

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



TESIS:

Correlación entre inteligencia emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedente de abuso sexual infantil de la Clínica de PAINAVAS del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

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

Dra. Andrea Yolanda Encalada Hernández

TUTOR METODOLÓGICO:

TUTOR TEÓRICO:

Psic. Verónica Pérez Barrón.

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats.

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2023



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.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Dra. Andrea Yolanda Encalada Hernández.

Correo electrónico: cancer_ayeh19@hotmail.com

Nombre del Tutor (a) Metodológico:

Psic. Verónica Pérez Barrón.

Correo electrónico: veronicaperezbarron@gmail.com

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

Nombre del Tutor (a) Teórico:

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats.

Correo electrónico: mirnabrenes@yahoo.com.mx

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

RESUMEN

Antecedentes: Previamente se ha analizado los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, entre los cuales está el antecedente de abuso sexual infantil. A pesar de la creciente literatura que subraya la importancia que podrían tener la Inteligencia Emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria, poco se ha investigado el papel del abuso sexual en esta población.

Objetivo: Analizar la relación entre la inteligencia emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes con abuso sexual infantil de 12 a 15 años, en el servicio de PAINAVAS, del HPIJNN.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Resultados: La muestra total estuvo conformada por 85 pacientes. El 90.6% (n=77) eran mujeres y el 9.4% (n=8) eran hombres, con una edad media de 13.76 años (DE 1.12). Los resultados indicaron que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los niveles de atención emocional y el riesgo de alteraciones de la conducta alimentaria ($p=0.271$). Tampoco se encontró asociación entre los niveles de claridad emocional ($p=0.306$), reparación emocional ($p=0.083$) y el riesgo de alteraciones de la conducta alimentaria.

Conclusiones: Este estudio sugiere la necesidad de evaluar de manera integral a los pacientes con antecedente de abuso sexual con el propósito de descartar un trastorno de la alimentación, así como evaluar el nivel de inteligencia emocional, con la finalidad de recibir técnicas para mejorar las habilidades de resolución de problemas.

Términos MESH: Child abuse, sexual; Feeding and Eating Disorders of Childhood; Emotional Intelligence.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	7
Clasificación del abuso sexual infantil	7
Consecuencias del abuso sexual infantil	9
Trastornos de la conducta alimentaria	10
Abuso sexual infantil y alteraciones de la conducta alimentaria	11
Inteligencia emocional	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN	14
HIPÓTESIS	15
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	15
MATERIAL Y MÉTODOS	16
Tipo de diseño	16
Muestra	16
Criterios de Selección	16
Criterios de exclusión	16
Criterios de eliminación	16
Variables	17
Procedimiento	20
Instrumentos de medición	22
Análisis estadístico	24
Consideraciones éticas	24
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	50

CONTENIDO DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1: Estudios sobre trastornos alimentarios y abuso sexual	5
Tabla 2: Definición y detalles de variables	17
Figura 1: Procesos del estudio	21
Tabla 3: Cronograma de actividades del estudio	22
Gráfica 1: Lugar de residencia	27
Tabla 4: Distribución por edades de acuerdo al tipo de abuso sexual	29
Tabla 5: Distribución por sexo de acuerdo al tipo de abuso sexual	29
Tabla 6: Resultados de la escala ChEAT de acuerdo a sexo	30
Tabla 7: Resultados de la escala ChEAT de acuerdo a edad	30
Tabla 8: Resultados de la escala TMMS-24 de acuerdo a edad.	31
Tabla 9: Resultados de la escala TMMS-24 de acuerdo a sexo	32
Gráfica 2: Características de la Atención Emocional por Grupos de riesgo alto y bajo de alteraciones de la conducta alimentaria	33
Gráfica 3: Características de la Claridad Emocional por Grupos de riesgo alto y bajo de alteraciones de la conducta alimentaria	34
Gráfica 4: Características de la Reparación Emocional por Grupos de riesgo alto y bajo de alteraciones de la conducta alimentaria	35
Gráfica 5: Histograma de la distribución de los puntajes de ChEAT.	36
Tabla 10: Asociación entre inteligencia emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria	37

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil (ASI) puede ocurrir dentro del núcleo familiar, generando consigo consecuencias graves en los niños y adolescentes que lo sufren, como la aparición de una variedad de sentimientos, pensamientos y comportamientos angustiantes.

Es importante que los niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual, así como sus familias, reciban una evaluación y tratamiento profesional inmediato. Estos tratamientos pueden reducir el riesgo de que se desarrollen problemas graves a lo largo de la vida, como las alteraciones de la conducta alimentaria. Existe suficiente evidencia que demuestra que las experiencias traumáticas vividas en la infancia tienen consecuencias negativas en la salud, no solo durante la niñez sino también en la etapa adulta.

En el país, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades relacionadas con las alteraciones de la conducta alimentaria enfrentan diversos obstáculos. Algunos de estos obstáculos son propios de las alteraciones de la conducta alimentaria, como la tendencia de quienes las sufren a negarlas o esconderlas, mientras que otros están relacionados con la falta de preparación del sistema de salud para abordarlas adecuadamente. Especialmente, la escasez de capacitación de los profesionales de la salud en este tema emergente y la falta de servicios adecuados para el manejo de los casos son un problema. Dado que estas enfermedades suelen iniciarse en la adolescencia, es esencial que los médicos, tanto generales como especialistas, se familiaricen con ellas.

Las investigaciones realizadas en las últimas dos décadas sugieren que la inteligencia emocional puede ser un factor protector crucial en niños y adolescentes que sufren de estas enfermedades. Además, es importante destacar la relevancia del afrontamiento y la gestión de los afectos negativos, así como el entrenamiento en estrategias socioemocionales. Contemplar estas variables puede permitir experimentar estados afectivos positivos con un mejor juicio, pensamientos más flexibles y favorecer la resistencia ante las adversidades.

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el abuso sexual infantil (ASI) a cualquier actividad sexual forzada entre un niño y alguien mayor. No está limitado al contacto físico y puede incluir actividades como exponer a un niño o niña a la pornografía.¹ Algunos abusadores utilizan la fuerza física, pero otros en cambio usan formas menos obvias de coerción como la manipulación emocional, amenazas, etc. También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo cuando está bajo los efectos de alcohol, de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada.²

De acuerdo a la información otorgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estimó que 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declararon haber sufrido abuso sexual durante la infancia.³ De acuerdo al Panorama Estadístico de la Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en el 2019, aproximadamente 32.8% de las adolescentes de entre 15 y 17 años ha sufrido alguna forma de violencia sexual en el ámbito comunitario; 12.8% en el ámbito escolar, y 1.8% en el ámbito familiar.⁴

Dentro de los factores de riesgo para el abuso sexual infantil se encuentran: discapacidad psíquica de la víctima, consumo de alcohol o drogas por parte del perpetrador, historia de maltrato previa del victimario, falta de establecimiento del vínculo o deficientes relaciones afectivas entre los padres y el niño, falta de red de apoyo psicosocial que incluye la falta de reconocimiento de los derechos del niño como persona, aislamiento social de la familia y problemas de desarmonía y ruptura familiar.⁵

CLASIFICACIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Generalmente el ASI es causado por familiares o personas cercanas al menor, proponiéndose una clasificación según el vínculo víctima-agresor:

- Abuso sexual familiar o incesto: es la forma más frecuente de abuso sexual. El agresor suele ser el padre, padrastro, hermano, primo, tío, abuelo, etc. Generalmente estos abusos son consumados dentro de la casa en donde vive el niño/a o en un lugar que es

conocido para él, como puede ser también la casa del perpetrador. El uso de poder por parte del ofensor es lo que caracteriza al abuso sexual intrafamiliar, el cual es asignado por el rol que ocupa dentro de la familia.⁶ Generalmente el perfil del abusador intrafamiliar es una persona adaptada fácilmente a todos los ámbitos ya sea el social, laboral, familiar, no presenta ningún tipo de desviación sexual aparente; se esconden bajo la máscara de la normalidad, ya que se muestran como personas correctas.⁷

- Abuso sexual extrafamiliar: en este tipo de ASI, la víctima también conoce al agresor, pero éste no es parte de la familia. Puede ser un amigo de la familia, un profesor, un entrenador, un sacerdote, un padrino, vecino, etc. Dentro de los ofensores desconocidos se pueden ubicar los pedófilos, los cuales son sujetos que sienten atracción sexual por niños, niñas y adolescentes. Para contactar a las víctimas, suelen seguir sus propias estrategias, principalmente a través de medios tecnológicos, y se considera que generalmente no alcanzan a tener contacto físico con éstas, pero de igual manera, el abuso sexual es cometido a través de otro tipo de conductas sexuales, que se encuentran incluidas dentro de las diversas conductas consideradas sexualmente abusivas, como puede ser el pedido de fotografías desnudos a los niños.^{6,7}

Si existe asimetría de edad y/o coerción, la conducta sexual se considerará abusiva. Esta se puede manifestar de las siguientes maneras:

- Abuso sexual con contacto físico: se refiere a todos los comportamientos en las que el agresor realiza tocamiento al menor de edad en zonas las cuales tienen un significado sexual, las conductas pueden ser del agresor a la víctima (forma más frecuente) o viceversa.⁸ Puede tratarse de caricias o tocamientos de seno, de genitales, contacto digito-genital, genito-genital, genito-oral, introducción de objetos a genitales y penetración vaginal, anal y oral. El tipo de abuso sexual más frecuente es por medio de tocamientos en un 90% de los casos, únicamente 4-10% de las experiencias entre adultos y niños implican coito.⁹ La importancia de esto permite explicar una de las razones por las que frecuentemente no existen lesiones en el área genital, anal, o en las dos cuando se explora a un niño con historia de ASI.¹⁰

- Abuso sexual sin contacto físico: las formas más habituales son el exhibicionismo, petición de realizar actividades sexuales o intimidación, voyerismo, involucrar al niño como espectador o ser usado para realizar material pornográfico y fomento a la prostitución.¹¹

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Los efectos del ASI en el desarrollo evolutivo del niño y del adolescente pueden variar enormemente según diferentes factores, tales como la duración y frecuencia del evento traumático, la intensidad y tipo de abuso (si hubo o no uso de la fuerza o penetración, por ejemplo), la presencia o ausencia de violencia física, la diferencia de edad entre víctima y agresor, la relación con el agresor, el nivel de desarrollo del niño, la motivación del agresor para cometer el abuso, el número de agresores, la influencia del entorno de la víctima en términos de la prontitud y eficacia de la respuesta, el acceso a la familia y la red social del menor, y el involucramiento de la víctima en el proceso judicial.¹²

