que los trastornos de la conducta alimentaria eran un problema minoritario, y ocuparse de estos resultaba de alguna manera frívolo frente a la importante presencia de problemas como la tuberculosis, la desnutrición, o la esquizofrenia. La principal justificación para lo anterior estaba en la escasa o nula demanda de atención por trastornos de la conducta alimentaria. Este fenómeno pudo haber obedecido alguna de las cuatro causas, o una combinación de ellas. En primer lugar, es posible que, efectivamente, hasta la década de los 80, los casos de trastorno de la conducta alimentaria fueron casi inexistentes en México. En segundo, al no haber conocimiento por parte de la población de qué se trataba de un padecimiento psiquiátrico, la búsqueda de atención podría haber sido menor a la que hay en la actualidad, cuando el tema de los trastornos de la conducta alimentaria es ampliamente discutido en los medios de comunicación masiva. En tercer lugar, la cobertura de servicios médicos en México no alcanza a gran parte de la población, y menos aún en el caso de los servicios psiquiátricos especializados. Por último, aún si los pacientes acudían a un servicio médico,

es posible que habrán sido mal diagnosticados, por una falta de conocimiento general al respecto¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, así como el abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder²⁸.

El código penal federal, describe el abuso sexual como un acto quien ejecute en una persona, sin su consentimiento, o la obligue a ejecutar para sí o en otra persona, actos sexuales sin el propósito de llegar a la copula; se entiende por acto sexuales: tocamientos, manoseos corporales obscenos o los que representen actos explícitamente sexuales, o se obligue a observar acto sexual o exhibir su cuerpo. Al que tenga copula con persona mayor de 15 años y menor de 18 años, obteniendo su consentimiento por medio de engaño²⁹.

El National Center of Child Abuse and Neglect propuso en 1987, que existe abuso sexual en los contactos e interacciones entre un niño (12 años o menos) y un adulto, cuando el agresor usa al niño para estimularse sexualmente el mismo, al niño o a otras personas³⁰. Algunos autores también consideran como victimización sexual aquel contacto entre un adolescente (13-17 años) y un adulto diez o más años mayor³². El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro menor³⁰.

Tipos de abuso sexual: EL ASI puede dividirse en intrafamiliar, cuando el abusador es parte de la familia de la víctima y extrafamiliar, cuando el abuso es perpetrado por alguien ajeno a la familia de la víctima, pudiendo ser un conocido o un desconocido³¹.

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

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

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

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

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

-Incesto: Cuando en una familia los ascendientes que tengan relaciones sexuales con sus descendientes²⁹.

El antecedente de abuso sexual específicamente durante la infancia es considerado un factor de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria; sin embargo, no necesariamente tiene que ocurrir para que se presente un trastorno de la conducta alimentaria. Para poder decir que el abuso sexual es un factor de riesgo se requiere que esta variable ocurra antes del inicio de los síntomas psiquiátricos. El papel del abuso sexual como un factor de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarios ha sido controversial ya que es un factor de riesgo que se comparte con otros trastornos psiquiátricos².

Pope y Hudson, han encontrado distintas problemáticas metodológicas en los estudios que asocian el abuso sexual principalmente con bulimia nerviosa, entre las que se encuentran inadecuada comparación entre grupos, dificultad para definir el abuso sexual, inadecuada evaluación del abuso sexual, descuido en la determinación de la temporalidad entre haber

presentado el abuso sexual y el inicio del trastorno de la conducta alimentaria y falta de comparación con un grupo sin trastornos psiquiátricos. En una revisión sobre 10 estudios encontrados en la literatura se concluye que los pacientes con TCA La tasa de abuso sexual en la infancia fue significativamente más alta comparada con el grupo control entre (34 versus 20%), la frecuencia de abuso sexual fue mayor en Anorexia Nervosa compulsivo purgativo, en ambos tipos de bulimia nerviosa, de acuerdo con el DSM-IV—TR y más baja en el subtipo restrictivo de la anorexia nerviosa³. Sin embargo, existe otro estudio en el cual lo encontraron diferencias en las tasas de abuso sexual antes de los 16 años en los diferentes subgrupos de trastorno de la conducta alimentaria y el 74% de los pacientes de edad de inicio del trastorno de conducta alimentaria fue después de los 16 años. Se encontrado que las pacientes con bulimia nerviosa presentan tasas significativamente más altas de abuso sexual, acoso sexual y violación comparado con un grupo control, está claramente identificado que las experiencias de uso ocurren antes del inicio de los trastornos de conducta alimentaria. Con respecto al abuso sexual, La evidencia es más fuerte para bulimia nerviosa que para anorexia nerviosa. Es la uso sexual, físico o negligencia es considerado un factor de riesgo que aunque no específico para los trastornos de la conducta alimentaria, si es considerado un factor de riesgo de mediana potencia².

Las investigaciones realizadas han encontrado que existe una asociación entre haber experimentado abuso sexual en la infancia y trastorno por atracón. El abuso sexual en infancia se ha asociado con un incremento en el riesgo para presentar TCA. En las últimas décadas se ha publicado evidencia que sugiere que eventos adversos en la infancia o que ocurran a temprana edad están fuertemente asociados con problemas psicológicos en edad adulta, incluidos los trastornos de la conducta alimentaria⁴⁻⁵.

Gustafson y colaboradores, reportaron que la exposición a abuso sexual en infancia es uno de los factores de más alto riesgo para desarrollar obesidad en edad adulta, otros estudios sugieren que estar expuesto a trauma por exposición a violencia interpersonal puede estar asociado con ganancia de peso, obesidad y adiposidad central en la edad adulta⁶.

La mayoría de los estudios muestran que el abuso está asociado con obesidad en un futuro, varios estudios reportan niveles significativamente altos de diferentes tipos de abuso

(emocional, físico, sexual y negligencia) en 2/3 de una muestra en personas con obesidad mórbida que se habían sometido a una cirugía de bypass gástrico, comparado con mujeres en peso saludable, mientras que la tasa de maltrato fue más o menos 2 a tres veces más alta en la muestra de obesidad. Estas tasas son comparables con aquellas encontradas en la población psiquiátrica con trastornos alimentarios y pacientes con depresión crónica⁵.

