



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”

**CORRELACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES CON ABUSO SEXUAL CON LA
PRESENCIA DE ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN EL SERVICIO DE PAINAVAS, DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
INFANTIL DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL:
GRADO DE ESPECIALISTA
EN:
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

PRESENTA:
KARINA AZUCENA ENRIQUEZ LEAL

TUTOR TEÓRICO:
DRA. MIRNA ESTHELA BRENES PRATS
TUTOR METODOLÓGICO:
PSIC. VERÓNICA PÉREZ BARRÓN



CIUDAD DE MÉXICO, 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:

Karina Azucena Enriquez Leal

Correo electrónico: karina.ael@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: Se ha evidenciado que en los pacientes que presentan trastorno de estrés postraumático (TEPT) posterior a abuso sexual infantil (ASI) con el pasar del tiempo se desarrollan alteraciones en las conductas alimentarias (ACA), existiendo una relación entre ambas patologías.

Objetivo: Analizar la relación de la severidad de TEPT en pacientes con ASI con la presencia de ACA en niños y adolescentes.

Material y métodos: Se realizó una investigación de características retrospectiva, analítica, transversal y observacional en pacientes de 9 a 15 años con antecedente de ASI en quienes se aplicaron la Escala Infantil de Síntomas de Estrés Postraumático (CPSS) para medir severidad de TEPT y el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) para medir las ACA. Se añadieron variables sociodemográficas de la familia. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva e inferencial, así como una correlación con Rho de Spearman, con $p < 0.05$ para la significancia estadística.

Resultados: Se evaluaron 104 menores de los cuales el 87.5% correspondió al sexo mujer y el 12.5% hombre, de 9 a 15 años, a través de las escalas se encontró que el 87.5% presentó TEPT de severidad alta y el 12.5% de severidad baja, así mismo el 60.6% presentó ACA, correlación con Rho de Spearman de .627, $p < .000$.

Conclusiones: Se evidenció una correlación de moderada a alta entre la severidad de los síntomas de TEPT con la presencia de ACA, es decir, mientras más severo es el TEPT, habrá mayor presencia de ACA con riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria.

Términos MeSH: Childhood sexual abuse, posttraumatic stress disorder, disordered eating.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN	12
HIPÓTESIS	15
OBJETIVOS	15
MATERIAL Y MÉTODOS	13
Tipo de diseño	13
Muestra	13
Criterios de selección	13
Variables	14
Procedimiento	17
Cronograma	19
Instrumentos de medición	19
Ánalysis estadístico	21
Consideraciones éticas	22
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	41
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS	43
ANEXOS	47

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	<i>Página</i>
Tabla 1. <i>Descripción conceptual y operacional de las variables del estudio.</i>	14
Gráfico 1. <i>Diagrama de flujo sobre el procedimiento del estudio</i>	18
Tabla 2. <i>Cronograma de las metas del estudio.</i>	19
Tabla 3. <i>Características sociodemográficas.</i>	24
Gráfico 2. <i>Distribución del lugar de residencia.</i>	25
Gráfico 3. <i>Distribución de tipo de abuso.</i>	27
Gráfico 4. <i>Distribución de tipo de agresor.</i>	27
Gráfico 5. <i>Distribución de lugar donde ocurrió la agresión.</i>	28
Gráfico 6. <i>Distribución de casos de alteraciones de la conducta alimentaria de acuerdo a ChEAT.</i>	28
Gráfico 7. <i>Distribución de severidad de TEPT de acuerdo a CPSS.</i>	29
Gráfico 8. <i>Distribución de ACA de acuerdo a ChEAT.</i>	30
Gráfico 9. <i>Distribución de severidad de TEPT de acuerdo a CPSS.</i>	30
Tabla 4. <i>Análisis de correlación Rho Spearman.</i>	31
Gráfico 10. <i>Dispersión de ChEAT y severidad de CPSS.</i>	31
Tabla 5. <i>Características descriptivas para sexo, severidad de TEPT y ACA.</i>	32
Tabla 6. <i>Características descriptivas para edad, severidad de TEPT y ACA.</i>	33
Tabla 7. <i>Características descriptivas para tipo de abuso, severidad de TEPT y las ACA.</i>	34
Tabla 8. <i>Características descriptivas para tipo de agresor, severidad de TEPT y las ACA.</i>	35
Tabla 9. <i>Características descriptivas para tipo de lugar de la agresión, severidad de TEPT y las ACA.</i>	36

INTRODUCCIÓN

El estudio de la relación de abuso sexual infantil (ASI) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tuvo su origen en la práctica clínica a comienzos de los años ochenta. Por lo que 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.