A medida que transcurre el tiempo, aumentan las posibilidades que el abuso sexual infantil se cronifique, lo que dificulta enormemente la recuperación del menor y compromete su correcto desarrollo. Por lo tanto, la detección temprana es fundamental. Sin embargo, existen numerosos factores que obstaculizan la notificación y detección del problema. Entre ellos, se pueden destacar: la vulnerabilidad inherente a la infancia, que impide que el menor busque ayuda por sí mismo; el hecho de que el maltrato infantil a menudo ocurre en el hogar y por lo tanto en privado; la concepción de los menores como propiedad privada de sus padres; la falta de conciencia sobre esta problemática; el desconocimiento de indicadores de maltrato menos evidentes; la falta de conocimiento sobre los mecanismos de notificación; y la falta de confianza en los servicios sociales.¹³

Las diversas manifestaciones del abuso sexual pueden tener consecuencias graves para el desarrollo y bienestar del menor. Algunos ejemplos se agrupan en los siguientes aspectos:

- Problemas de sueño, como pesadillas, insomnio, somnolencia y pérdida del control de esfínteres (enuresis, encopresis). En cuanto a conducta, puede haber consumo de drogas o

alcohol, huidas del hogar, comportamientos autolesivos o suicidas, bajo rendimiento escolar y déficit en habilidades sociales. A nivel sexual, se puede manifestar un conocimiento sexual inapropiado para su edad, masturbación compulsiva, curiosidad sexual excesiva, comportamientos exhibicionistas, agresión sexual hacia otros menores, rechazo a las caricias, besos y contacto físico, y problemas de identidad sexual.¹⁴

- Con respecto a las manifestaciones emocionales, pueden aparecer miedo generalizado, hostilidad y agresividad, culpa y vergüenza, ansiedad, depresión, baja autoestima, sentimientos de estigmatización, rechazo del propio cuerpo, desconfianza y resentimiento hacia los adultos, y síntomas de trastorno de estrés postraumático. También pueden darse cambios en los hábitos alimentarios, como hiporexia, alimentación compulsiva, Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN).¹⁵

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por una alteración en la ingesta alimentaria y distorsión de la imagen corporal, y suelen conllevar repercusiones físicas, psicológicas y de funcionamiento. De acuerdo a los manuales diagnósticos del CIE-10 y el DSM-5, los trastornos de la conducta alimentaria incluyen: AN, BN, trastorno por atracón (TA) y otros trastornos especificados y no especificados.^{1, 16}

La prevalencia mundial de estos trastornos es del 1% al 3% en población no clínica, siendo superior en países con mayores ingresos, especialmente en los países occidentales. La prevalencia también es mayor en mujeres, así como en jóvenes y adolescentes.¹⁷

La patología alimentaria tiene una etiología multifactorial. En el comportamiento alimentario de una persona intervienen factores individuales (tales como aspectos demográficos y psicosociales), factores interpersonales, el entorno del individuo, sectores de influencia (medios de comunicación, cirugía estética, moda, etc.), así como el contexto sociocultural (valores y normas sociales y culturales). Esta etiología multicausal es defendida por otras posiciones teóricas, como la psicopatología del desarrollo, que sugieren que los trastornos alimentarios se deben a factores genéticos, psicológicos, neuroendocrinos, socioculturales y familiares.¹⁸

ABUSO SEXUAL INFANTIL Y ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En la década de los noventa, se empezó a estudiar la posibilidad de que el ASI fuera un factor de riesgo para los TCA.¹⁹ Varios estudios han demostrado una relación entre experiencias traumáticas como el maltrato infantil, el abuso sexual y el desarrollo de trastornos alimentarios, los más significativos se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Estudios sobre trastornos alimentarios y abuso sexual

Autor/es	Año de publicación/ Tipo de estudio	Resultados
Wonderlich et al.	2001, Estudio de casos y controles.	Las adolescentes con abuso sexual tenían niveles más altos de insatisfacción con su peso corporal, conductas alimentarias purgativas y restrictivas. Las niñas maltratadas fueron menos propensas a exhibir tendencias perfeccionistas, pero tenían más probabilidad de desear cuerpos más delgados. ²⁰
Vázquez A et al	2006, Estudio de cohortes transversal	Los atracones funcionan a modo de compensación y permiten reducir el reconocimiento de estados mentales cognitivos dolorosos, dificultando el descubrimiento de emociones y su descripción. ²¹
Sanci et al.	2008, Estudios de cohortes longitudinal	Encontró que la incidencia del síndrome bulímico durante la adolescencia fue 2.5 veces mayor entre las mujeres que

		reportaron un episodio de abuso sexual y 4.9 veces mayor entre las que reportaron dos o más episodios de abuso sexual, en comparación con las mujeres que no informaron episodios. ²²
--	--	--

Se ha calculado que alrededor del 30% de los pacientes con trastornos alimentarios han sido abusados sexualmente en niñez, principalmente aquellos que sufren de bulimia nerviosa y trastorno por atracón.²³

Además de las alteraciones de conductas alimentarias, trastornos psicológicos, cambios de peso y trastornos sociales que caracterizan a este grupo de síndromes, las alteraciones de la conducta alimentaria tienen una influencia significativa en la calidad de vida y la función social aumentan complicaciones somáticas graves que pueden causar mayor riesgo de suicidio, y aumentan las tasas de mortalidad, especialmente en la anorexia nerviosa. Sin embargo, aunque la AN presenta mayor tasa de mortalidad, la prevalencia de por vida es más alta en BN que en AN.²⁴

INTELIGENCIA EMOCIONAL

Se ha investigado la hipótesis de que las personas que son capaces de expresar, comprender y regular sus emociones tienen una mejor adaptación psicológica y social. Una definición comúnmente aceptada y citada es la del modelo de habilidades de Mayer y Salovey, que describe la Inteligencia Emocional (IE) como la habilidad de percibir, entender y expresar emociones de manera apropiada, y de regular las emociones para fomentar el crecimiento emocional e intelectual.²⁵

Al ayudar a moderar las reacciones emocionales ante situaciones estresantes, la inteligencia emocional puede influir en el bienestar subjetivo de las personas. Sin embargo, algunos han cuestionado la validez del concepto de inteligencia emocional debido a las múltiples definiciones existentes.²⁶

En la última década, una emergente línea de investigación evidencia la estrecha relación existente entre la IE y los síntomas de TCA, encontrándose una asociación entre los estados emocionales y la satisfacción corporal en niñas adolescentes.²⁷ En este contexto, las investigaciones coinciden en que el concepto de inteligencia es capaz de capturar de manera integral la forma en que los individuos procesan la información emocional y se comportan de manera altamente emocional.²⁸ Las personas con una puntuación más baja en inteligencia emocional es más probable que participe en estrategias de regulación emocional desadaptativas, como conducta alimentaria desordenada.²⁹

Un número creciente de estudios confirma la relación entre la inteligencia emocional, la imagen corporal y los síntomas de los trastornos alimentarios. Además, la evidencia sugiere que un aumento en la inteligencia emocional se relaciona con una disminución en los costos de atención médica, especialmente en aquellos con niveles educativos bajos.³⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Diversos estudios han analizado los factores de riesgo para el desarrollo de TCA, dentro de los cuales se ha encontrado la relevancia del antecedente de ASI.²⁹ Sin embargo, a pesar de la creciente literatura que subraya el importante papel que podrían tener la Inteligencia Emocional y los TCA, poco se ha investigado el papel del abuso sexual en esta población, este hecho es alarmante, debido a que se está produciendo un incremento significativo del número de diagnósticos de trastorno de la conducta alimentaria en edades inferiores a los 18 años.

La siguiente tesis de investigación tiene como finalidad contribuir a la base teórica existente para la comprensión de las alteraciones de la conducta alimentaria en una institución dedicada a la salud mental y en población mexicana. Este estudio se llevó a cabo en una muestra de pacientes con antecedente de abuso sexual infantil en edades comprendidas de 12 a 15 años de edad, atendidos en la clínica del Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual (PAINAVAS), del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIJNN), con el propósito de conocer si existe una relación estadísticamente significativa entre la inteligencia emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria (ACA).

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la correlación que existe entre el nivel de inteligencia emocional y la presencia de alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedente de abuso sexual de los pacientes atendidos en la clínica de PAINAVAS?

JUSTIFICACIÓN

Recientes revisiones sistemáticas han informado que estas habilidades emocionales son factores relevantes tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de las alteraciones de la conducta alimentaria.¹⁶

Estas investigaciones brindan apoyo a las teorías que vinculan los déficits de regulación emocional con el desarrollo de TCA, lo que apunta al uso potencial de medidas de IE para identificar a las personas en riesgo de TCA. Estos hallazgos también destacan el papel de las emociones en las actitudes disfuncionales de carácter alimentario como un hallazgo importante para la prevención y el tratamiento de las alteraciones de la conducta alimentaria.³⁰

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

HIPÓTESIS

H₁: Los niveles bajos de IE en pacientes con ASI se relacionan con la presencia de ACA en población de 12 a 15 años.

H₀: Los niveles bajos de IE en pacientes con ASI no se relacionan con la presencia de ACA en población de 12 a 15 años.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo general: Analizar la relación entre la inteligencia emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes con abuso sexual infantil en población de 12 a 15 años, en el servicio de PAINAVAS, del HPIJNN.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas con respecto a los antecedentes de abuso sexual infantil, el nivel de inteligencia emocional y a la presencia de ACA.
2. Describir las características del abuso sexual (tipo de abuso, tipo de agresor).
3. Describir la frecuencia del nivel de inteligencia emocional y la presencia de alteraciones de la conducta alimentaria, relacionados con antecedentes de ASI.
4. Analizar la correlación entre las características del abuso sexual (tipo de abuso, tipo de agresor) y la presencia de ACA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño

Estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico.

Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia a los pacientes consecutivos de 12 a 15 años, que acudieron al servicio de consulta externa de PAINAVAS del HPIJNN.

Criterios de Selección

- Pacientes que fueron atendidos en la clínica de PAINAVAS.
- Los participantes y sus tutores legales autorizaron voluntariamente su participación en el estudio y dieron autorización mediante la firma de un asentimiento y consentimiento informado.
- Pacientes de 12 años a 15 años 11 meses de edad, de ambos sexos y con antecedente de abuso sexual infantil.
- Los pacientes participantes y el padre/tutor tenían la capacidad de leer y escribir sin dificultad.

Criterios de exclusión

- Paciente con diagnóstico de condición médica no psiquiátrica por la cual altere de forma considerable su conducta alimentaria (enfermedades endócrinas).
- Usuarios con diagnóstico de Discapacidad intelectual, Esquizofrenia paranoide, Episodio depresivo grave o pacientes con presencia de síntomas psicóticos.
- Mujeres en estado de gravidez durante la realización de los instrumentos de evaluación.

Criterios de eliminación

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

Variables

La siguiente tabla especifica las variables de trabajo, detallando el tipo, la clasificación, la medición y sus indicadores.