En un estudio de Maddi y colaboradores, se encontró que en individuos con obesidad mórbida, la combinación de abuso sexual, emocional y físico en la infancia producida dentro de la familia de origen, influía de manera directa el índice de masa corporal en la edad adulta⁷. En otro estudio que incluyó a 121 individuos que buscaba el tratamiento quirúrgico para la obesidad, se encontró que 67% de la muestra había estado expuesto algún tipo de abuso en infancia⁵.

Marcus y colaboradores encontraron que mujeres de mediana edad con historial de abuso sexual y físico a edades tempranas mostraron mayores índices de masa corporal y mayor frecuencia de atracones en comparación con las mujeres que no habían experimentado abuso⁸.

En una muestra representativa que incluyó sujetos adultos, se encontró que las mujeres que habían experimentado abuso físico en la infancia tenían 35% más probabilidades de tener obesidad en comparación con aquellas que no habían sufrido abuso, mientras que el abuso físico en la infancia no estuvo asociado con obesidad en la edad adulta en los hombres. Hay tres estudios que muestran que niños expuestos a diferentes tipos de experiencias adversas tienen más alto riesgo de desarrollar sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida en la edad adulta comparado con quienes no tuvieron experiencias traumáticas en la infancia⁵.

Los mecanismos desde los que se liga a las experiencias traumáticas con la obesidad, aunque poco claros indican que los posibles mediadores que explicaría en esta liga son los síntomas del trastorno de estrés postraumático, que juegan un papel importante en el entendimiento de la asociación de experiencias traumáticas y el desarrollo de obesidad en la vida adulta. Los síntomas de trastorno de estrés postraumático están asociados con una hiper activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) con el subsecuente incremento

del cortisol periférico que a su vez se ha relacionado con la acumulación de grasa en el tejido adiposo, y el consiguiente aumento de la obesidad abdominal; sobre esta misma línea se encontró una Hiper activación del eje HHA con una respuesta exagerada de cortisol asociada al estrés en pacientes obesos y también se ha encontrado relación con el comer inducido al estrés, con el síndrome de sobren gestión nocturna de alimentos y con mayor adiposidad en cintura en pacientes con trastorno por atracón^{4,5}.

Los individuos con experiencias adversas en infancia, tienen más riesgo de desarrollar estrategias de afrontamiento mal adaptativas, incluyendo la alimentación inducida por el estrés. La activación como una respuesta al estrés puede generar una desregulación, la cual puede estar asociada con un incremento en el apetito y una preferencia por aquellos alimentos altos en azúcar y grasa, con la consecuente acumulación de grasa visceral y obesidad².

El Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR; Unikel y colaboradores, 2004), es de gran utilidad tanto para identificar la presencia de e intensidad de Conductas alimentarias de riesgo, así como para identificar si dichas conductas puedan transformarse en un Trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Este cuestionario fue desarrollado con base a los criterios diagnósticos de TCA del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) y validado en población mexicana por Unikel y colaboradores. Es una escala tipo Likert, en donde a mayor puntuación, mayor presencia de Conductas alimentarias de riesgo (CAR). Los resultados también se pueden interpretar a partir de un punto de corte de 10, que delimita al grupo de personas con riesgo de los que no lo tienen. Entre las ventajas de utilizar el CBCAR es que los reactivos se pueden agrupar en tres factores, que son: Atracón-purga (AP), conformado por cuatro reactivos; Medidas compensatorias (MC), integrado por tres reactivos; y Restricción, que incluye los tres reactivos restantes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes menores de edad que han sido víctimas de algún trauma importante como el abuso sexual, acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro (HPIJNN) para mejorar su calidad de vida y tratar alguna alteración psiquiátrica y psicológica comórbida. Las prevalencias de abuso sexual y Trastornos de la conducta alimentaria han ido en aumento, llegando a presentar una mortalidad hasta del 2% secundario a un Trastorno de la conducta alimentaria no tratado de manera oportuna. Por lo tanto, se debe realizar una evaluación integral de la salud mental; la finalidad es realizar un diagnóstico e intervención oportuna para así evitar las posibles complicaciones.

En el presente estudio se buscó la correlación entre las características del abuso sexual y las Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes, realizándose un estudio transversal en el servicio de Urgencias y Admisión continúa del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Se divide en dos partes: describir la frecuencia de Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes y correlacionarlo con las características del abuso sexual, así como observar la correlación con respecto al riesgo de presentar Trastornos de la conducta alimentaria; esto dentro del servicio de Urgencias y admisión continúa del HPIJNN en el periodo de enero a mayo del 2022.

Pregunta de investigación: ¿El tipo de abuso sexual infantil se correlaciona con las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes?

JUSTIFICACIÓN

En el servicio de urgencias y admisión continua de un Hospital Especializado en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en Ciudad de México, llegan pacientes menores de edad por diversas patologías psiquiátricas. En cuanto a los pacientes que refieren antecedente de abuso sexual se ha observado que el desarrollo síntomas, alteraciones o trastornos psiquiátricos es un proceso común y complejo secundario a dicho abuso en los niños y adolescentes, como resultado del sufrimiento vivido por el paciente de manera multidimensional: físico, emocional, existencial y/o social. Por lo que es necesario evaluar las alteraciones de la conducta alimentaria que podrían desarrollar relacionado al estresor del abuso sexual de manera individual.

La mayoría de los estudios actuales se centran en definiciones y características del ASI y TCA, en los trastornos psiquiátricos asociados, así como con el desarrollo de TCA en relación de ASI; sin embargo, no se encuentran dichos estudios realizados en la población mexicana de niños y adolescentes que describan las alteraciones de la conducta alimentaria secundarias y su relación a un ASI, siendo un fenómeno escasamente estudiado, tanto en hombres como en mujeres.

En el Hospital Especializado en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en Ciudad de México, se lleva una línea de investigación que muestra la correlación entre antecedentes de ASI y TCA, por lo cual para apoyar a integrar mayor información se decidió identificar la presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente, enfocándose en dicha población ya que cuentan con mejores herramientas de comunicación por la etapa del desarrollo en la que se encuentran. Se decide realizar el Cuestionario Breve de Conductas alimentarias de riesgo, el cual, al ser de fácil comprensión, permite al adolescente aportar información certera con menor riesgo de sesgo, así como al ser auto aplicable da la libertad de que el menor pueda aclarar sus dudas (en caso de que se presenten) con el investigador. Es una escala con cuatro opciones de respuesta cuya suma de reactivos proporciona un punto de corte, cuando la puntuación es menor a 10 se califica sin riesgo de TCA, cuando la suma es mayor a 10 se califica con riesgo de TCA. Esto nos abre un panorama para desarrollar estrategias de una valoración y manejo integral del paciente que ha sufrido ASI.