Es importante destacar que el ASI se ha vinculado a diversas patologías psiquiátricas, así como a malestar psicológico general, entre los cuales se ha presentado baja autoestima, sentimientos de desamparo, 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, el trastorno por abuso de sustancias, el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de identidad disociativo. Si bien, las agresiones sexuales infantiles constituyen una experiencia traumática con repercusiones negativas en el estado psicológico de quienes las padecen, podríamos concluir que el ASI parece ser un factor de riesgo y no puede asociarse exclusivamente con un tipo de trastorno. Lo anterior nos lleva a pensar si estará relacionado la severidad del TEPT en niños y adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual con el inicio de las conductas alimentarias inadecuadas o con el desarrollo a largo plazo de algún trastorno de la conducta alimentaria.

MARCO TEÓRICO

Abuso sexual

La palabra abuso, del latín *ab usus*, significa usar mal, de manera excesiva, injusta, impropia o indebida una cosa. Los diferentes tipos de abuso sexual infantil constituyen aproximadamente el 9.6 % de los maltratos en la infancia. Se menciona que la edad promedio al momento de la victimización es de unos diez años¹. El ASI puede considerarse como cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años, por parte de un adulto, o desde una posición de poder, responsabilidad o autoridad sobre el niño².

Según el DSM-5³, define el 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 diferentes tipos de abuso sexual infantil incluyen actividades tales como caricias en los genitales del niño, penetración, incesto, violación, sodomización y exhibicionismo indecente. También se incluye como abuso sexual 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 agresor³.

Según el CIE-10⁴, define al abuso sexual como a la agresión sexual que se comete sin violencia y en la cual no existe consentimiento o dicho consentimiento está viciado por tratarse de un menor, por existir una relación de superioridad entre el agresor y la víctima, o por haberse conseguido mediante engaño⁴.

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 cópula; 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 cópula con persona mayor de 15 años y menor de 18 años, obteniendo su consentimiento por medio de engaños⁵.

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 desconocido⁶.

Según el título décimo quinto, capítulo uno del código penal federal⁵. 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 cópula; 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 cópula con persona de cualquier sexo. Se entiende por cópula 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 descendientes⁵.

Según Panorama Estadístico de la Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en 2019⁷, 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. Además, que el 75% de los infantes que sufren abuso son mujeres.⁷

Aproximadamente en un 60% de las veces, es el menor quien cuenta lo sucedido. El retraso que se produce en algunos casos hasta la develación del hecho, depende en muchas ocasiones de que el agresor sea conocido o que tenga relación de parentesco con la menor. El abuso sexual es intrafamiliar en un 70% de las veces cuando las víctimas están en edad preescolar; en cambio, en los escolares por encima de los seis años, el abuso sexual mayoritario es el extrafamiliar¹.

Trastornos (o alteraciones) de la conducta alimentaria

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 y ritmo de vida⁸. 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 adulta⁹.

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 nerviosa¹⁰.

La American Psychiatric Association (APA), en el año 2000/2002¹¹, 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 sobreingesta mediante el vómito, el uso de laxantes, dietas restrictivas o de ejercicio¹¹.

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 y 2,8% para trastorno por atracón¹².

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 Salud¹³, 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 total¹³.

Trastorno de estrés postraumático

El TEPT se define como un trastorno que se presenta cuando la persona ha sufrido agresión física o algún acontecimiento que representa una amenaza para su vida o su integridad física, o cuando ha sido testigo o ha sabido por personas cercanas de la existencia de este tipo de acontecimientos en otras personas. La reacción emocional experimentada debe implicar una respuesta de temor, desesperanza u horror intensos. Los grupos sintomáticos son: reexperimentación, evitación e hiperactivación. Estos deben prolongarse por más de un mes desde el suceso traumático y provocar malestar clínico o deterioro en áreas importantes de la actividad de la persona¹⁴.

Alrededor 80% de las víctimas de agresiones sexuales infanto-adolescentes sufren consecuencias psicológicas negativas y presentan efectos que pueden repercutir en la vida adulta de no recibir un tratamiento adecuado y oportuno¹⁵. Según Echeburúa y Guerricaechevarría, en el año 2000¹⁶, en esta etapa vital son más frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza tras la situación de abuso sexual. Los síntomas más frecuentemente encontrados son los referidos a la “conducta sexualizada”, considerada como el síntoma más característico del abuso sexual infantil¹⁶. Esta se encuentra en el 35 a 40% de los casos de agresiones; seguida por el TEPT en el 21 a 48% de los casos estudiados¹⁴. El abuso sexual ha sido reconocido como un trauma serio de la vida y un potenciador de síntomas de TEPT¹⁷.