Tabla 2: *Definición y detalles de variables*

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

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CLASIFICACIÓN DE VARIABLE	MEDICIÓN	INDICADOR
Antecedente de abuso sexual infantil	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.	Independiente	Cualitativa Nominal	Expediente clínico	Sí No
Tipo de abuso sexual infantil	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.	Independiente	Cualitativa Nominal	Expediente clínico	Hostigamiento sexual Abuso sexual Estupro Violación Incesto Múltiples
Tipo de agresor	Intrafamiliar: cuando el abusador es parte de la familia de la víctima. Extrafamiliar: cuando el abuso es perpetrado por alguien ajeno a la familia de la víctima,	Independiente	Cualitativa Nominal	NA	Familiar Extrafamiliar Múltiples

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CLASIFICACIÓN DE VARIABLE	MEDICIÓN	INDICADOR
	<p>pudiendo ser un conocido o un desconocido.</p> <p>Según UNICEF. Define al tipo de agresor según el entorno donde se llevó a cabo el abuso, en 6 tipos.</p>				<p>Hogar</p> <p>Escuela</p> <p>Comunidad</p> <p>Trabajo</p> <p>Institución</p> <p>Digital</p> <p>Múltiples</p> <p>Otros</p>
Alteraciones de la conducta alimentaria (categórica)	<p>Actitudes, conductas y hábitos relacionados con la alimentación inadecuada y la imagen corporal. Se utilizó un punto de corte ≥ 20 para definir la presencia de ACA, ya que en México ese punto de corte se asocia con un riesgo de desarrollar TCA.</p>	Dependiente	Cualitativa Nominal	ChEAT	<p>Puntaje ≥ 20 en ChEAT: Presente</p> <p>Puntaje ≤ 20 en ChEAT: Ausente</p>
Inteligencia emocional (categórica)	<p>Escala rasgo de metaconocimiento emocional (TMMS-24).</p> <p>Escala autoaplicable que sirve para evaluar la inteligencia</p>	Dependiente	Cuantitativa discreta	TMMS-24	<p>Niñas De 12-13 años</p> <p>Atención emocional: <15 debe mejorar su atención</p> <p>Claridad emocional: <16 debe mejorar su claridad emocional</p> <p>Reparación emocional: <16 Debe mejorar su reparación de</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CLASIFICACIÓN DE VARIABLE	MEDICIÓN	INDICADOR
	emocional percibida en niños y adolescentes. Los autores de la escala aportan unas tablas para calcular las puntuaciones finales, con diferentes puntos de corte para hombres y para mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de estos grupos.				<p>emociones.</p> <ul style="list-style-type: none"> De 14-15 años Atención emocional: <17 debe mejorar su atención Claridad emocional: <16 debe mejorar su claridad emocional Reparación emocional: <16 Debe mejorar su reparación de emociones. <p>Niños</p> <ul style="list-style-type: none"> de 12-13 años Atención emocional: <14 debe mejorar su atención Claridad emocional: <17 debe mejorar su claridad emocional Reparación emocional: <19 Debe mejorar su reparación de emociones. <ul style="list-style-type: none"> De 14-15 años Atención emocional: <15 debe mejorar su atención Claridad emocional: <18 debe mejorar su claridad emocional Reparación emocional: <18 Debe mejorar su reparación de emociones.

Procedimiento

Se presentó la enmienda del protocolo de investigación para su revisión y aprobación por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Después que fueron obtenidas las aprobaciones de ambos comités se inició la recolección de datos (Anexo 1).

Posteriormente se realizó una revisión exhaustiva de expedientes, seleccionando a

participantes con edades de 12 años a 15 años 11 meses que contaban con los criterios de inclusión del estudio de acuerdo a la temporalidad anteriormente mencionada. Luego mediante una carta de consentimiento informado se les dio a conocer tanto a los participantes como a sus tutores de forma clara los objetivos de la investigación, los posibles riesgos implicados en la misma, y los procedimientos que se realizaron.

Posteriormente se recolectaron las características sociodemográficas y se aplicó el Test ChEAT y el TMMS-24. No se realizó interrogatorio mediante entrevista clínica con el propósito de no revictimizar a los pacientes sobre el abuso sexual. Los datos fueron registrados en una base de datos para posteriormente realiza el análisis descriptivo y correlacional.

La información recabada se capturó en un listado de pacientes en el programa Microsoft Excel para así evitar pérdidas de información. Se utilizó la herramienta SPSS-22 para la captura y análisis de datos. Se clasificaron y se dividieron las variables de acuerdo a sus características, se calcularon medidas de tendencia central, posteriormente se realizaron tablas y gráficas para presentar los resultados (Figura 1 y Tabla 3).

Figura 1: Procesos del estudio

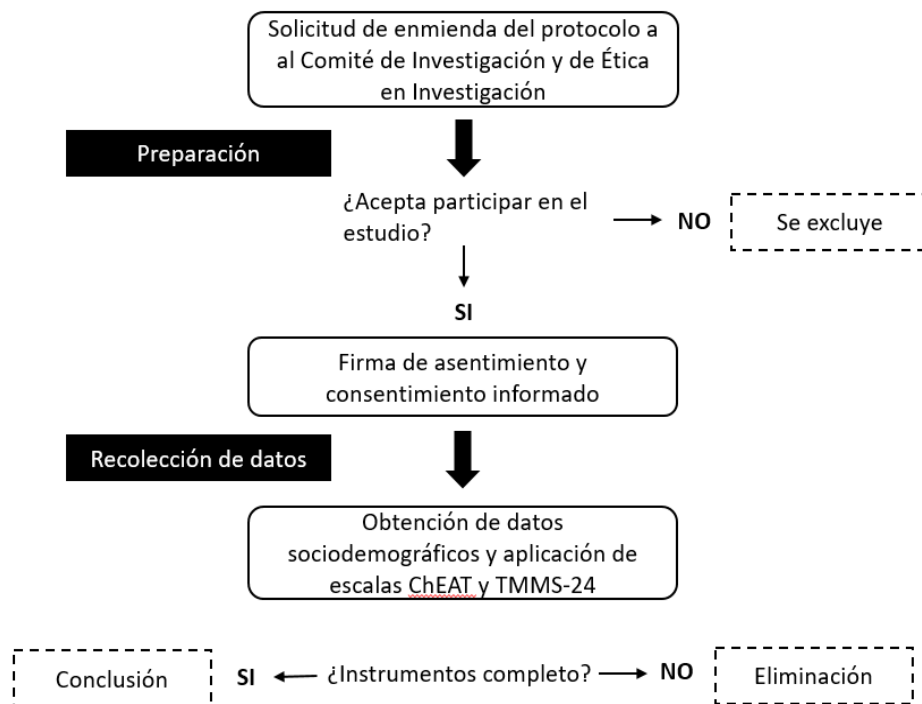


Tabla 3: Cronograma de actividades del estudio

Actividades	Marzo Abril	Mayo Junio	Julio Agosto	Septiembre Octubre	Noviembre Diciembre	Enero Febrero	Marzo Abril	Mayo Junio
Elaboración de anteproyecto de investigación								
Redacción de protocolo de tesis Recolección de datos								
Análisis estadístico de los datos obtenidos								
Redacción del trabajo final (tesis)								
Presentación del trabajo final								

Se adjuntan las cartas de aprobación del Comité de ética en investigación del Comité de investigación, en los anexos 2 y 3.

Instrumentos de medición

Trait Meta-Mood Scale versión español (TMMS 24)

- Autores: Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai.
- Idioma original y año de publicación: Inglés, 1995.
- Descripción: Esta escala sirve para evaluar la inteligencia emocional percibida. El TMMS-24 es una escala rasgo de metaconocimiento emocional. En concreto, mide las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas. Se compone de 24 ítems que deben ser puntuados con una escala tipo Likert de cinco puntos (Nada de acuerdo que se puntúa como 1, hasta totalmente de acuerdo que se puntúa como 5), los cuales se agrupan en

las siguientes dimensiones: Atención emocional que se refiere a la percepción de las propias emociones, es decir, a la capacidad para sentir y expresar las emociones de forma adecuada, claridad emocional que esta dimensión evalúa la percepción que se tiene sobre la comprensión de los propios estados emocionales y reparación emocional que mide la capacidad percibida para regular los propios estados emocionales de forma correcta.³¹

- Forma de administración: Se puede aplicar de forma individual o colectiva. Se requiere aproximadamente unos 5 minutos para su realización. Sólo se necesita papel y lápiz.
- Corrección e interpretación: deben sumarse las puntuaciones asignadas a los ítems que componen cada una de las escalas o dimensiones. Una vez calculadas estas puntuaciones directas pueden transformarse en puntuaciones baremadas (centiles) usando las tablas correspondientes al sexo y la edad del chico o chica que haya cumplimentado el cuestionario. Los autores de la escala aportan unas tablas para calcular las puntuaciones finales del sujeto en cada una de las tres dimensiones con diferentes puntos de corte para hombres y para mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de estos grupos.
- Propiedades psicométricas: La versión adaptada al español por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos en 2004 se encontró una fiabilidad de 0.90 y 0.86, con un alfa de Cronbach Total de 0.89-0.91. La escala ha sido utilizada en diferentes estudios en población mexicana, con una consistencia interna para toda la escala satisfactoria (α : 0.910).³²

Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT)

- Autores: Maloney, McGuire, Daniels, Specker.
- Idioma original y año de publicación: Inglés, 1988.
- Descripción: El ChEAT es una escala que permite evaluar los hábitos y las actitudes relacionadas con la alimentación y la imagen corporal en niños. Consta de 26 ítems, los cuales se pueden responder eligiendo entre 6 opciones de respuesta que van de siempre a nunca (escala Likert). Las respuestas se recogen en una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3. La respuesta que señala mayor sintomatología es siempre (que se puntúa con el valor 3), seguida por casi siempre (que se puntúa con el valor 2) y por muchas veces (que se puntúa con el valor 1). Las tres restantes respuestas (algunas

veces, casi nunca y nunca) se califican con el valor 0. El ítem 25 se puntúa en sentido inverso.³³

- Forma de administración: Es un instrumento autoaplicado. Se requiere aproximadamente 10 minutos para llevarse a cabo. Sólo se necesita papel y lápiz.
- Corrección e interpretación: La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 78. Se establece que el punto de corte es de 20 puntos, indicando que quienes posean un puntaje igual o superior al señalado podrían estar en riesgo de desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria.
- Propiedades psicométricas: En su versión original se encontró una validez interna adecuada de 0.76 y una correlación test-retest de 0.81 en una muestra de niños y adolescentes de 8 a 13 años de edad. En una validación realizada por Smolak y Levine (1993) se encontró una alfa de Cronbach de 0.87 la cual se incrementó a 0.89 cuando se eliminaron tres ítems con correlaciones menores a 0.30 (ítems 13, 19 y 25).³⁴ En México, Escoto encontró una consistencia interna satisfactoria con un alfa de Cronbach de 0.92 en una muestra de adolescentes. Estos estudios sugieren que la versión en español de la ChEAT tiene una buena fiabilidad y puede ser una herramienta útil para identificar el riesgo de trastornos alimentarios en poblaciones de habla hispana.³⁵

Análisis estadístico

Los datos obtenidos se concentraron en una hoja de cálculo creada en el programa Excel versión 16.0 de Microsoft Windows, para posteriormente ser exportada al programa estadístico informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS), desarrollado por la empresa IBM.