HIPÓTESIS

H1: El antecedente de abuso sexual infantil se correlaciona con las conductas alimentarias de riesgo en pacientes adolescentes.

H0: El antecedente de abuso sexual infantil no se correlaciona con las conductas alimentarias de riesgo en pacientes adolescentes.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo General

1. Analizar la correlación entre el antecedente de abuso sexual infantil y la presencia de riesgo de presentar TCA en adolescentes que acuden al servicio de Urgencias y Admisión continua de un Hospital Especializado en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en Ciudad de México.

Objetivos Específicos

1. Identificar las Conductas alimentarias de riesgo más frecuentes de adolescentes con el antecedente de abuso sexual infantil que acudieron al servicio de Urgencias y Admisión continua.
2. Identificar el riesgo de presentar Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes con el antecedente de abuso sexual infantil que acudieron al servicio de Urgencias y Admisión continua.
3. Describir las características del abuso sexual a los pacientes adolescentes del infantil en el servicio de Urgencias y Admisión continua.
4. Describir las características sociodemográficas de los pacientes adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil en el servicio de Urgencias y Admisión continua.
5. Identificar el grupo de edad más frecuente en adolescentes con Conductas alimentarias de riesgo con el antecedente de abuso sexual infantil que acudieron al servicio de Urgencias y Admisión continua.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño: Estudio transversal, no experimental, descriptivo y correlacional.

Muestra: Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia a los pacientes consecutivos de 12 a 17 años y 11 meses de edad, que acudieron al servicio de Urgencias y Admisión continua del HPIJNN durante el periodo de enero a mayo del 2022. Se captaron los pacientes que tuvieron el antecedente de abuso sexual, se analizó su elegibilidad para el estudio y se aplicó el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR; Unikel y colaboradores, 2004) posterior al consentimiento y asentimiento informado. Los sujetos elegibles son aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de Selección

- Inclusión:
 - Pacientes mujeres u hombres.
 - Pacientes mayores de 12 hasta 17 años y 11 meses de edad.
 - Saber leer y escribir.
 - Pacientes que acudan al servicio de Urgencias y Admisión continua con antecedente de ASI.
 - Pacientes que acepten participar en el estudio mediante el proceso de consentimiento y asentimiento informado (Anexo 1 y 2).

- Exclusión:
 - Pacientes que no acepten la realización del CBCAR.
 - Pacientes con cuadro de síntomas psicóticos.
 - Pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual

- Eliminación:
 - Personas que retiren su consentimiento informado (padre/tutor y/o paciente).
 - Pacientes que no completen el instrumento clinimétrico.

VARIABLES:

Tabla 1. Descripción de variables de estudio.

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Medida	Tipo de variable: Independiente / dependiente
Sexo	Según la OMS, son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.	Pacientes con conjuntos de características biológicas que tienden a diferenciarlos como hombres o mujeres.	Masculin o o femenino	Independiente
Edad	Años vividos desde el nacimiento.	Pacientes que ya cumplieron los 12 años hasta antes de los 18 años.	Mayores de 12, menores de 18 años	Independiente
Abuso sexual infantil	El DSM-5 define al abuso sexual infantil, como cualquier tipo de actividad sexual con un niño que esté destinada a proporcionar una satisfacción sexual a uno de los padres, un cuidador o cualquier otro individuo que tenga alguna responsabilidad sobre el niño. Los abusos sexuales incluyen actividades como caricias en los genitales del niño, penetración, incesto, violación, sodomización y exhibicionismo indecente. También se incluye cualquier explotación del niño, sin necesidad de contacto, por parte de un progenitor o cuidador; por ejemplo, obligando, engañando, atrayendo, amenazando o presionando al niño para que participe en actos de satisfacción sexual a terceros, sin contacto físico directo entre el niño y su agresor.	Actividad sexual realizada por un mayor de edad a un menor de edad ya sea dentro o fuera del núcleo familiar.	Presente o ausente.	Independiente
Trastorno de la conducta alimentaria	Actitudes, conductas y hábitos relacionados con la alimentación inadecuada y la imagen corporal.	Pacientes con actitudes, conductas y hábitos relacionados con la alimentación inadecuada y la imagen corporal.	Presente o ausente.	Dependiente.

Procedimiento:

El presente trabajo deriva del proyecto original denominado “Correlación entre el antecedente de abuso sexual y las alteraciones de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. Estudio transversal en el servicio de PAINAVAS del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro”, a cargo de las doctoras Karina Azucena Enríquez Leal y Mirna Esthela Brenes Prats, aprobado por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (Anexo 3), y registrado en la División de investigación por el Comité de ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (Anexo 4), con el número II3/02/0221. De igual forma el proyecto actual fue aprobado por el mismo comité, y tiene el número de registro II3/02/0221/Tb (Anexo 5).

Se revisaron las notas de valoraciones médicas previas para identificar a los pacientes mayores de 12 años y menores de 18 años que cumplieran con los criterios de inclusión. Posterior a que el paciente elegible terminó su consulta, se le informo tanto al menor como al tutor acerca del estudio de investigación aclarando las dudas que surgieron acerca del mismo, posteriormente invitándole a participar y mediante el proceso del consentimiento y carta de asentimiento firmado por el paciente y el tutor, se aplicó el Cuestionario Breve de Conducta Alimentarias De Riesgo (CBCAR).

Mientras el menor realizaba el cuestionario auto aplicable se le aclaraban dudas que tuviera acerca del contenido de dicho instrumento. Finalmente, se recolectaron las características sociodemográficas de los pacientes. No se realizó interrogatorio mediante entrevista clínica que pudiera revictimizar a los pacientes sobre el abuso sexual. Los datos fueron registrados en una base de datos para posteriormente realizar el análisis descriptivo y correlacional, usando SPSS versión 28.

Figura 1. Procedimiento del estudio.