Los clínicos han sostenido por tiempo que el ASI tiene una asociación con los TCA¹⁸. Se han postulado distintas explicaciones teóricas para este vínculo. Una se relaciona con la victimización sexual en los estilos de afrontamiento disociativos, los cuales podrían desencadenar eventualmente una sintomatología bulímica¹⁹. Otra explicación es que el ASI podría generar una sensación de falta de control sobre la propia vida, la que a su vez desencadenaría estrategias restrictivas o purgativas como forma de restablecer el control²⁰. Se postuló que el abuso podría tener una repercusión importante en la autoestima y la auto recriminación de las pacientes, dos factores que podrían llevarles a castigar su propio cuerpo por medio de la inanición, o por las conductas de atracón y purga²¹. También se han propuesto vínculos entre ASI y trastornos alimentarios anoréxicos o bulímicos, Waller, en 1991²², sugirió que tal vínculo puede ser una consecuencia del abuso sexual que causa disgusto con feminidad y sexualidad. Este disgusto podría ser expresado como preocupación por la imagen corporal, lo que lleva a anorexia²². Otra propuesta es en casos de desconfianza y negación por parte de la figura materna u otros miembros significativos del grupo familiar ante la develación del abuso, se observa el desarrollo de los TCA¹. Los trastornos alimentarios funcionan como una manera de protegerse de eventos estresantes, como el abuso sexual, cubriendo la situación estresante con la preocupación por la alimentación y el peso, su lucha por controlar la comida es una manera de ignorar los efectos nocivos del abuso²³. Los atracones funcionan a modo de compensación y permiten reducir el reconocimiento de estados mentales cognitivos dolorosos, dificultando el descubrimiento de emociones y su descripción²⁴. Se ha encontrado que una función baja en el alelo de la región promotora del gen transportador de serotonina (5-HTTLPR) que interactuó con eventos traumáticos de la vida y experimentó abuso sexual para predecir una mayor probabilidad

síntomas bulímicos por impulso a la delgadez²⁵. El estrés psicosocial del ASI puede conducir a un aumento de la actividad a lo largo del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal, caracterizado por un aumento de la secreción de cortisol, presentando alteraciones en el patrón de la conducta alimentaria que resultan en obesidad²⁶. Midei, en 2010²⁷, demostró que el ASI tienden a tener una mayor ira y niveles más bajos de globulina transportadora de hormonas sexuales, que se asocian con la adiposidad²⁷. Mecanismos similares podrían ser responsables de los trastornos alimentarios observados en pacientes con antecedentes de ASI¹⁰.

Se ha observado una relación en el efecto mediador de la resiliencia en la relación entre los síntomas del TEPT y el comportamiento alimentario desordenado en mujeres que informaron haber sufrido ASI, en el cual se observaba una relación en la presencia de síntomas de estrés postraumático y alteraciones de la conducta alimentaria (ACA) en mujeres adultas con antecedente de abuso sexual en la infancia o adolescencia, en donde la resiliencia mejoraba ambos síntomas²⁸. En otros estudios, en Texas, Estados Unidos, se encontró asociaciones claras entre el ASI y los trastornos alimentarios en la edad adulta, desconociéndose, los factores que pueden influir en esta relación. Por lo que se examinó la influencia moderadora de la gravedad de los síntomas del TEPT en la asociación entre ASI y trastornos alimentarios, los resultados indicaron relaciones positivas significativas entre ASI, la gravedad de los síntomas de TEPT y los trastornos alimentarios. Se encontró que la ASI estaba asociada con trastornos alimentarios en niveles altos, pero no bajos de gravedad de los síntomas del TEPT²⁹.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes niños y adolescentes que han sido víctimas de un ASI, son referidos al servicio del Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual (PAINAVAS), del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIJNN) para mejorar la calidad de vida y tratar alguna alteración psiquiátrica y psicológica comórbida. Si bien, los pacientes atendidos anualmente en este servicio son alrededor de 1097³⁰, se desconoce cuántos de ellos presentaron TEPT asociado, pero se observa que las prevalencias de abuso sexual han ido en aumento y los TCA llegan a presentar una mortalidad hasta del 3% secundario a un TCA no tratado de manera oportuna¹³. 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 que puedan presentarse con las alteraciones de la conducta alimentaria. Lo anterior nos lleva a pretender resolver la pregunta de investigación: ¿Existe relación entre la severidad del TEPT en pacientes con ASI con las ACA en población de 9 a 15 años que acuden al servicio de PAINAVAS del HPIJNN?

JUSTIFICACIÓN

En el servicio de PAINAVAS, del HPIJNN se ha observado que el desarrollo de síntomas, alteraciones o trastornos psiquiátricos es un proceso común y complejo secundario al abuso sexual en los niños y adolescentes, como resultado del sufrimiento vivido por el paciente, de manera multidimensional: físico, emocional, existencial y social³⁰. Uno de los trastornos comorbidos más graves en los pacientes con antecedente de ASI son los relacionados a la conducta alimentaria^{15, 20, 23}. 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 como TEPT, así como con el desarrollo de TCA en relación de ASI^{17, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29}, pero estos estudios no se han enfocado en la población mexicana, siendo un fenómeno escasamente estudiado, tanto en hombres como en mujeres. En estadística del HPIJNN es poca la asociación que se cuenta registrada de TCA, TEPT y ASI, así como la correlación entre antecedentes de ASI y TEPT con TCA, lo cual es de interés e importancia del presente estudio, de esta manera, desarrollar estrategias que permitan una valoración y manejo integral del paciente que ha sufrido un ASI.

HIPÓTESIS

H1: La severidad del TEPT en pacientes con ASI se relaciona con la presencia de ACA en población de 9 a 15 años.