Primero se determinó la forma de distribución por medio de la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnof. Posteriormente se realizó el análisis estadístico descriptivo y se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para asociar las variables nominales de la Escala de Inteligencia emocional (TMMS-24) y las puntuaciones del Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT).

Consideraciones éticas

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

Para mayor claridad se cita a continuación el artículo 17 del reglamento mencionado, que refiere lo siguiente:

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

Nivel I.- Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo 27 de 450 ml en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento”.

Se aplicó Consentimiento y Asentimiento informado, respetándose a los participantes que no quisieron participar en el siguiente estudio. La información obtenida en este protocolo fue utilizada únicamente para fines de investigación, los datos personales no fueron de uso del dominio público y se recabaron con total secrecía de la identidad del participante.

La información quedó resguardada por el encargado de la investigación y fue absolutamente confidencial. Se aseguró que en ninguna publicación que resulte de dicha investigación se diera a conocer la identidad de los participantes.

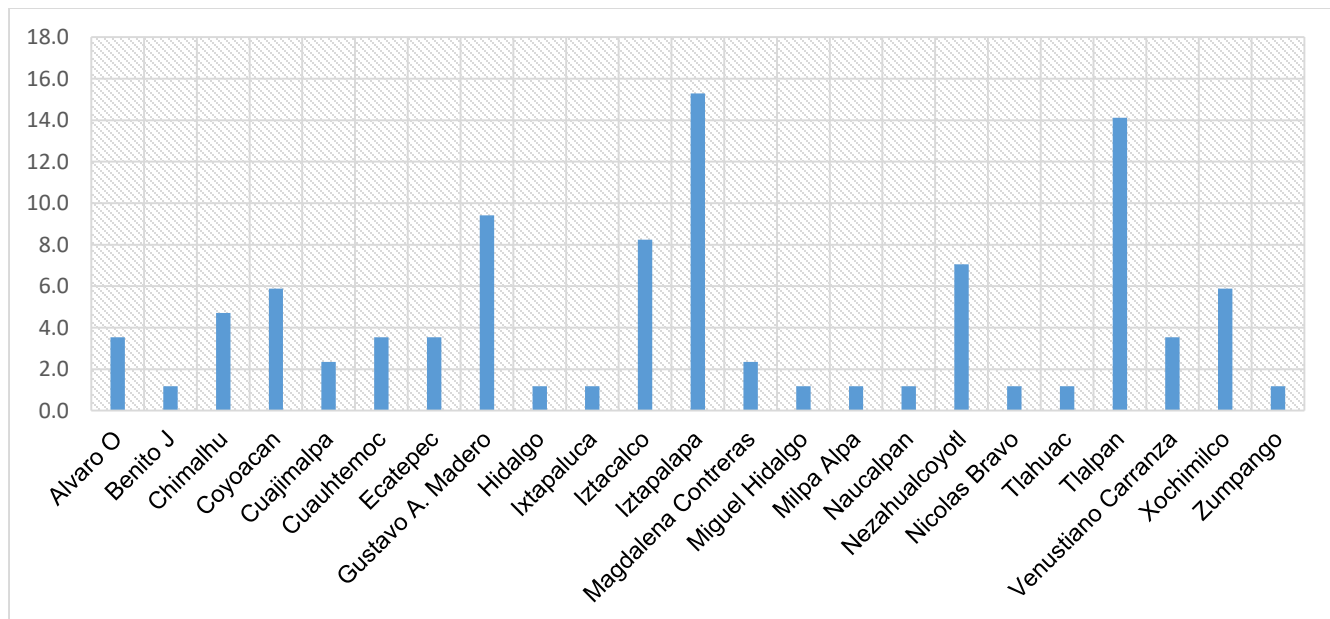
RESULTADOS

En el presente estudio, se incluyó a una muestra de 85 pacientes que habían sufrido abuso sexual infantil, de los cuales el 90.6% (n=77) eran mujeres y el 9.4% (n=8) eran hombres, con una edad media de 13.76 años (DE 1.12).

Información sociodemográfica

Respecto a la escolaridad, el 3.1% (n=3) estudiaban en primaria, el 69.4% (n=59) en secundaria y el 27.1% (n=23) en preparatoria, todos ellos solteros. Se destaca que el 100% de los pacientes contaban con servicios básicos de urbanización. En cuanto al lugar de residencia, el 47% de los participantes vivían en las alcaldías de Iztapalapa, Tlalpan, Iztacalco y Gustavo A. Madero; el 31.7% en el resto de las alcaldías de la Ciudad de México; y el 20.1% en el Estado de México. (Gráfica 1).

Gráfica 1: Lugar de residencia



En relación a la estructura familiar, el 35.3% (n=30) provenían de una familia extendida, el 31.8% (n=27) de una familia monoparental, el 17.6% (n=15) de una familia nuclear, el 12.9% (n=11) de una familia reconstituida y el 2.4% (n=2) vivían en una casa hogar.

Igualmente se recabó información con respecto al nivel de escolarización de los padres, la escolaridad materna el 1.2% no sabe leer o escribir, el 1.2% sabe leer y escribir, el 8.2% terminó la primaria, 36.5% la secundaria, 20% la preparatoria, 15.3% licenciatura, 11.8% carrera técnica, 1.2% realizó estudios de posgrado y 4.2% se desconoce información relacionada por falta de contacto con el paciente.

En cuanto a la escolaridad de los padres 1.2% no sabe leer o escribir, 1.2% aprendió a leer y escribir, 11.8% estudió únicamente la primaria, 37.6% secundaria, 12.9 preparatoria, 9.4 % licenciatura, 2.4% carrera técnica y 23.5% se desconoce información por parte del informante.

También se indagó información acerca de la ocupación, las madres de los participantes el 67.1% desempeñaban un empleo, 30.6% estaba desempleada en ese momento y del 2.4% se desconocía ya que no mantienen contacto con el menor. En cuanto a los padres el 67.1% tenían una ocupación, 1.2% no tenían empleo, 1.2% ya había fallecido, 1.2% estaba en el reclusorio y del 28 % se desconocía detalles dado que no tienen contacto con el menor.

Descripción del abuso sexual

Se identificó que el 37.6% (n=32) de los participantes tuvo solamente abuso sexual como forma de agresión y el 62.4% (n=53) fue receptor de abuso sexual en conjunto con otros tipos de abuso.

Cabe destacar que el grupo conformado por participantes de 14 años presentó de manera predominante sólo abuso sexual 50% y el 38.36% presentó abuso sexual y violación. La distribución de edad y sexo de los participantes se presenta en las tablas 4 y 5 del estudio.

Tabla 4: Distribución por edades de acuerdo al tipo de abuso sexual

TIPO DE ABUSO	EDAD (AÑOS)									
	12		13		14		15		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Abuso sexual	7	41.18	4	28.57	13	50.00	8	28.57	32	37.65
Sexual, Violación	5	29.41	4	28.57	10	38.46	9	32.14	28	32.94
Sexual, Hostigamiento	3	17.65	1	7.14	1	3.85	3	10.71	8	9.41
Sexual, Violación, Incesto	1	5.88	2	14.29	2	7.69	2	7.14	7	8.24
Sexual, Incesto	1	5.88	1	7.14	0	0.00	1	3.57	3	3.53
Sexual, Incesto, Hostigamiento	0	0.00	1	7.14	0	0.00	1	3.57	2	2.35
Sexual, Violación, Hostigamiento	0	0.00	1	7.14	0	0.00	3	10.71	4	4.71
Sexual, Violación, Incesto, Hostigamiento	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	3.57	1	1.18
Total	17	100.00	14	100.00	26	100.00	28	100.00	85	100.00

*Nota: N=85 participantes en total.

Tabla 5: Distribución por sexo de acuerdo al tipo de abuso sexual

TIPO DE ABUSO	SEXO				Total	
	M		H			
	N	%	n	%	n	%
Sexual	30	38.96	2	25.00	32	37.65
Sexual, Hostigamiento	7	9.09	1	12.50	8	9.41
Sexual, Incesto	3	3.90	0	0.00	3	3.53
Sexual, Incesto, Hostigamiento	2	2.60	0	0.00	2	2.35
Sexual, Violación	25	32.47	3	37.50	28	32.94
Sexual, Violación, Hostigamiento	4	5.19	0	0.00	4	4.71
Sexual, Violación, Incesto	5	6.49	2	25.00	7	8.24
Sexual, Violación, Incesto, Hostigamiento	1	1.30	0	0.00	1	1.18
Total	77	100.00	8	100.00	85	100.00

*Nota: M=Mujeres, H=Hombres. N de mujeres=77, N de hombres=8

En cuanto al presunto agresor sexual, se encontró que el 52.9% (n=45) fue extrafamiliar, el 47.1% (n=40) se trató de un familiar. Al analizar más a fondo se obtuvo que el 31.8% (n=27) de los participantes había sufrido abuso sexual por un conocido, el 15.3% (n= 13) por un primo, 10.6 % (n=10.6%) por el padrastro, 9.4% (n=8) por el padre, 9.4% (n=8) por un desconocido, 9.4% (n=8) por múltiples personas, 7.1% por algún tío (n=6), 3.5% (n=3) por un abuelo y el 1.2% (n=1) por un hermano.

Resultados de la ChEAT y la TMMS-24

Se recopilaron y se analizaron los resultados de las escalas ChEAT y TMMS-24. En cuanto a los resultados de la ChEAT se encontró que el 64.7% (n=55) podrían estar en riesgo de presentar algún trastorno de la conducta alimentaria, mientras que el 35.3% (n=30) tenía un riesgo mínimo o ausente. En las tablas 6 y 7 se presentan la distribución por edades y sexo.

Tabla 6: Resultados de la escala ChEAT de acuerdo a sexo

ChEAT	M		H		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	26	33.77	4	50.00	30	35.29
Presente	51	66.23	4	50.00	55	64.71
Total	77	100.00	8	100.00	85	100.00

*Nota: M=Mujeres, H=Hombres. N de mujeres=77, N de hombres=8

Tabla 7: Resultados de la escala ChEAT de acuerdo a edad

ChEAT	EDAD (AÑOS)								Total	
	12		13		14		15			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausente	5	29.41	8	57.14	7	26.92	10	35.71	30	35.29
Presente	12	70.59	6	42.86	19	73.08	18	64.29	55	64.71
Total	17	100.00	14	100.00	26	100.00	28	100.00	85	100.00

*Nota: N=85 participantes en total.

Los resultados de la escala TMMS-24 se dividieron en tres grupos; el primero se relacionó con la atención emocional, el segundo grupo con la claridad emocional y un tercero con la reparación de emociones, que se describe a continuación: el 23.5% (n=20) tuvo una adecuada percepción de sus emociones, el 29.4% (n=25) presta demasiada atención y el 47.1% (n=40) presta poca atención. El 3.5% (n=3) tuvo una adecuada claridad emocional, el 67.1% (n=57) debía mejorarla y el 29.4% (n=25) tuvo una adecuada comprensión de sus emociones. El 3.5% (n=3) tuvo una adecuada reparación de emociones, un 49.4% (n=42) debe mejorarla y el 47.1% (n=40) presentó una excelente regulación emocional. En las tablas 8 y 9 se describen la distribución con respecto a la edad y sexo.