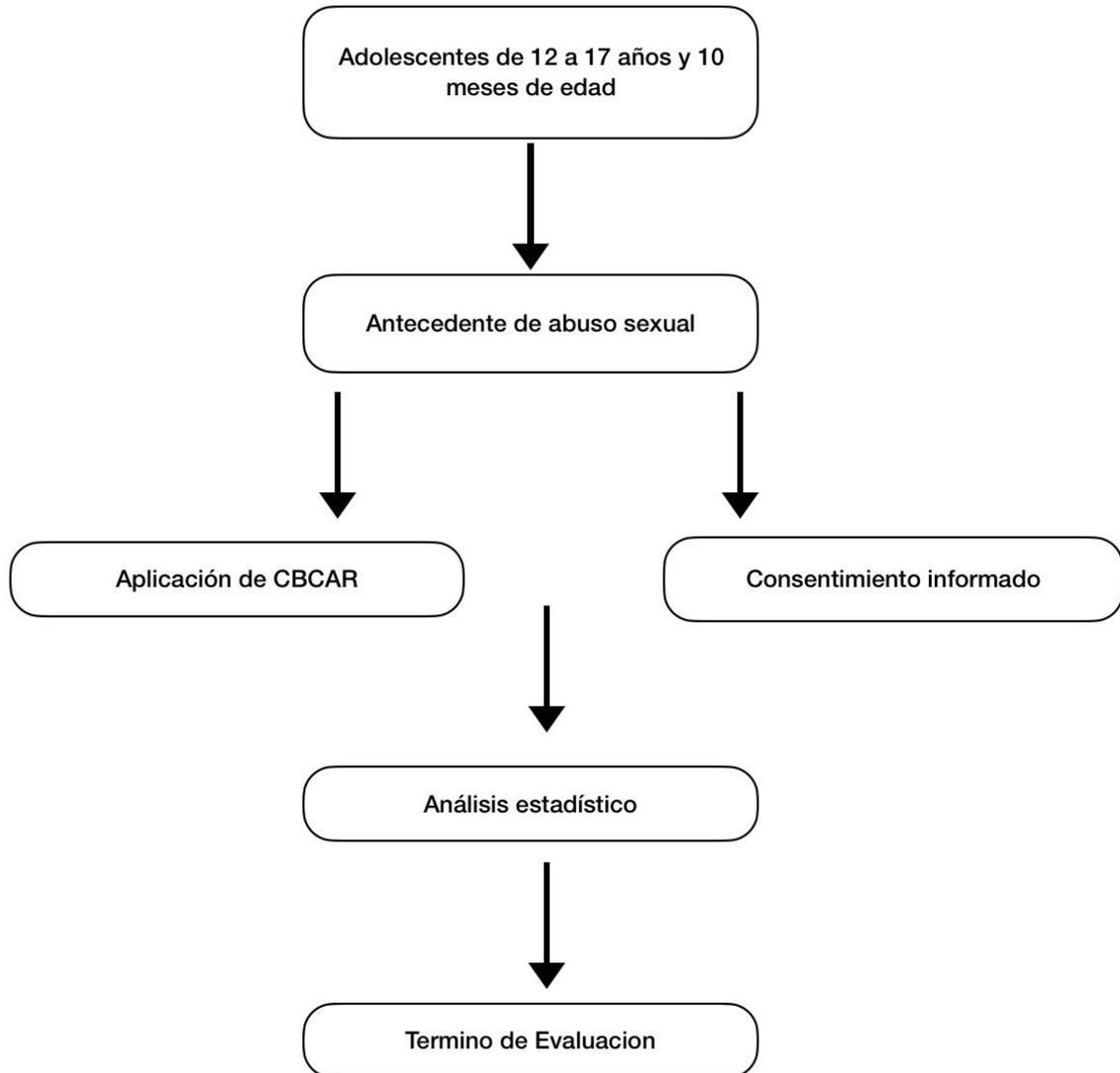


Tabla 2. Cronograma de actividades.

META	Junio 2021	Julio 2021	Agosto 2021	Enero 2022	Febrero 2022	Marzo 2022	Abril 2022	Mayo 2022	Junio 2022	Julio 2022	Agosto 2022
Revisión de la literatura											
Desarrollo del protocolo de investigación											
Aprobación del protocolo por el comité de bioética											
Captación de pacientes											
Aplicación de escala clínimétrica											
Análisis y discusión de resultados											
Presentación de conclusiones mediante redacción de trabajo											
Preparación de la publicación											

Instrumentos de medición:

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo. Descripción: Es un cuestionario que mide las conductas alimentarias características de los trastornos de la conducta alimentaria definidos por el DSM-IV (APA, 1994). Consta de 10 reactivos con cuatro opciones de respuesta sobre la frecuencia que se lleva a cabo la conducta (0=nunca o casi nunca, 1=algunas veces, 2=Con frecuencia -dos veces a la semana-, 3= muy frecuentemente -más de dos veces en una semana-). Calificación e interpretación: Es una escala con cuatro opciones de respuesta cuya suma de reactivos proporciona un punto de corte, cuando la puntuación es menor a 11 se califica sin riesgo de TCA, cuando la suma es mayor a 10 se califica con riesgo de TCA. Bibliografía complementaria: Unikel C y colaboradores (2004) Validación de cuestionario breve para medir CAR. Salud Pública de México, 46, 509- 515. Manual de aplicación del cuestionario de factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Publicación interna. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Análisis estadístico:

Los datos sociodemográficos de los pacientes, así como los resultados del CBCAR se reportaron mediante la media y desviación estándar y porcentaje para las variables cuantitativas y cualitativas respectivamente. Asimismo, se determinó la distribución de las puntuaciones del CBCAR mediante una prueba de normalidad (Shapiro Wilk) y se reportó las medidas de frecuencia (media o mediana), así como la frecuencia de CAR de acuerdo a la presencia y características del abuso sexual. Para el análisis de correlación, se llevó a cabo una correlación de Pearson. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versión 28 (Tabla 3).

Tabla 3. Prueba de normalidad Shapiro Wilk

Pruebas de normalidad	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Suma total de CBCAR	0,92	40	0,008
Corrección de significación de Lilliefors			

Consideraciones éticas:

El riesgo al que los pacientes están sometidos al estar en este estudio, según el Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, está catalogado como “riesgo mínimo”, debido a que, aunque únicamente se aplicará mediante la entrevistas clínicas un cuestionario y no se tocará directamente con el paciente y familiar/tutor el tema del abuso sexual, pero éste puede verse afectado psicológicamente al leer el título del estudio en la carta de asentimiento informado, que en caso de que esto suceda, se le brindara apoyo con contención verbal y manejo al problema presente.