H0: La severidad del TEPT en pacientes con ASI no se relaciona con la presencia de ACA en población de 9 a 15 años.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

General

Analizar la relación de la severidad de TEPT en pacientes con ASI con la presencia de ACA en una muestra de pacientes de 9 a 15 años, atendidos en el servicio de PAINAVAS, del HPIJNN.

Específicos

1. Describir las características del abuso sexual (tipo de abuso, tipo de agresor).
2. Describir las características de la severidad de TEPT y la presencia de ACA, relacionados con antecedentes de ASI.
3. Describir las características sociodemográficas de la población con antecedentes de ASI, con la severidad de TEPT y a la presencia de ACA.
4. Describir las características del abuso sexual (tipo de abuso, tipo de agresor) con la severidad del TEPT y la presencia de ACA.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de diseño

Estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico.

Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo discrecional a los pacientes de 9 a 15 años, que acudieron al servicio de consulta externa de PAINAVAS del HPIJNN.

Criterios de selección

- Inclusión

- Pacientes de sexo indistinto.
- Pacientes de 9 años a 15 años.

- Pacientes que acudieron al servicio de PAINAVAS en los que se identifico antecedente de ASI y TEPT.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio mediante el proceso de consentimiento informado por padre/tutor y asentimiento informado.

- Exclusión

- Pacientes con diagnóstico episodio depresivo grave.
- Pacientes con cuadro de síntomas psicóticos.
- Pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual.
- Pacientes que no tengan antecedente de ASI y TEPT.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio mediante el proceso de consentimiento informado por padre/tutor y asentimiento informado.

- Eliminación

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

Variables

Tabla 1. Descripción conceptual y operacional de las variables del estudio.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	CLASIFICACIÓN DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Sexo	Según la OMS. El sexo son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres.	Independiente	Cualitativa Nominal	Expediente clínico	Hombre Mujer
Edad	Años vividos desde el nacimiento	Independiente	Cuantitativa Discreta	Expediente clínico	Edad en años: Desde 9 años hasta 15 años
Escolaridad	Nivel de estudios del individuo	Independiente	Cualitativa Ordinal	Expediente clínico	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	Expediente clínico	Soltero Casado Divorciado Viudo

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	CLASIFICACIÓN DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Antecedente de abuso sexual infantil	<p>Según el DSM-5.</p> <p>Define el 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 tales como caricias en los genitales del niño, penetración, incesto, violación, sodomización y exhibicionismo indecente. También se incluye como abuso sexual 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.</p>	Independiente	Cualitativa Nominal	Expediente clínico	Sí No
Tipo de abuso sexual infantil	<p><i>Según el título décimo quinto, capítulo uno del código penal federal</i></p> <p>Cabe diferenciar diferentes tipos de delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual.</p> <p>-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.</p> <p>-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 actos sexuales: tocamientos, manoseos corporales obscenos o los que representen actos explícitamente sexuales, o se obligue a observar acto sexual o exhibir su cuerpo.</p> <p>-Estupro: Al que tenga cópula con persona mayor de 12 años y menor de 18 años, obteniendo su consentimiento por medio de engaño.</p> <p>-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.</p> <p>-Incesto: Cuando en una familia los ascendientes que tengan relaciones sexuales con sus descendientes.</p>	Independiente	Cualitativa Nominal	Expediente clínico	-Hostigamiento sexual - Abuso sexual - Estupro - Violación - Incesto - Múltiples

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	CLASIFICACIÓN DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Tipo de agresor	<p><i>Según Corsi, 1995.</i></p> <p>Abuso sexual infantil 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 desconocido.</p> <p><i>Según UNICEF.</i></p> <p>Define al tipo de agresor según el entorno donde se llevó a cabo el abuso, en 6 tipos.</p>	Independiente	Cualitativa Nominal	Expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> -Familiar -Extrafamiliar -Múltiples -Hogar -Escuela -Comunidad -Trabajo -Institución -Digital -Múltiples -Otros -Desconocido
Alteraciones de la conducta alimentaria (categórica)	<p><i>Según Escoto y Camacho, 2008, México.</i></p> <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>
Alteraciones de la conducta alimentaria (numérica)	<p><i>Según Escoto y Camacho, 2008, México.</i></p> <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	Cuantitativa Discreta	ChEAT	0 a 78
Severidad del trastorno de estrés postraumático (categórica)	<p><i>Rincón, Bustos y Aedo, 2009.</i></p> <p><i>Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.</i></p> <p>Instrumento desarrollado para evaluar la presencia de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en niños/as y adolescentes con una historia conocida de trauma. Se utilizó un punto de corte ≥ 24 para definir la severidad de TEPT alta con sintomatología de TEPT moderada o alta y ≤ 24 para definir la severidad de TEPT baja, con sintomatología de TEPT nula o baja.</p>	Dependiente	Cualitativa Nominal	CPSS	<p>Puntaje ≥ 24 en CPSS: Severidad del TEPT alta</p> <p>Puntaje ≤ 24 en CPSS: Severidad del TEPT baja</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	CLASIFICACIÓN DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Severidad del trastorno de estrés postraumático (numérica)	<i>Rincón, Bustos y Aedo, 2009.</i> <i>Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.</i> Instrumento desarrollado para evaluar la presencia de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en niños/as y adolescentes con una historia conocida de trauma. Se utilizó un punto de corte ≥ 24 para definir la severidad de TEPT alta con sintomatología de TEPT moderada o alta y ≤ 24 para definir la severidad de TEPT baja, con sintomatología de TEPT nula o baja.	Dependiente	Cuantitativa Discreta	CPSS	0 a 68