Tabla 8: Resultados de la escala TMMS-24 de acuerdo a edad.

		EDAD (años)									
		12		13		14		15		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Categoría Atención	Adecuada atención	3	17.65	3	21.43	9	36.00	5	17.24	20	23.53
	Presta demasiada atención	4	23.53	6	42.86	7	28.00	8	27.59	25	29.41
	Presta poca atención	10	58.82	5	35.71	9	36.00	16	55.17	40	47.06
	Total	17	100.00	14	100.00	25	100.00	29	100.00	85	100.00
Categoría Claridad	Adecuada claridad	0	0.00	0	0.00	1	4.00	2	6.90	3	3.53
	Debe mejorar claridad	11	64.71	8	57.14	18	72.00	20	68.97	57	67.06
	Excelente claridad	6	35.29	6	42.86	6	24.00	7	24.14	25	29.41
	Total	17	100.00	14	100.00	25	100.00	29	100.00	85	100.00
Categoría Reparación	Adecuada reparación	1	5.88	1	7.14	0	0.00	1	3.45	3	3.53
	Debe mejorar reparación	7	41.18	8	57.14	11	44.00	16	55.17	42	49.41
	Excelente reparación	9	52.94	5	35.71	14	56.00	12	41.38	40	47.06
	Total	17	100.00	14	100.00	25	100.00	29	100.00	85	100.00

**Nota: N=85 participantes en total.*

Tabla 9: Resultados de la escala TMMS-24 de acuerdo a sexo.

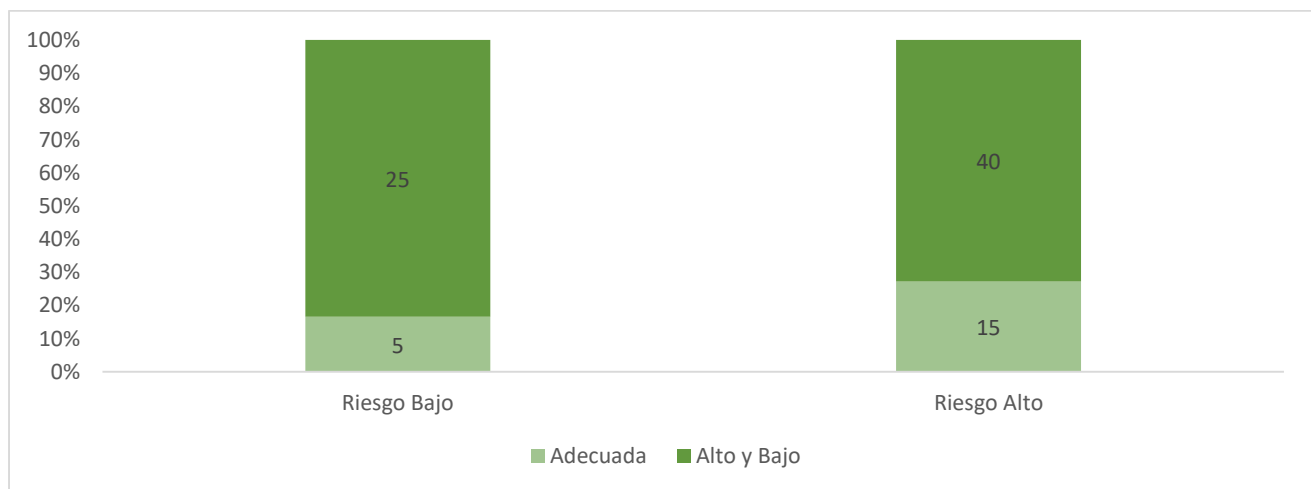
		M		H		Total	
		n	%	n	%	n	%
Categoría Atención	Adecuada atención	18	23.38	2	25.00	20	23.53
	Presta demasiada atención	23	29.87	2	25.00	25	29.41
	Presta poca atención	36	46.75	4	50.00	40	47.06
Total		77	100.00	8	100.00	85	100.00
Categoría Claridad	Adecuada claridad	3	3.90	0	0.00	3	3.53
	Debe mejorar claridad	50	64.94	7	87.50	57	67.06
	Excelente claridad	24	31.17	1	12.50	25	29.41
Total		77	100.00	8	100.00	85	100.00
Categoría Reparación	Adecuada reparación	3	3.90	0	0.00	3	3.53
	Debe mejorar reparación	37	48.05	5	62.50	42	49.41
	Excelente reparación	37	48.05	3	37.50	40	47.06
Total		77	100.00	8	100.00	85	100.00

***Nota:** M=Mujeres, H=Hombres. N de mujeres=77, N de hombres=8

Se dividieron los participantes en dos grupos: aquellos con un riesgo alto de presentar alteraciones de la conducta alimentaria (n=55) y aquellos con un riesgo bajo (n=30). En ambos grupos se evaluaron los niveles de inteligencia emocional, lo cual se detalla a continuación:

Atención emocional: En el grupo de riesgo bajo para alteraciones de la conducta alimentaria (n= 30), el 16% (n=) obtuvo adecuados niveles de atención emocional y el 84% (n=25) tuvo inadecuados niveles de atención emocional. El grupo con riesgo alto de alteraciones de la conducta alimentaria se obtuvo que el 27% (n=15) presentó adecuados niveles de atención emocional, mientras que el 73%(n=40) presentó inadecuados niveles de atención emocional. Los resultados se encuentran en la gráfica 2.

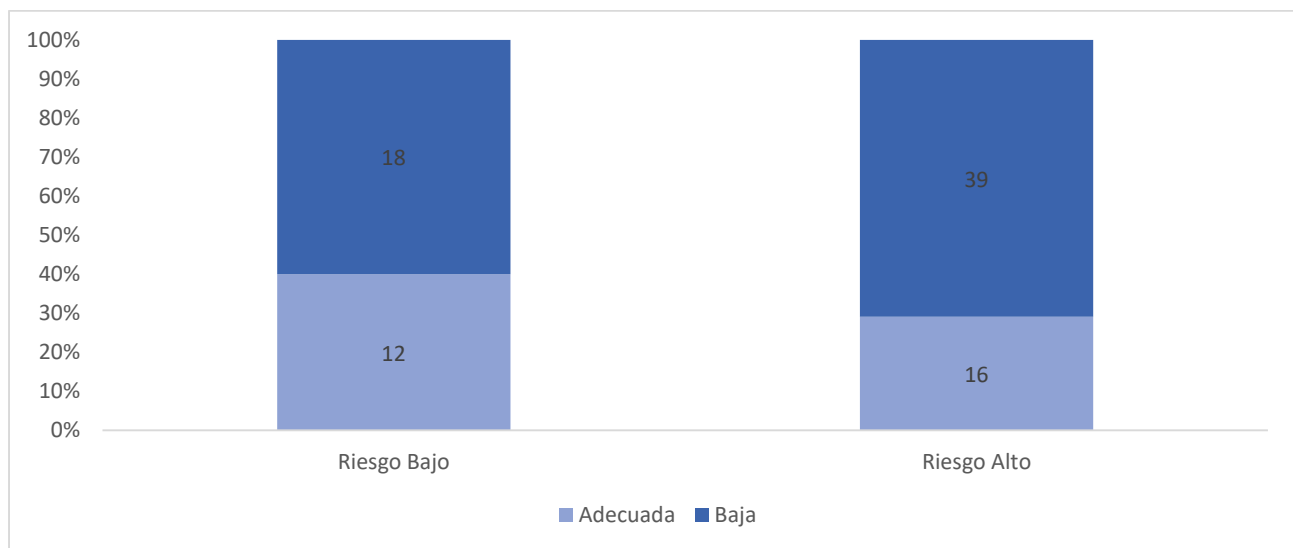
Gráfica 2: Características de la Atención Emocional por Grupos de riesgo alto y bajo de alteraciones de la conducta alimentaria.



Nota: Adecuada= Atención adecuada en el TMMS-24. Alto y Bajo= Presta demasiada y Presta poca atención en el TMMS-24.

Claridad emocional: En el grupo de riesgo bajo para alteraciones de la conducta alimentaria (n= 30), el 40% (n=12) obtuvo adecuados niveles de claridad emocional y el 60% (n=18) tuvo inadecuados niveles de atención emocional. El grupo con riesgo alto de alteraciones de la conducta alimentaria se obtuvo que el 29% (n=16) presentó adecuados niveles de atención emocional, mientras que el 71% (n=39) presentó bajos niveles de atención emocional. Los resultados se encuentran en la gráfica 3.

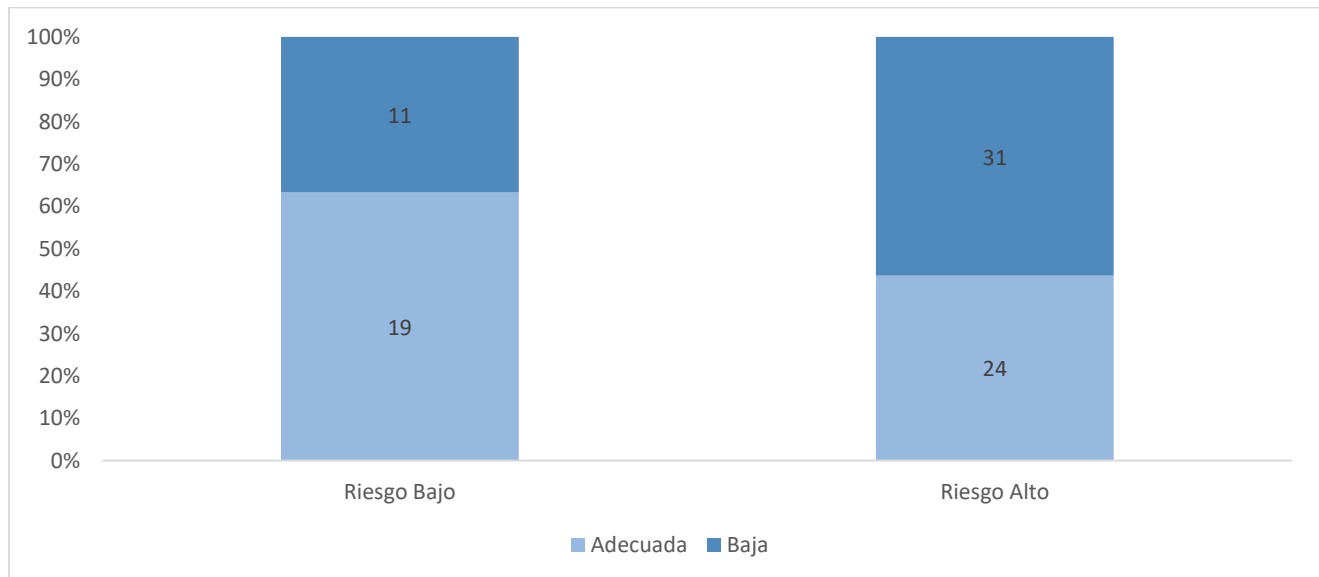
Gráfica 3: *Características de la Claridad Emocional por Grupos de riesgo alto y bajo de alteraciones de la conducta alimentaria*



Nota: Adecuada= Claridad adecuada en el TMMS-24. Bajo= Debe mejorar claridad emocional en el TMMS-24.