El estudio se llevó a cabo posterior a la autorización del proyecto original denominado “Correlación entre el antecedente de abuso sexual y las alteraciones de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. Estudio transversal en el servicio de PAINAVAS del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro” por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (Anexo 3), y por el Comité de ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (Anexo 4), así como posterior a que el proyecto actual fuera aprobado por el mismo comité (Anexo 5).

RESULTADOS

Se estudió un total de 40 pacientes, los cuales se presentaron en el periodo comprendido de enero a mayo de 2022, en los servicios de urgencias y admisión continúa del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

Respecto a las características sociodemográficas de la muestra, 92.5% de los pacientes eran del género femenino y 7.5% del masculino. Sus edades oscilaron entre los 12 y los 17 años, con una media de 14.5 años (DE=1.519). El 67.5% de los pacientes son residentes de Ciudad de México, 15% de estado de México, y el 17.5% de otros estados de la república. En el 95% de los casos se encontraban estudiando, 45% se encuentran cursando educación secundaria, 50% se encuentran estudiando el bachillerato y 5% no se encuentra estudiando. En relación con su tipo de familia, 10% de los casos correspondían a familias biparentales con una buena dinámica familiar, 2.5% corresponden a familias biparentales con mala

dinámica familiar, 12.5% tenían padres separados con una buena dinámica familiar y 75% tenían padres separados con una mala dinámica familiar (Tabla 4).

Tabla 4. Características sociodemográficas.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
Edad del paciente	40	12	17	14.50	1.519
N válido (por lista)	40				

Genero del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	hombre	3	7.5	7.5	7.5
	mujer	37	92.5	92.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

CDMX/Otros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CDMX	27	67.5	67.5	67.5
	EDOMEX	6	15.0	15.0	82.5
	Otros	7	17.5	17.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Tipo de familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nuclear biparental con buena dinamica familiar	4	10.0	10.0	10.0
	nuclear biparental con mala dinamica familiar	1	2.5	2.5	12.5
	desintegrada por separación de los padres con buena dinamica	5	12.5	12.5	25.0
	desintegrada por separación de los padres con mala dinamica familiar	30	75.0	75.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Grado de estudios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Secundaria	18	45.0	45.0	45.0
	Preparatoria	20	50.0	50.0	95.0
	No estudia	2	5.0	5.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

En cuanto a las características del abuso sexual presentado, el 10% presentó el abuso sexual en la primera infancia (de los 0 a los 5 años), el 55% en la infancia (de los 6 a los 11 años) y el 35% durante la adolescencia (12 a los 18 años). El 32.5% presentó el abuso sexual por una persona dentro del grupo de apoyo primario y el 67.5% por persona fuera del grupo de apoyo primario, así como según el tipo de abuso presentado, el 85% presentó abuso sexual (tocamientos) y el 15% contaron con violación (penetración) (Tabla 5).

Tabla 5. Características del abuso sexual.

Edad en la que ocurrió el abuso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1ra infancia (0-5 años)	4	10.0	10.0	10.0
	Infancia (6-12 años)	22	55.0	55.0	65.0
	Adolescencia (12-18)	14	35.0	35.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Relación con el abusador

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Persona dentro del grupo de apoyo	13	32.5	32.5	32.5
	Persona fuera del grupo de apoyo	27	67.5	67.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Tipo de abuso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Abuso sexual (tocamientos)	34	85.0	85.0	85.0
	Violación (penetración)	6	15.0	15.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Con base en los resultados obtenidos del CBCAR, la presencia de conductas alimentarias de riesgo presentadas con mucha frecuencia (>2 veces a la semana), el 45% presentó preocupación por engordar (pregunta 1), el 15% ha presentado atracones (pregunta 2), el 12.5% ha perdido el control sobre lo que come (pregunta 3), el 17.5% ha vomitado después de comer (pregunta 4), el 12.5% ha hecho ayunos con la intención de bajar de peso (pregunta 5), el 7.5% ha hecho dietas para bajar de peso (pregunta 6), el 25% ha hecho ejercicio para intentar bajar de peso (pregunta 7), el 2.5% ha usado medicamentos para bajar

de peso (pregunta 8), el 0% ha tomado diuréticos para bajar de peso (pregunta 9), y el 7.5% ha tomado laxantes para bajar de peso (Tabla 6,7,8).

Tabla 6. Atracón - purga (preguntas 2 a 5)

Me he atascado de comida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca o casi nunca	11	27.5	27.5	27.5
	A veces	14	35.0	35.0	62.5
	Con frecuencia (2/sem)	9	22.5	22.5	85.0
	Con mucha frecuencia (>2/sem)	6	15.0	15.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

He perdido control sobre lo que como

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca o casi nunca	15	37.5	37.5	37.5
	A veces	12	30.0	30.0	67.5
	Con frecuencia (2/sem)	8	20.0	20.0	87.5
	Con mucha frecuencia (>2/sem)	5	12.5	12.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

He vomitado despues de comer

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca o casi nunca	24	60.0	60.0	60.0
	A veces	8	20.0	20.0	80.0
	Con frecuencia (2/sem)	1	2.5	2.5	82.5
	Con mucha frecuencia (>2/sem)	7	17.5	17.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

He hecho ayunos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca o casi nunca	18	45.0	45.0	45.0
	A veces	11	27.5	27.5	72.5
	Con frecuencia (2/sem)	6	15.0	15.0	87.5
	Con mucha frecuencia (>2/sem)	5	12.5	12.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Tabla 7. Medidas compensatorias (preguntas 8 a 10)

He usado pastillas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca o casi nunca	35	87.5	87.5	87.5
	A veces	4	10.0	10.0	97.5
	Con mucha frecuencia (>2/sem)	1	2.5	2.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

He tomado diureticos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca o casi nunca	40	100.0	100.0	100.0

He tomado laxantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca o casi nunca	35	87.5	87.5	87.5
	A veces	2	5.0	5.0	92.5
	Con frecuencia (2/sem)	3	7.5	7.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Tabla 8. Restricción (preguntas 1,6,7)

Me ha preocupado engordar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca o casi nunca	6	15.0	15.0	15.0
	A veces	12	30.0	30.0	45.0
	Con frecuencia (2/sem)	4	10.0	10.0	55.0
	Con mucha frecuencia (>2/sem)	18	45.0	45.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

He hecho dietas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca o casi nunca	20	50.0	50.0	50.0
	A veces	10	25.0	25.0	75.0
	Con frecuencia (2/sem)	7	17.5	17.5	92.5
	Con mucha frecuencia (>2/sem)	3	7.5	7.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

He hecho ejercicio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca o casi nunca	17	42.5	42.5	42.5
	A veces	7	17.5	17.5	60.0
	Con frecuencia (2/sem)	6	15.0	15.0	75.0
	Con mucha frecuencia (>2/sem)	10	25.0	25.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

En base a los resultados obtenidos del CBCAR, el cual abarca resultados de los últimos 3 meses previos a su aplicación, el 60% de los pacientes no presentaron riesgo de un Trastorno de la conducta alimentaria (Tabla 9).