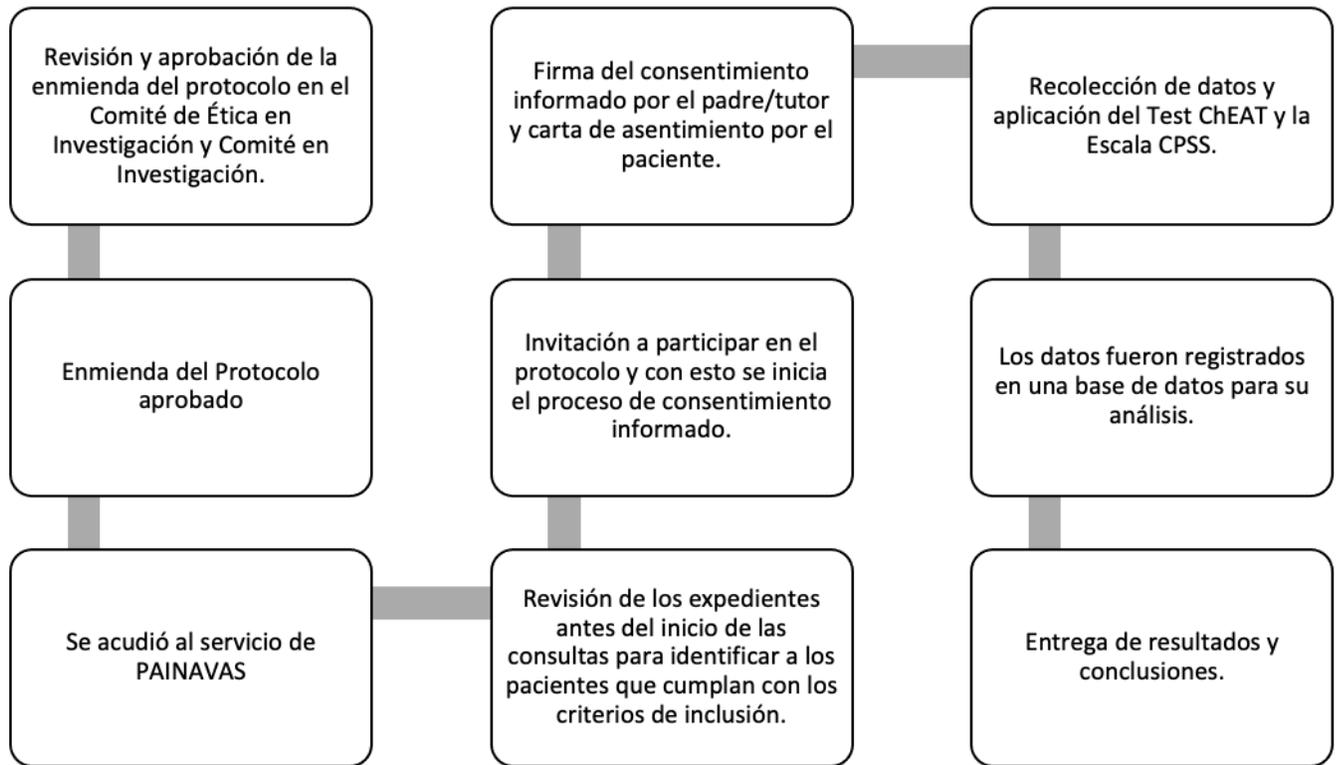
Procedimiento

El presente estudio es derivado del protocolo madre titulado “Correlación entre las 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 de la Ciudad de México”, el cual cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación y del Comité de Investigación del Hospital del Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” con fecha del 12 de octubre de 2022 con número II3/02/0221.

Este estudio cuenta con aprobación de los comités correspondientes de dicha institución, con número de registro II3/02/0221/Td.

Se acudió al servicio de PAINAVAS del HPIJNN. Se revisaron los expedientes antes del inicio de las consultas para identificar a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. Posterior a la consulta, se invitó a participar y mediante el proceso del consentimiento informado, mediante este proceso se obtuvo el consentimiento informado firmado por el padre/tutor y la carta de asentimiento firmada por el paciente. Finalmente, se obtuvieron las características sociodemográficas y se aplicó el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) y la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (CPSS). No se realizó interrogatorio mediante entrevista clínica que pudiera re-victimizar a los pacientes sobre el abuso sexual. Los datos fueron registrados en una base de datos en una equipo de computo con medidas de seguridad, password y resguardo, al cual solamente tuvieron acceso los investigadores del presente estudio. Posteriormente se realizó la descripción de las características de la muestra y análisis correlacional (Gráfico 1).