Reparación emocional: En el grupo de riesgo bajo para alteraciones de la conducta alimentaria (n= 30), el 63% (n=19) obtuvo adecuados niveles de claridad emocional y el 36% (n=11) tuvo inadecuados niveles de atención emocional. El grupo con riesgo alto de alteraciones de la conducta alimentaria se obtuvo que el 43% (n=24) presentó adecuados niveles de atención emocional, mientras que el 56% (n=31) presentó inadecuados niveles de atención emocional. Los resultados se encuentran en la gráfica 4.

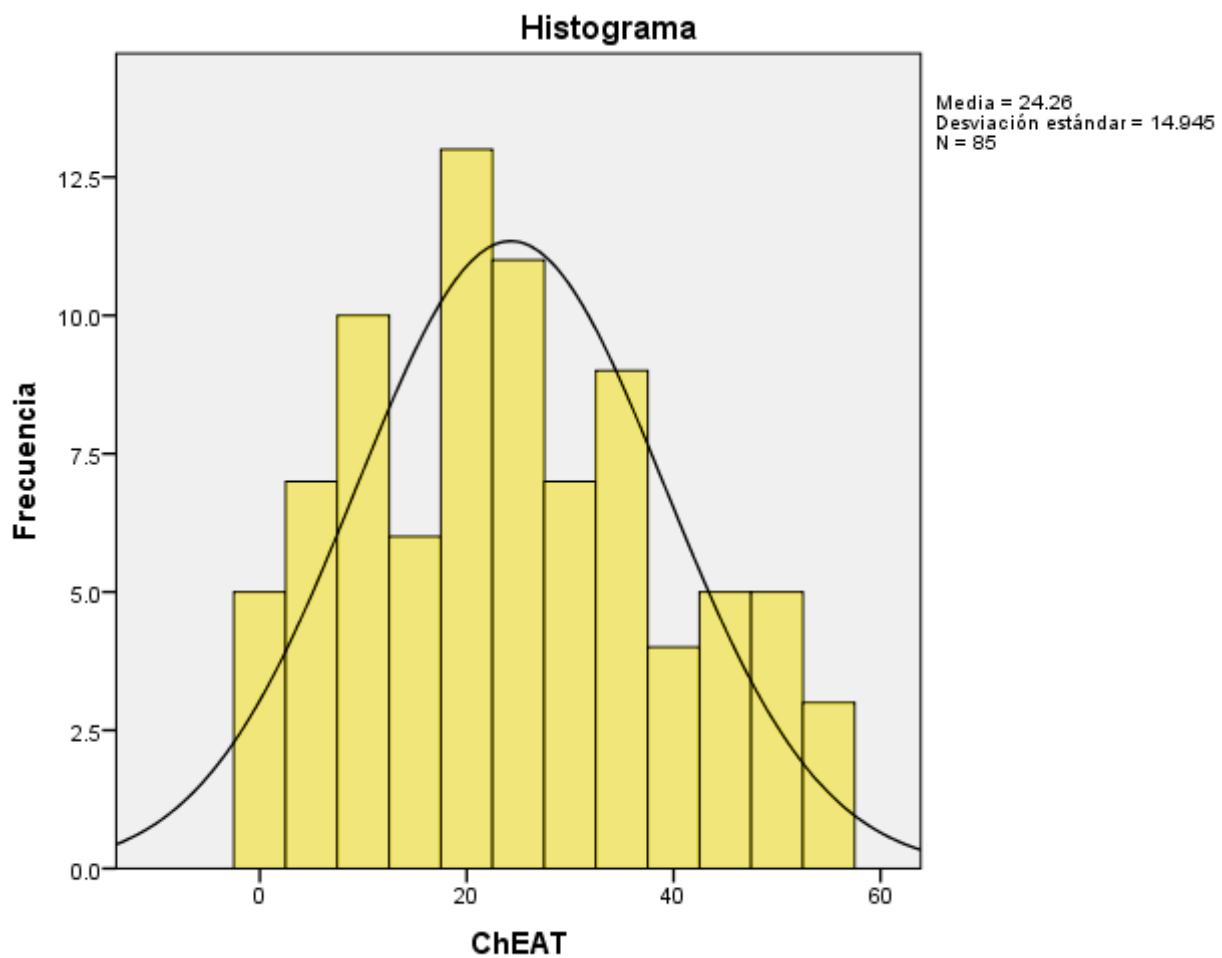
Gráfica 4: *Características de la Reparación Emocional por Grupos de riesgo alto y bajo de alteraciones de la conducta alimentaria*



Nota: Adecuada= Reparación adecuada en el TMMS-24. Bajo= Debe mejorar reparación emocional en el TMMS-24.

Los puntajes de ChEAT, el instrumento que describe las alteraciones de la conducta alimentaria, poseen una distribución normal en la población estudiada. Para concluir que la distribución es normal se obtuvieron los datos de la prueba de asimetría, donde se obtuvo un valor de 0.285, señalando una distribución simétrica y de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, elegida porque el estudio tiene 85 participantes y con el valor de $p=0.200$ (Gráfica 5).

Gráfica 5: Histograma de la distribución de los puntajes de ChEAT.



Igualmente se exploró la posible correlación entre los niveles de inteligencia emocional y las alteraciones en la conducta alimentaria. Los resultados indicaron que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los niveles de atención emocional y el riesgo de alteraciones de la conducta alimentaria ($p=0.271$). Tampoco se encontró correlación entre los

niveles de claridad emocional ($p=0.306$), reparación emocional ($p= 0.083$) y el riesgo de alteraciones de la conducta alimentaria. (Se muestran los resultados en la tabla 10).

Tabla 10: Asociación entre inteligencia emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria

	Riesgo de alteraciones de la conducta alimentaria				
	Bajo (n = 30)		Alto (n = 55)		P
	n	%	n	%	
Atención emocional					
Adecuada	5	16.67	15	27.27	0.271
Inadecuada	25	83.33	40	72.73	
Claridad emocional					
Adecuada	12	40.00	16	29.09	0.306
Baja	18	60.00	39	70.91	
Reparación emocional					
Adecuada	19	63.33	24	43.64	0.083
Baja	11	36.67	31	56.36	

Nota: En los parámetros atención, claridad y reparación emocional los valores no deseados son los altos y bajo por lo que se agruparon en uno solo. P= obtenida de la X^2 Pearson.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente tesis fue analizar la relación entre la inteligencia emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes con abuso sexual infantil en población de 12 a 15 años, en el servicio de PAINAVAS, del HPIJNN. Los principales resultados fueron los siguientes:

El total de la muestra (n=85) había sufrido algún tipo de ASI, de los cuales el 90.6% (n=77) eran mujeres y el 9.4% (n=8) eran hombres. A pesar que la prevalencia exacta del abuso ASI en México es difícil de determinar debido a la falta de denuncias y el estigma asociado, se ha estimado que 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declararon haber sufrido abuso sexual durante la infancia.³ Con respecto a la edad, se encontró que los participantes tuvieron una edad media de 13.76 años (DE 1.12). Previamente se ha identificado que el abuso sexual infantil puede ocurrir en niños y niñas de todas las edades, desde la primera infancia hasta la adolescencia. Sin embargo, se ha observado que la mayoría de los casos ocurren en la etapa de la niñez temprana y la adolescencia.^{1, 36}

En cuanto al lugar de residencia, el 47% de los participantes vivían en las alcaldías de Iztapalapa, Tlalpan, Iztacalco y Gustavo A. Madero; el 31.7% en el resto de las alcaldías de la Ciudad de México; y el 20.1% en el Estado de México. La relación entre la ubicación geográfica y el ASI es un tema complejo y multifactorial, en las que puede influir la cultura, los niveles de pobreza y la disponibilidad de recursos y servicios. Aunque no existe una relación directa, se han observado algunas tendencias y factores asociados que pueden variar en diferentes contextos. Algunas culturas pueden tener una mayor tolerancia o aceptación del abuso sexual, mientras que otras pueden tener normas y valores más protectores de los derechos de los niños. Estas diferencias culturales pueden influir en la prevalencia y percepción del abuso sexual infantil en diferentes regiones.³⁷ Igualmente se ha identificado que las áreas con altos niveles de pobreza, desempleo y falta de acceso a servicios sociales son propensas a situaciones de violencia, esto es respaldado con la información brindada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, que describe que las entidades que mostraron aumento en el índice de pobreza de 2018 a 2020 fueron Durango (5.7% a 5.9%) y Ciudad de México (2.9% a 3.1%).³⁸ No obstante, debe estudiarse más a fondo como estos factores afectan a la incidencia de ASI debido a la presencia de factores de estrés y

vulnerabilidad.

En relación al presunto agresor sexual, se encontró que el 52.9% fue extrafamiliar, el 47.1% (n=40) se trató de un familiar. Se ha identificado que el agresor sexual en casos de ASI puede presentar una amplia variedad de características y perfiles. Es importante tener en cuenta que no existe un único perfil de agresor, ya que pueden provenir de diferentes entornos, edades, géneros y relaciones con la víctima. Sin embargo, hay algunos patrones y características comunes que se han identificado en estudios e investigaciones sobre el tema. En muchos casos de abuso sexual infantil, el agresor es una persona conocida y cercana a la víctima, como un miembro de la familia, un pariente, un amigo de la familia, un maestro, un entrenador deportivo u otra figura de confianza. Sin embargo, también puede haber casos en los que el agresor sea un extraño.^{6,7}

En cuanto a los resultados de la ChEAT se encontró que el 64.7% podría estar en riesgo de presentar algún trastorno de la conducta alimentaria, mientras que el 35.3% tenía un riesgo mínimo o ausente. La relación entre el ASI y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes ha sido objeto de estudio en la literatura científica, ya que varios estudios han demostrado una asociación significativa con los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, en adolescentes, evidenciándose que el ASI puede actuar como un factor de riesgo importante para el desarrollo de estas alteraciones.^{20, 21, 22}

El ASI puede tener un impacto negativo en la autoestima y la imagen corporal de los adolescentes, lo que a su vez puede contribuir al desarrollo de trastornos alimentarios. Los adolescentes que han experimentado este tipo de estresores pueden tener una percepción distorsionada de su cuerpo y pueden utilizar conductas alimentarias restrictivas o purgativas como una forma de control o manejo de sus emociones.³⁹

También se ha estudiado que las alteraciones de la conducta alimentaria cambian con la edad porque las personas tienen diferentes objetivos de vida en diferentes etapas, por ejemplo, a medida que envejecen, las personas se enfocan en diferentes cosas, como la familia y la carrera, en lugar de su forma física.⁴⁰