Tabla 9. Riesgo de presentar TCA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin riesgo de TCA (<10 ptos)	24	60.0	60.0	60.0
	Con riesgo de TCA (>10 ptos)	16	40.0	40.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Según el coeficiente de Correlación de Pearson, se obtuvo un 0.164 entre la edad en la que ocurrió el abuso con el riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria, 0.117 entre la edad en la que ocurrió el abuso con las conductas de atracón y purga, -0.139 entre la edad en la que ocurrió el abuso con las conductas compensatorias, -0.050 entre la edad en la que ocurrió el abuso con las conductas restrictivas (Tabla 10).

Tabla 10. Correlación entre la edad del evento del abuso y el riesgo de presentar TCA

		Edad ASI	Riesgo TCA
Edad ASI	Correlación de Pearson	1	.164
	Sig. (bilateral)		.312
	N	40	40
Riesgo TCA	Correlación de Pearson	.164	1
	Sig. (bilateral)	.312	
	N	40	40

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como finalidad conocer la correlación entre las características del abuso sexual y las Conductas alimentarias de riesgo, en adolescentes que acudieron a un Hospital especializado en Psiquiatría infantil y de la adolescencia en Ciudad de México.

Con respecto a la hipótesis planteada, en la cual se consideraba que la correlación era significativa, según los resultados obtenidos con el coeficiente de Correlación de Pearson en el presente trabajo, se obtuvo que la edad en la que ocurrió el abuso presentó una correlación muy débil con respecto a el riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria, mismo resultado que se encontró con las conductas de atracón y purga, las conductas compensatorias, y con las conductas restrictivas. Motivo por el cual dicha hipótesis fue rechazada.

Sin embargo, si los resultados se centraran únicamente en las CAR, los resultados encontrados concuerdan con los de un estudio realizado en México por Camarillo y colaboradores, con una muestra de 273 estudiantes de 13 a 16 años de edad, en el que se utilizó el Test EAT-26 y la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner, encontrando que las conductas alimentarias patológicas aparecieron en un 5% según la encuesta EAT-26, y 4% de acuerdo con la escala de Gardner. Cabe destacar que en este estudio también se observó que las mujeres tienen mayor grado de distorsión que los hombres, especialmente en la sobreestimación de la autoimagen²².

Respecto a las características sociodemográficas de la muestra en nuestro estudio, con un total de 40 pacientes, el 92.5% de los pacientes eran del género femenino y 7.5% del género masculino. Siendo similar con lo encontrado en Estados Unidos el Centro de Información y referencia sobre desórdenes de alimentación, ya que se observó que de los aproximadamente 10 millones de norteamericanos que padecen de desórdenes alimentarios, el 90% son mujeres y el 10% hombres¹⁷. En base a los resultados obtenidos del CBCAR, el 40% de los pacientes presentaron riesgo de un Trastorno de la conducta alimentaria. Los resultados encontrados, concuerdan con un estudio realizado en España con 1555 adolescentes, demostrando que un alto porcentaje (27.5%) de esta población padecía trastornos alimentarios¹⁹.

Por otro lado, en base a los resultados obtenidos del CBCAR, el 45% presentó preocupación por engordar, lo cual representa casi la mitad de la población de estudio. Autores como Toro en 1996, y Rosen y Ramírez en 1998, destacan que la baja autoestima es uno de los principales síntomas presentes en las personas diagnosticadas con trastornos de la alimentación, expresándose con inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismas, acompañados por la preocupación acerca del peso y la insatisfacción por la imagen²⁵. Montero y colaboradores en el 2004, demostraron que la imagen corporal es un buen predictor de los trastornos alimentarios y que los adolescentes tienden a despreciar un cuerpo con sobrepeso, debido a que socialmente existe la creencia de que un cuerpo delgado es el ideal²⁴.

Otras características observadas en nuestros resultados obtenidos del CBCAR, son que el 15% ha presentado atracones, el 12.5% ha perdido el control sobre lo que come, encontrando una correlación de 0.117 entre la edad en la que ocurrió el abuso con las conductas de atracón y purga, siendo una correlación muy débil. Lo cual difiere con los resultados de Marcus y colaboradores, que encontraron que mujeres de mediana edad con historial de abuso sexual y físico a edades tempranas, mostraron mayor frecuencia de atracones en comparación con las mujeres que no habían experimentado abuso.⁸

De igual manera, se comparó los resultados obtenidos en cuanto al tipo de familia con el que vivían, el 75% tenían padres separados con una mala dinámica familiar, y el 32.5% presentó el abuso sexual por una persona dentro del grupo de apoyo primario. Según un estudio de Maddi y colaboradores, se encontró que, en individuos con obesidad mórbida, la combinación de abuso sexual, emocional y físico en la infancia producida dentro de la familia de origen, se relaciona de manera directa en el aumento del índice de masa corporal en la edad adulta. Lo cual, si bien se encontró un alto porcentaje de familia con una mala dinámica familiar, no se encontraron cifras significativas de pacientes con obesidad⁵.

Un hallazgo interesante en este estudio fueron las diferencias observadas entre los resultados obtenidos en contraste con lo encontrado en la literatura, ya que se encontraron inconsistencias en la gravedad de la sintomatología reportada en comparación de lo

esperado. Si bien, no se realizó una entrevista clínica acerca del abuso sexual presentado o acerca de las conductas alimentarias de riesgo que llegaban a reportar en el instrumento, algunos jóvenes expresaron sus preocupaciones sobre el estigma y la confidencialidad como barreras para la búsqueda de ayuda. Los temores relacionados con el juicio y el etiquetado de los adultos pueden aumentar la tendencia a recurrir a los compañeros en busca de apoyo sobre los padres. A pesar de que los resultados no mostraron cifras significativas que correlacionen las características del abuso sexual con las conductas alimentarias de riesgo, se considera que el instrumento utilizado al ser auto aplicado, ayudo a que los menores pudieran proporcionar información de una forma más fiable.