Gráfico 1. Diagrama de flujo sobre el procedimiento del estudio.



En el anexo 1 se adjunta las cartas de aprobación por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”.

Cronograma

Tabla 2. Cronograma de las metas del estudio.

META	Agosto 2022	Septiembre 2022	Octubre 2022	Noviembre 2022	Diciembre 2022	Enero 2022	Febrero 2022	Marzo 2022	Abril 2023	Mayo 2023
Revisión de la literatura	X	X								
Desarrollo del protocolo de investigación	X	X								
Aprobación del protocolo por el comité de bioética			X							
Captación de pacientes				X	X	X	X			
Aplicación de escala clínicométrica				X	X	X	X			
Análisis y discusión de resultados								X	X	X
Presentación de la conclusiones mediante redacción de trabajo										X
Preparación de la publicación										X

Instrumentos de medición

● Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT)

El ChEAT se trata de una escala que permite evaluar hábitos y actitudes relacionados con la alimentación y la imagen corporal en niños³¹. Son 26 reactivos, cada ítem se puede responder eligiendo entre 6 opciones de respuesta que van de siempre a nunca (escala Likert). En cada ítem (exceptuando el ítem 25 que es de puntuación inversa) 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 rango de puntuación del ChEAT es de 0 a 78. Establecen que el puntaje 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 TCA³².

Fue validado en México por Escoto y Camacho en 2008³², con el nombre de Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT), en una muestra de 1241 púberes y adolescentes, de entre 9 y 15 años de edad. Se comprobó la homogeneidad del instrumento, debido a que todos los reactivos correlacionaron positiva y significativamente con la puntuación total; además, tanto la consistencia interna ($\text{Alpha} = 0.82$), como la confiabilidad test-retest ($r = 0.79$) fueron adecuadas. El análisis factorial derivó cinco factores que agruparon 26 reactivos y explicaron 43.74% de la varianza: Motivación para Adelgazar ($\text{Alpha} = 0.74$), Evitación de Alimentos Engordantes ($\text{Alpha} = 0.77$), Preocupación por la Comida ($\text{Alpha} = 0.67$), Conductas Compensatorias ($\text{Alpha} = 0.69$), y Presión Social Percibida ($\text{Alpha} = 0.63$). El ChEAT mostró adecuada confiabilidad test-retest y validez convergente con el Cuestionario de Imagen Corporal³². El estudio de Escoto y Camacho fundamenta que el ChEAT es un instrumento adecuado para medir actitudes y conductas alimentarias inadecuadas en púberes y adolescentes mexicanos³³.

En el anexo 2 se adjunta el cuestionario ChEAT, en idioma español.

• **Escala Infantil de Síntomas de Estrés Postraumático (CPSS)**

Foa, Johnson, Feeny y Treadwell, en 2001³⁴, crearon la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (*The Child PTSD Symptom Scale, CPSS*), una escala para evaluar de manera oportuna y rápida el TEPT en niños y adolescentes de 8 a 18 años. Fue validada en niños sobrevivientes de un terremoto en California, Estados Unidos. El estudio mostró que la CPSS mide sintomatología postraumática y es fácil de aplicar. La CPSS está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV e incluye 17 ítems con respuesta tipo Likert referidos a la frecuencia de manifestación de síntomas de este trastorno. Este instrumento puede ser utilizado como autoinforme o como entrevista clínica estructurada. La CPSS se compone de 3 subescalas: Reexperimentación (5 ítems), Evitación (7 ítems) y Aumento de la Activación (5 ítems). Las propiedades psicométricas de la versión original de la CPSS indican niveles aceptables de confiabilidad por consistencia interna, presentando coeficientes alfa de Cronbach de 0,89 para la escala total, 0,80 para Reexperimentación, 0,73 para Evitación y 0,70 para Activación³⁴.

La escala fue validada, adaptada y modificada al español por Bustos, Rincón y Aedo en 2009³⁵, en una muestra de niños/as y adolescentes víctimas de agresiones sexuales ingresados en centros especializados del Servicio Nacional de Menores de las provincias de Concepción y Bío Bío, Chile. La muestra fue de 75 niños y adolescentes que sufrieron abuso sexual o violación, de entre 8 y 18 años. Tras considerar que el instrumento se refiere a sintomatología de las últimas dos semanas, se modificó el formato de respuestas de la escala Likert y se agregó una categoría más, dado que la primera categoría era nunca o solo una vez, se considera que es clínicamente distinto presentar los síntomas solo una vez en lugar de nunca. Por lo que la puntuación de la escala es de 0 a 4 puntos (va de nunca a nueve veces y más). Esta escala está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Con respecto al puntaje de corte, este se estableció visualmente en 24 puntos, con puntaje de CPSS ≥ 24 puntos indicativo de severidad de TEPT alta y puntaje de CPSS < 24 puntos severidad de TEPT baja. Los resultados indican una alta consistencia interna, medida con alfa de Cronbach de 0,916 para la escala total, 0,842 Reexperimentación, 0,811 para Evitación y 0,781 para Activación, siendo muy similares a los señalados respecto del instrumento original y permiten establecer que el instrumento adaptado presenta un aceptable nivel de confiabilidad por consistencia interna. Se infiere una sensibilidad de la prueba del 80% y una especificidad del 90%³⁵. Esta escala ha sido utilizada en México, por González y colaboradores en 2019³⁶, para analiza la relación entre el afrontamiento frente a riesgos extremos y los síntomas de estrés postraumático en niños que experimentaron el terremoto de México de 2017.