Diferentes estudios evidencian sobre las diferencias de género en las ACA. Los estudios han demostrado que las mujeres tienen más probabilidades de verse afectadas por las ACA que los hombres, lo que representa el 90 % de las personas con ACA. La prevalencia de atracones y trastornos alimentarios compulsivos fue mucho mayor en mujeres que en hombres. Estas diferencias en la expresión de género de las ACA pueden surgir de factores fisiológicos, como la función hipotalámica-pituitaria-gonadal, o de algunos factores psicológicos, como la percepción de la imagen corporal. ^{41,42}

Es importante destacar que no todos los adolescentes que han experimentado ASI desarrollarán trastornos alimentarios. La relación entre el ASI y las alteraciones de la conducta alimentaria es compleja y multifactorial, influida por una combinación de factores individuales, familiares y sociales. ¹⁸

Este estudio analizó la asociación entre IE y las ACA, obteniéndose que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los niveles de atención ($p=0.271$), claridad ($p=0.306$) y reparación emocional ($p=0.083$). Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos resultados son específicos de este estudio y pueden no ser generalizables a toda la población, ya que se ha estudiado que existe una mayor probabilidad de que las personas con una puntuación más baja en IE participen en estrategias de regulación emocional desadaptativas, como son los TCA. ²⁹

Igualmente se investigó en un adolescentes con IE baja, a pesar no tenían antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria, sus actitudes hacia la alimentación también podían ser poco saludables, lo que puede conducir a su presencia posterior (por ejemplo, comer con actitudes desordenadas). ⁴³

Mientras que algunos estudios afirman que la IE está fuertemente asociada con conductas alimentarias desordenadas, otros han mostrado resultados diferentes. Por ejemplo, los resultados de una encuesta en línea en Israel no mostraron correlación entre la IE y los atracones. ⁴⁴ Otro estudio entre estudiantes universitarios norteamericanos también encontró que la IE no estaba asociada con la restricción dietética. ⁴⁵ Además, incluso existen estudios

que muestran una relación positiva entre las conductas alimentarias desordenadas y la IE. Por ejemplo, en un estudio realizado en Taiwán, se encontró que las actitudes y comportamientos alimentarios desordenados se asociaron positivamente con la IE.⁴⁶

Esto sugiere la presencia de otros factores intermediarios que juegan un papel en el desarrollo y la gravedad de las ACA, como otro tipo de experiencias traumáticas (abuso físico, emocional y negligencia).¹⁹

No se obtuvo información específica sobre la edad en la que ocurrió el abuso sexual ni sobre su duración. Sin embargo, se encontró que durante la etapa de la adolescencia, las mujeres que experimentaron al menos un episodio de abuso sexual tenían 2.5 veces más probabilidades de desarrollar el síndrome bulímico. Además, aquellas que reportaron dos o más episodios de abuso sexual tenían 4.9 veces más probabilidades en comparación con las mujeres que no informaron ningún episodio de abuso.²² Estos hallazgos sugieren la necesidad de investigaciones futuras que indaguen más en profundidad sobre estas variables para comprender mejor su relación con el desarrollo de ACA.

CONCLUSIONES

1. Se analizó la relación entre la inteligencia emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria en pacientes con abuso sexual infantil en población de 12 a 15 años, en el servicio de PAINAVAS, del HPIJNN. Los resultados indicaron que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los niveles de atención emocional y el riesgo de alteraciones de la conducta alimentaria ($p=0.271$). Tampoco se encontró asociación entre los niveles de claridad emocional ($p=0.306$), reparación emocional ($p=0.083$) y el riesgo de alteraciones de la conducta alimentaria. Esto sugiere la existencia de otros factores mediadores que intervienen en el desarrollo y severidad de dichas alteraciones.
2. Se describieron las características sociodemográficas de los participantes. En cuanto a la escolaridad, el 3.1% ($n=3$) estudiaban en primaria, el 69.4% ($n=59$) en secundaria y el 27.1% ($n=23$) en preparatoria, todos ellos solteros. Se destaca que el 100% de los pacientes contaban con servicios básicos de urbanización. En cuanto al lugar de residencia, el 47% de los participantes vivían en las alcaldías de Iztapalapa, Tlalpan, Iztacalco y Gustavo A. Madero; el 31.7% en el resto de las alcaldías de la Ciudad de México; y el 20.1% en el Estado de México. En relación a la estructura familiar, el 35.3% ($n=30$) provenían de una familia extendida, el 31.8% ($n=27$) de una familia monoparental, el 17.6% ($n=15$) de una familia nuclear, el 12.9% ($n=11$) de una familia reconstituida y el 2.4% ($n=2$) vivían en una casa hogar.
3. Se describieron las características del abuso sexual en los participantes. Se identificó que el 37.6% ($n=32$) de los participantes tuvo solamente abuso sexual como forma de agresión y el 62.4% ($n=53$) fue receptor de abuso sexual en conjunto con otros tipos de abuso. En cuanto al presunto agresor sexual, se encontró que el 52.9% ($n=45$) fue extrafamiliar, el 47.1% ($n=40$) se trató de un familiar. Si bien la ASI es un factor inespecífico para el desarrollo de trastornos mentales, constituye un importante fenómeno predisponente, desencadenante y perpetuador de la aparición de las alteraciones de la conducta alimentaria.

4. De acuerdo a los resultados de la ChEAT se encontró que el 64.7% de los participantes presentaba un posible riesgo de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria, mientras que el 35.3% mostraba un riesgo mínimo o nulo.
5. Se obtuvo que los pacientes con riesgo de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria tenían niveles más bajos de atención, claridad y reparación emocional, lo cual concuerda con la información brindada por otros estudios.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

- En cuanto a la relación entre el nivel de inteligencia emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedentes de abuso sexual, la investigación es escasa. Esto podría ser debido a la complejidad de la temática y la falta de voluntad de los adolescentes para compartir información sobre sus experiencias de abuso sexual. Es importante tener en cuenta que cualquier estudio que aborde la relación entre la inteligencia emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedentes de abuso sexual debe ser ético, sensible y respetuoso con las necesidades y experiencias de los adolescentes involucrados.
- Nuestro estudio se basa en un diseño de investigación transversal, lo que significa que solo pudimos establecer una asociación entre la inteligencia emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria, sin poder determinar una relación causal. Lamentablemente, son escasos los estudios que han empleado un diseño longitudinal para investigar la inteligencia emocional como factor de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.
- El tamaño de muestra fue pequeño, lo que puede limitar la capacidad de detectar correlaciones significativas. Es importante contar con un tamaño de muestra adecuado para aumentar la confiabilidad de los resultados.
- Otra limitante es que la muestra fue recolectada en un entorno clínico. Para futuras investigaciones, sería beneficioso contrastar los datos con grupos de control que estén emparejados en múltiples características sociodemográficas y clínicas.
- El uso de la TMMS-24 también presenta ciertas limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, esta medida se basa en autoinformes, lo que puede implicar ciertos sesgos

o inexactitudes en las respuestas de los participantes. Por último, es importante recordar que la TMMS-24 evalúa sólo ciertos aspectos de la inteligencia emocional y puede no capturar todos los componentes relevantes de este complejo constructo.

- Es importante tener en cuenta que la ChEAT es solo una herramienta de evaluación y no puede proporcionar un diagnóstico clínico definitivo. Los resultados de la ChEAT deben ser interpretados en conjunto con otras evaluaciones clínicas y considerando el contexto individual de cada persona. La ChEAT se enfoca principalmente en la detección de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria y no proporciona información detallada sobre las causas subyacentes o los factores de riesgo específicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE 10. 10ª edición. España; Editorial Médica Panamericana; 2000.
2. Berlinerblau V. Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia; 2017. Consultado el 18/05/22. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/201804/proteccionAbusoSexual_contra_NNyA_2016.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. 8 de junio 2020. Consultado 18/05/22 octubre 2020 Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/childmaltreatment>
4. Álvarez G, Castillo K. Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México. 1ª ed. México. UNICEF para cada niño; 2019.
5. García OJ. Abuso Sexual Infantil: estrategia de intervención desde los modelos de prevención. Rev Mex Med Forense. 2019; 4 (2):75-90.
6. Benítez, F., Cantón, D., y Delgadillo, L. Caracterización de la violencia sexual durante la infancia y la adolescencia. Psicología Iberoamericana. 2015; 22 (1): 22-37.
7. Odriozola EE. Abuso sexual en la infancia: Víctimas y agresores: un enfoque clínico. Barcelona: Editorial Ariel; 2000. p. 191.
8. Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, Flores-Celis K, Ramos-Lira L. Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes. Salud Pública Mex [Internet]. 2020 [consultado el 17 de mayo de 2023]; 62(6):661-71.
9. Frías Martínez S. La victimización de niños/as y adolescentes en México. Conocimiento actual y retos futuros. Rev Sobre Infancia Adolesc [Internet]. 2022 [consultado el 18 de mayo de 2023];(22):1-20.
10. Early Institute. Diagnóstico sobre la situación del abuso sexual infantil en un contexto de violencia hacia la infancia en México. Documento de trabajo. México: Early Institute A.C., 2019; (10); 10-6.
11. Fernández ZF, Bermúdez BF, Vázquez MÁ. Violencias de género: Desde una mirada interdisciplinaria. CDMX, México: Editorial Fontamara; 2021; p 166-188.

12. Águila, Y., Hernández, V., Hernández, V. Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. *Revista Médica electrónica*. 2016; 38(5), 697-710.
13. Alvarez-Alonso MJ, Jurado-Barba R, Martinez-Martin N, Espin-Jaime JC, Bolaños-Porrero C, Ordoñez-Franco A, Rodriguez-Lopez JA, Lora-Pablos D, de la Cruz-Bértolo J, Jimenez-Arriero MA, Manzanares J, Rubio G. Association between maltreatment and polydrug use among adolescents. *Child Abuse and Negl*. 2016; 51: 379-89.
14. Walker T, Watson HJ, Leach DJ, McCormack J, Tobias K, Hamilton MJ, Forbes DA. Comparative study of children and adolescents referred for eating disorder treatment at a specialist tertiary setting. *Int J Eat Disord*. 2013; 47(1):47-53.
15. Smolak L, Murnen S. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2002; 31:136-150.
16. American Psychological Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : DSM-5 - 5. ed. Washington DC: Editorial Médica Panamericana; 2014.
17. Castellini, G., Lelli, L., Cassioli, E., Ciampi, E., Zamponi, F., Campone, B. Ricca. Different outcomes, psychopathological features, and comorbidities in patients with eating disorders reporting childhood abuse: A 3-year follow-up study. *European Eating Disorders Review*. 2018; 26(3), 217–229.
18. Gaete P, Verónica, Lopez C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Rev. chil. pediatr*. 2020; 91 (5): 784-793.
19. Waller G. Sexual Abuse as a Factor in Eating Disorders. *Br J Psychiatry*. 1991;159 (5):664-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjp.159.5.664>.
20. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, Thompson KM, Redlin J, Demuth G, Smyth J, Haseltine B. Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2001;30(4):401-12.
21. Vázquez A, López A, Álvarez R, Mancilla D, Ruiz A. Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2006; 11: 185-197.
22. Sanci L, Coffey C, Olsson C, Ried S, Carlin J, Patton G. Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the Victorian adolescent health cohort study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008; 162(3): 261-267.