CONCLUSIONES

1. Respecto a las características sociodemográficas de la muestra, hay un predominio de pacientes del género femenino. La mayoría de pacientes viven con familias desintegradas por separación de los padres, con una mala dinámica familiar.
2. En cuanto a las características del abuso sexual, se encontró que más de la mitad de la población presentó el abuso entre los 6 y 11 años, y más de la mitad de la muestra presentó el abuso por una persona fuera del grupo de apoyo primario, esto último siendo no concordante con lo encontrado en la literatura.
3. La mayoría de los adolescentes con el antecedente de abuso sexual infantil, presentaron preocupación por engordar, seguido de la realización de ejercicio extenuante para intentar bajar de peso, y casi una quinta parte ha llegado a vomitar después de comer por la inconformidad con su cuerpo.
4. De los adolescentes estudiados con el antecedente de abuso sexual infantil, el 60% no presentaron riesgo de un Trastorno de la conducta alimentaria.
5. Según el coeficiente de Correlación de Pearson, hay una correlación muy debil entre la edad en la que ocurrió el abuso con el riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria, así como entre la edad en la que ocurrió el abuso con las conductas de atracón y purga.
6. También se encontró una correlación débil entre la edad en la que ocurrió el abuso con las conductas compensatorias, y entre la edad en la que ocurrió el abuso con las conductas restrictivas.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

1. Consideramos que la principal limitación del estudio fue el tamaño de la muestra, ya que una muestra total mayor podría haber arrojado resultados más homogéneos. Sugerimos, por tanto, ampliar el tamaño de la muestra, pues consideramos que el tema estudiado es de gran relevancia, siendo un factor determinante en el tratamiento y, por tanto, en el pronóstico de la enfermedad.
2. Igualmente, consideramos una limitación que nuestro instrumento sea autoaplicado e influye considerablemente la percepción de cada persona. Encontrar indicadores más objetivos podría ayudar a que los resultados sean más homogéneos.
3. Finalmente, considero que sería de utilidad agregar al estudio un grupo como control, con el fin de conocer si realmente el riesgo de presentar TCA es peor en este grupo de pacientes.

REFERENCIAS

1. Unikel C, Caballero A. Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. Ed. S. Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría (Serie: Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales). 2010.
2. Luna Domínguez, David; Miguel bueno, Carlos; Flores Flores, Griselda; Monroy Cortes, brisa. Trastorno por atracón. Sistema de actualización médica en trastorno por atracón. Editores Intersistemas. México, 2018.
3. Jacobi C, Hayward C, Zwaan M, Kaemer HC. Coming to terms with risk factors for eating disorders : Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy . Psychol Bull, 2004;130: 19-65.
4. Marcus MD, Wildes JE. Obesity: Is it a mental disorder? Int J Eat Disord. 2009;42: 739-53.
5. Palmisano GL, Innamorati M, Vanderlinden. Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. J Rehav Addictions. 2016;5:11-31.
6. Gustafson TB, Sarwer DB. Childhood sexual abuse and obesity. Obesity review. 2004;5:129-35.
7. Maddi S, Khoshaba DM, Persico M, Bleecker F, VanArsdall G. Psychosocial correlates of psychopathology in a national sample of the morbidly obese. Obes surgery. 1997;7:397-404.
8. Marcus M, Bromberg JT, Wei HL, Brow C, Kavitz HM. Prevalence and selected correlates of eating disorder symptoms among a multiethnic community sample of middle woman. An Behav Med. 2007;33: 269-77.
9. Consejo de Salubridad General. GPC: Prevención y diagnóstico oportuno de los Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia. Catalogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-113-08.
10. Caldera Zamora, Iván Alejandro. , Martín del Campo Rayas, Patricia. Caldera Montesc, Juan Francisco. Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios 2019; 10(1): 22-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.519>.
11. Weissberg K, Quesnel GL. Guía de trastornos alimenticios. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 1ª ed. México; 2004.

12. Moreno GMA, Rosa OVG. Trastornos alimentarios y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Ter Psicol.* 2009; 27(2):181-190.
13. Opydo-Szymaczek J, Jarzabek-Bielecka G, Kędzia W, Borysewicz-Lewicka M. Child sexual abuse as an etiological factor of overweight and eating disorders considerations for primary health care providers. *Ginekologia Polska* 2018;89,1:48–5.
14. Salazar MZ. The Eating Attitude Test in Costa Rica: first evidence of its validity and reliability. *Actividades de Psicología.* 2012; 26:51-71.
15. Kimber M, McTavish JR, Couturier J. Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate partner violence for eating disorders: a systematic critical review. *BMC Psychol.* 2017;5:33
16. González ML, Caballero A, Cruz C, Unikel C. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental.* 2003; 26(3):1-8.
17. Guadarrama GR; Mendoza M, Sheila A. Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e investigación en psicología, Mexico.* 2011; 16:125-136.
18. Mambrú TV. El trauma sexual y su relación con los trastornos alimentarios. En: Panzitta MT, editor. *Trastornos de la conducta alimentaria: bulimias, anorexias, aspectos teóricos clínicos.* Buenos Aires: Kristal y Librería S.L; 2009.
19. Rivas T, Bersabé R, Castro S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga, España. *Salud Mental.* 2001; 24(2):25-3
20. Weissberg K, Quesnel GL. *Guía de trastornos alimenticios.* Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 1ª ed. México; 2004.
21. Vázquez R, Mancilla JM, Mateo C, López X, Álvarez G, Ruiz A. Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo de una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología.* 2005; 22(1):53-63.
22. Camarillo ON, Cabada RE, Gómez MJ, Munguía AE. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Rev Esp Méd Quir.* 2013; 18:51-55.
23. Losada AV, Saboya D. Abuso sexual infantil, trastorno de la conducta alimentaria y su tratamiento. *Psicología, conocimiento y sociedad.* 2013; 3(2):102-134.
24. Montero P, Morales EM, Carbajal A. Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropología.* 2004; 8:107-116.