En este estudio se aplicó la versión validada por Rincón, Bustos y Aedo, en 2009³⁵, por considerarse que es una versión más cercana al español hablado en México y ser utilizada en investigaciones mexicanas.

En el anexo 3 se adjunta el cuestionario CPSS, en idioma español.

Análisis estadístico

El análisis de datos se llevó a cabo en el programa estadístico SPSS 22.0. Se realizó la descripción de los datos demográficos de los pacientes, mediante estadística descriptiva. El ASI, la severidad del TEPT y de las ACA se describieron y se obtuvieron los puntajes para la población de *media*, *frecuencia* y *porcentaje*. Para las variables cuantitativas se obtuvo *media*, *desviación estándar*, *frecuencia* y *porcentaje*. Se determinó la distribución de las puntuaciones del ChEAT y CPSS mediante una prueba de normalidad *Kolmogorov-Smirnov*.

Al no tratarse de una distribución normal, se realizó un análisis no paramétrico mediante *Rho de Spearman*.

Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, la ley general de salud y en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

- a) Mantener la seguridad de los beneficiarios considerando que la información fue recabada a través de la aplicación de unos cuestionarios y entrevista que no suponen un riesgo para la integridad física o psicológica del paciente. En ningún reporte del estudio se incluyó información personal con la que se pueda identificar a los pacientes del estudio y no se habló directamente con el paciente y familiar/tutor el tema del abuso sexual.
- b) Obtener el consentimiento informado por parte del representante del paciente (padre/tutor) y una carta de asentimiento informado por escrito del sujeto de investigación, a pesar de que no se tocó el tema del abuso sexual infantil con el paciente o el familiar, éste pudo verse afectado psicológicamente al leer el título del estudio en la carta de asentimiento informado, para ese supuesto, se tuvo un protocolo de contención verbal y manejo agudo, afortunadamente no fue necesario aplicar dicho protocolo en algún caso.
- c) Revisión del expediente clínico, donde se recabó la información sensible relacionada al antecedente del abuso sexual; por lo que no se realizó un interrogatorio mediante entrevista clínica que pudiera re-victimizar a los pacientes.
- d) La aplicación de los instrumentos no conllevó algún riesgo durante su aplicación y fueron realizados por médicos residentes de la especialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia, quienes cuentan con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” donde se cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar el bienestar del sujeto de investigación.
- e) Los resultados de estos estudios ayudarán a determinar si el paciente cuenta con síntomas relacionados con alteraciones de la conducta alimentaria y la severidad del trastorno de estrés postraumático. Se anexó al expediente los resultados de los cuestionarios realizados para que el médico pueda consultarlos para enriquecer el plan terapéutico integral en el hospital.

El riesgo al que los pacientes se sometieron al participar 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”.

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

En el anexo 4 se adjuntan las cartas de aprobación por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”.

En el anexo 5 y 6 se adjuntan la carta de consentimiento informado y la carta de asentimiento informado para participación en protocolos de investigación.

RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en el Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México, con el objetivo de analizar la relación de la severidad de TEPT en pacientes con ASI con la presencia de ACA en una muestra de pacientes de 9 a 15 años, atendidos en el servicio de PAINAVAS, del HPIJNN, esto a través del Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) y la Escala Infantil de Síntomas Postraumáticos (CPSS).

Se obtuvo una muestra de 104 pacientes con antecedente de ASI y TEPT, de los cuales se reportó el 87.5% (n=91) de sexo mujeres y el 12.5% (n=13) de sexo hombres, con rango de edad de 9 a 15 años, en la cual la edad media fue de 13.17 años *DE* 1.64. En la escolaridad de la muestra el 20.2% (n=21) se encontraba en nivel primaria, el 57.7% (n=60) en secundaria y el 22.1% (n=23) en preparatoria (Tabla 3), todos de ellos solteros. El 100% de la muestra contaban con servicios básicos de vivienda.

Tabla 3. Características sociodemográficas.