23. Juli, M. Can violence cause eating disorders? *Psychiatria Danubina*. 2015; 27, 336-3388.
24. Tylka, T.L.; Subich, L.M. Examining a Multidimensional Model of Eating Disorder Symptomatology among College Women. *J. Couns. Psychol.* 2014, 51, 314.
25. Salovey, P., & Mayer, J.D. Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*. 1989. 9(3), 185-211.
26. Giusti, E.M.; Manna, C.; Scolari, A.; Mestre, J.M.; Prevendar, T.; Castelnuovo, G.; Pietrabissa, G. The Relationship between Emotional Intelligence, Obesity and Eating Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Mapping Review. *Int. J. Environ. Res.* 2021, 18, 2054.
27. Strodl, E.; Markey, C.; Aimé, A.; Rodgers, R.F.; Dion, J.; Coco, G.L.; Gullo, S.; McCabe, M.; Mellor, D.; Granero-Gallegos, A.; et al. A Cross-Country Examination of Emotional Eating, Restrained Eating and Intuitive Eating: Measurement Invariance across Eight Countries. *Body Image*. 2020, 35: 245–254.
28. Sarrionandia, A.; Mikolajczak, M. A Meta-Analysis of the Possible Behavioural and Biological Variables Linking Trait Emotional Intelligence to Health. *Health Psychol. Rev.* 2020, 14, 220–244.
29. Foye, U.; Hazlett, D.E.; Irving, P. Exploring the Role of Emotional Intelligence on Disorder Eating Psychopathology. *Eat. Weight Disord. Stud. Anorex. Bulim. Obes.* 2019, 24, 299–306.
30. Cuesta-Zamora C, González-Martí I, García-López LM. The role of trait emotional intelligence in body dissatisfaction and eating disorder symptoms in preadolescents and adolescents. *Personal Individ Differ.* 2018; 126:1-6.
31. Gutiérrez-Cobo MJ, Cabello R, Fernández-Berrocal P. The Relationship between Emotional Intelligence and Cool and Hot Cognitive Processes: A Systematic Review. *Front Behav Neurosci.* 2016;10.
32. Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and Reliability of the Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychol Rep.* 2004; 94(3):751-5.
33. Lugo-Salazar KJ, Pineda-García G. Propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT- 26) en una muestra no clínica de adolescentes. *Cuad Hispanoam Psicol.* 2020; 19(2):1-16.

34. Elizathe LS, Murawski B, Arana FG, Rutzstein G. Propiedades Psicométricas del Children's Eating Attitudes Test (ChEAT): una escala de identificación de riesgo de trastornos alimentarios en niños. *Rev Evaluar*. 2011;11(1).
35. Escoto MC, Camacho EJ. Propiedades psicométricas del Test Infantil de Actitudes Alimentarias en una muestra mexicana. *Revista Mexicana de Psicología*. 2008; 25(1):99-106.
36. Ramos-Lira L, Saltijeral-Méndez MT, Romero-Mendoza M, Caballero-Gutiérrez MA, Martínez-Vélez NA. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública Mex*. 2001; 43(3), 20-35.
37. Villaseñor-Farías M. Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud Pública Mex*. 2003; 45: 44-57.
38. CONEVAL Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social | CONEVAL [Internet]. Medición de pobreza 2016-2020. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2020.aspx
39. Mikolajczak, M.; Van Belleghem, S. Increasing Emotional Intelligence to Decrease Healthcare Expenditures: How Profitable Would It Be? *Pers. Individ. Differ*. 2017, 116, 343–347.
40. Costarelli V, Demerzi M, Stamou D. Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women. *J Hum Nutr Diet* [Internet]. 2009 [consultado el 14 de mayo de 2023];22(3):239-45.
41. Brown TA, Cash TF, Lewis RJ. Body-Image Disturbances in Adolescent Female Binge? Purgers: A Brief Report of the Results of a National Survey in the U.S.A. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 1989 [consultado el 14 de mayo de 2023];30(4):605-13.
42. Gewirtz-Meydan A, Finkelhor D. Sexual Abuse and Assault in a Large National Sample of Children and Adolescents. *Child Maltreatment*. 2019; 25(2):203-14.
43. Ureña-Molina MD, Pacheco-Milian M, Rondón-Ortega MJ. Conductas alimentarias de riesgo y su relación con la imagen corporal en estudiantes de enfermería. *Rev Cienc Cuid*. 2015;12 (2): 57.
44. 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. *Revista de Investigación Clínica*, 2011; 63(5): 475-483.

45. Miller PM, O'Neil PM, Malcolm RJ, Currey HS. Comprehensive Handbook of Psychopathology. Eating Disorders. Springer US. Boston, MA. 1994; p. 653-82.
46. Bucich M, MacCann C. Emotional Intelligence and Day-To-Day Emotion Regulation Processes: Examining Motives for Social Sharing. Personal Individ Differ. 2019; 137:22-26.

ANEXO 1: APROBACIÓN DE ENMIENDA POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



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

Ciudad de México, 12 de octubre del 2022

Asunto: dictamen de protocolo I13/02/0221

Resolución No.: HPIJNN-CI-DA-012-2022

Dra. Mirna E. Brenes Prats

Presente

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

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

Atentamente

Dr. Michel Gutiérrez Ceniceros
Presidente del Comité de Investigación

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



ANEXO 2: APROBACIÓN DE TESIS POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



Ciudad de México a 18 de enero de 2023
Oficio No. SPPS/DGSAP/HPIJNN/JDI/005/2023
Asunto: Registro de tesis derivada

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats
Investigador responsable
HPIJNN
Presente

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

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

Clave de registro: I13/02/0221.

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

Título: "Correlación entre inteligencia emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedentes de abuso sexual infantil de la Clínica de PAINAVAS del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".

Clave de registro: I13/02/0221/Tc
Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente


Tesista: Andrea Yolanda Encalada Hernández.


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

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

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente
Jefa de la División de Investigación


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



ANEXO 3: APROBACIÓN DE TESIS POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



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

Ciudad de México, 23 de mayo del 2023

Asunto: carta de aprobación

Resolución No.: HPIJNN-CEI-009-2023

Dra. Andrea Yolanda Encalada Hernández

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 inteligencia emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria en adolescentes con antecedentes de abuso sexual infantil de la clínica PAINAVAS, del Hospital Psiquiátrico Infantil, "Dr. Juan N. Navarro", con número de registro I13/02/0221/Tc.

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

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

Atentamente,



Dra. Laura Fritsche García

Presidente del Comité de Ética en Investigación

c.c.p. Dr. Héctor Rodríguez Juárez-Director del hospital-presente
Dra. Ana Rosa García Berdeja-Jefa de la división de enseñanza y capacitación-presente
Dra. Patricia Zavaleta Ramírez-Jefa de la división de investigación, HPIJNN-Presente
Comité de Ética en Investigación, HPIJNN-Presente



ANEXO 3: TEST INFANTIL DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (ChEAT)

Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT)

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

ANEXO 4: ESCALA RASGO DE METACONOCIMIENTO EMOCIONAL (TMMS-24)

TMMS-24

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y decida la frecuencia con la que usted cree que se produce cada una de ellas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
NUNCA	RARAMENTE	ALGUNAS VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	MUY FRECUENTE MENTE

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

ANEXO 5: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

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

PROTOCOLO: CORRELACIÓN ENTRE LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL. ESTUDIO TRANSVERSAL EN EL SERVICIO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL (PAINAVAS) DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”. Clave II3/02/0221

Nombre del investigador principal: Dra. Mirna Esthela Brenes Prats y Dra. Andrea Yolanda Encalada Hernández.

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

I. Mi hijo/hija ha sido invitado/a para participar voluntariamente en un estudio de investigación para establecer si la severidad del estrés postraumático se asocia con la presencia de alteraciones de la conducta alimentaria y para establecer si los niveles bajos de inteligencia emocional se relacionan con la presencia de alteraciones de la conducta alimentaria.

II. Se me ha informado que se le realizará una entrevista y dos cuestionarios autoaplicados, en las cuales se realizarán preguntas relacionadas sobre: El Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) que permite evaluar los hábitos y las actitudes relacionadas con la alimentación y la imagen corporal en niños y adolescentes, y la escala para la Evaluación de la Expresión, Manejo y Reconocimiento de Emociones (TMMS-24), que permite evaluar la conciencia de nuestras propias emociones así como la capacidad para regularlas. Estos instrumentos se realizarán por un profesional capacitado y se toma aproximadamente treinta minutos en contestarse.

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

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

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

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

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

VII. Se me informó que la aplicación de los instrumentos, no tiene costo para mi hijo/hija, ni para mi persona y dichos instrumentos serán aplicados en los tiempos que asisten de forma habitual a las consultas con una duración aproximada de 30 minutos.

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

En caso de tener alguna duda o que desee que no se ocupe su información puede comunicarse con la investigadora Dra. Andrea Yolanda Encalada Hernández al teléfono 9811254075.

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Fecha: _____.

ANEXO 6: CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: CORRELACIÓN ENTRE LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL. ESTUDIO TRANSVERSAL EN EL SERVICIO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL (PAINAVAS) DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO". Clave II3/02/0221

He sido valorado/a en esta institución por el médico especialista del servicio de PAINAVAS y me dieron como diagnóstico algún tipo de problema de salud mental, que requiere atención en esta institución. Por eso he sido invitado/a para participar voluntariamente en un estudio de investigación donde resolveré unos cuestionarios, que nos ayudan a medir la intensidad de problemas relacionados con alteraciones de la conducta alimentaria y el nivel de inteligencia emocional, que es la capacidad de reconocer los sentimientos propios y ajenos, de motivarnos y llevar adecuadamente las relaciones. Los instrumentos que están en el cuestionario y en la entrevista se llaman: Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) y Escala para la Evaluación de la Expresión, Manejo y Reconocimiento de Emociones (TMMS-24). Estos cuestionarios y la entrevista del estudio, no tiene costo para nosotros y serán aplicados por un experto en los tiempos que asistimos al hospital en forma habitual y no tardan más de 30 minutos en resolverse aproximadamente.

Beneficios del estudio

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

Derecho a retirarme del estudio

Soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte la atención médica que recibo en el hospital. Si deseo retirarme del estudio solo debo a la Dra. Andrea Yolanda Encalada Hernández. Se eliminarán del estudio a las personas que retiren su consentimiento informado (padre/tutor y/o paciente) y/o que no completen algún instrumento clinimétrico sin que esto afecte la atención médica que recibo en el hospital.

Confidencialidad

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

Firmas del Asentamiento Informado

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