25. Rosen JC, Ramírez E. A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder o body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Res.* 1998; 44(3-4):441-449.
26. Smolak L, Murnen SK. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int.J.Eat.Disord.* 2002; 31:136-150.
27. Connors ME, Morse W. Sexual abuse and eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders.* 1993; 13(1):1-11.
28. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil [Internet]. 8 de junio 2020. [consultado 18 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
29. Código Penal Federal. Delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual: Hostigamiento sexual, abuso sexual, estupor y violación. 1931; 15(1):1-227
30. Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Barcelona: Ariel; 2000.
31. Corsi J. Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Barcelona: Paidós; 1995.
32. Toro J. Riesgo y causas de la Anorexia Nerviosa. Barcelona: Ariel. 2005.
33. González E, Orhaz B, López F. La conducta sexual como indicador de abusos sexuales: los criterios y sesgos de los profesionales. ****Psicothema* 2012. Vol. 24, nº3, pp. 402-409. ISSN 0214- 9915 CODEN PSOTEG. Universidad de Salamanca.
34. Polanczyk G, Salum G, Sugaya L, Caye A, Rohde L. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychology and Psychiatry*, 56 (3), pp. 345 – 365. 2015; 56 (3): 345 - 365.
35. American Psychiatric Association [APA], 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth ed. Author, Washington, DC.

ANEXOS

ANEXO 1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, Ciudad de México a junio del 2021.

Protocolo: **Correlación entre el antecedente de abuso sexual y las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Estudio transversal en el servicio de Urgencias y Admisión continua del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro**

Registrado ante el Comité de Investigación con número: _____

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

Nombre del investigador principal: Dra. Dinora Helen Cordero Varela

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

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPÍTULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de tener alguna duda o que desee que no se ocupe su información puede comunicarse con la investigadora Dra. Dinora Helen Cordero Varela al teléfono 5566962771.

Dra. Dinora Helen Cordero Varela _____

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

ANEXO 2: CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación.

Correlación entre el antecedente de abuso sexual y las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Estudio transversal en el servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

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

Resolveré un cuestionario, instrumento que mide la intensidad de problemas relacionados con alteraciones de la conducta alimentaria. El instrumento que está en el cuestionario y en la entrevista se llama: Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR).

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

Beneficios del estudio

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

Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio

Si tengo cualquier pregunta acerca de este estudio me puedo poner en contacto con la Dra. Dinora Helen Cordero Varela, quien es la investigadora responsable y la podemos localizar en el teléfono 5566962771.

Derecho a retirarme del estudio

Soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte la atención médica que recibo en el hospital. Si deseo retirarme del estudio solo debo notificarlo a la Dra. Dinora Helen Cordero Varela.

Confidencialidad

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

Firmas del Asentimiento Informado

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

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

Dra. Dinora Helen Cordero Varela

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

ANEXO 3. CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO ORIGINAL POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL JUAN N NAVARRO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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

Ciudad de México, 19 de abril del 2021

Asunto: dictamen de protocolo I13/02/0221

Resolución No.: HPIJNN-CI-DA-006-2021

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats

Presente

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

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

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

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

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

Atentamente

Dr. Michel Gutiérrez Cenicerros

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

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

Av. San Buenaventura 86, Colonia Belisario Domínguez, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080, CDMX
Teléfonos: 55 5573 4844, 55 5573 4866 y 55 5573 2855. hpi.jnnavarro@salud.gob.mx, www.gob.mx/salud/sap



ANEXO 4. CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO ORIGINAL POR EL COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL JUAN N NAVARRO



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

Ciudad de México, 12 de mayo del 2021

Asunto: dictamen de protocolo

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

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats

Presente

En relación con la revisión del proyecto de investigación "Correlación entre alteraciones de la conducta alimentaria en niños y adolescentes con antecedente de abuso sexual. Estudio transversal en el servicio de PAINAVAS del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", con número de protocolo: 113/02/0221 y tras haber sido sometido a revisión por el comité de ética en investigación, hacemos de su conocimiento lo siguiente:

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

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

Atentamente

Dra. Laura Fritsche García

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

Av. San Buenaventura 96, Colonia Belisario Domínguez, Anáhuac, CDMX
Teléfonos: 55 5573 4844, 55 5573 4848 y 55 5573 2025, hgj@salud.gob.mx, www.gob.mx/salud



ANEXO 5. CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO ACTUAL POR EL COMITÉ DE ETICA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL JUAN N NAVARRO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SAP
SERVICIOS DE
ATENCIÓN
PSIQUIÁTRICA



Ciudad de México, 22 de agosto del 2022

Asunto: carta de aprobación

Resolución No.: HPIJNN-CEI-019-2022

Dinora Helen Cordero Varela

TESISTA

Presente

Por medio de la presente hago constar que, he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: "Correlación entre el antecedente de abuso sexual y las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Estudio transversal en el servicio de urgencias y admisión continua del Hospital Psiquiátrico Infantil, Dr. Juan N. Navarro", con número de registro I13/02/0221/Tb.

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

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

Atentamente

Dra. Laura Fritsche García

Presidente del Comité de Ética en Investigación

c.c.p. Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández-Director del hospital-presente

Dra. Armida Granados Rojas-Jefe de enseñanza y capacitación-presente

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

Dra. Laura Fritsche García-Comité de Ética en Investigación, HPIJNN-Presente



ANEXO 6. CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO ACTUAL POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL JUAN N NAVARRO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Ciudad de México a 01 de febrero de 2022
Oficio No. SPPS/DGSAP/HPIJNN/013/2022
Asunto: Registro de tesis derivada

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats
Investigador responsable
HPIJNN

P r e s e n t e

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

Titulo del proyecto: *"Correlación entre alteraciones de la conducta alimentaria en niños y adolescentes con antecedente de abuso sexual. Estudio transversal en el servicio de painavas del hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro".*

Clave de registro: I13/02/0221.

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

Titulo: *"Correlación entre el antecedente de abuso sexual y las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Estudio transversal en el servicio de Urgencias y Admisión Continua del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro".*

Clave de registro: I13/02/0221/Tb

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: **Dinora Helen Cordero Varela.**

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

Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de avances del proyecto derivado así como envío de pdf's de los productos generados al e-mail investigacionhpi@gmail.com (presentaciones en congresos, etc.)

En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

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


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



ANEXO 7. 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)				

Fuente: Unikel-Santoncini C y col. Salud Pública de México/ vol. 46 No. 6, Noviembre-Diciembre 2004.