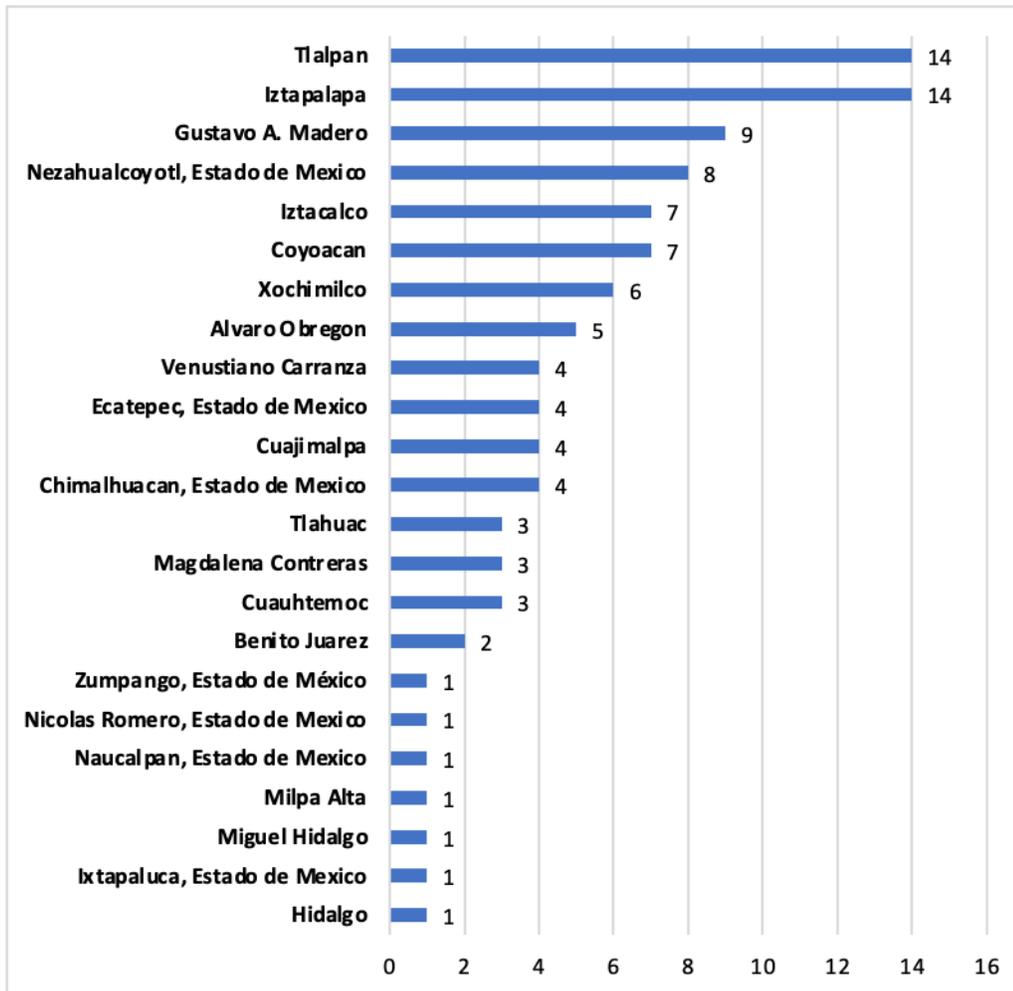
Variables	N	%
Sexo		
Mujer	91	87.5
Hombre	13	12.5
Edad en años		
9	3	2.88
10	3	2.88
11	13	12.5
12	17	16.35
13	14	13.46
14	26	25
15	28	26.92
Escolaridad		
Primaria	21	20.19
Secundaria	60	57.69
Preparatoria	23	22.12

Nota. N=104

Lugar de residencia

Las alcaldías que más frecuentemente referidas como lugar de residencia fueron: Tlalpan e Iztapalapa con 13.5% (n=14) cada una, Gustavo A Madero con el 8.7% (n=9) y Nezahualcóyotl con un 7.7% (n=8), el resto de zonas de origen correspondieron a alcaldías de la Ciudad de México y municipios del Estado de México. Un registro dijo residir en el estado de Hidalgo (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución del lugar de residencia.



Nota. N=104

Características y tipo de hogar

En relación a las características del hogar, el 1.9% (n=2) el hogar fue de tipo “no familiar” y el 98.1% (n=102) fue de un hogar “familiar”, así mismo se reporta que de acuerdo con el tipo de hogar, en el 39.45% (n=41) correspondió a uno de tipo ampliado, en el 7.7% (n=8) a uno ampliado sin padres, en el 2.9% (n=3) a uno compuesto, en el 1.9% (n=2) a uno de co-residentes y en el 48.1% (n=50) a un hogar nuclear.

Escolaridad, actividad económica y ocupación de ambos padres

En la escolaridad materna el 1% (n=1) fue posgrado, el 19.2% (n=20) licenciatura, el 10.6% (n=11) carrera técnica, el 18.3% (n=19) preparatoria, el 36.5% (n=38) secundaria, el 7.7% (n=8) primaria, el 1.9% (n=2) sin estudios y en el 4.8% (n=5) desconocida o no especificada. En la escolaridad paterna el 1% (n=1) fue posgrado, el 10.6% (n=11) licenciatura, el 1.9%

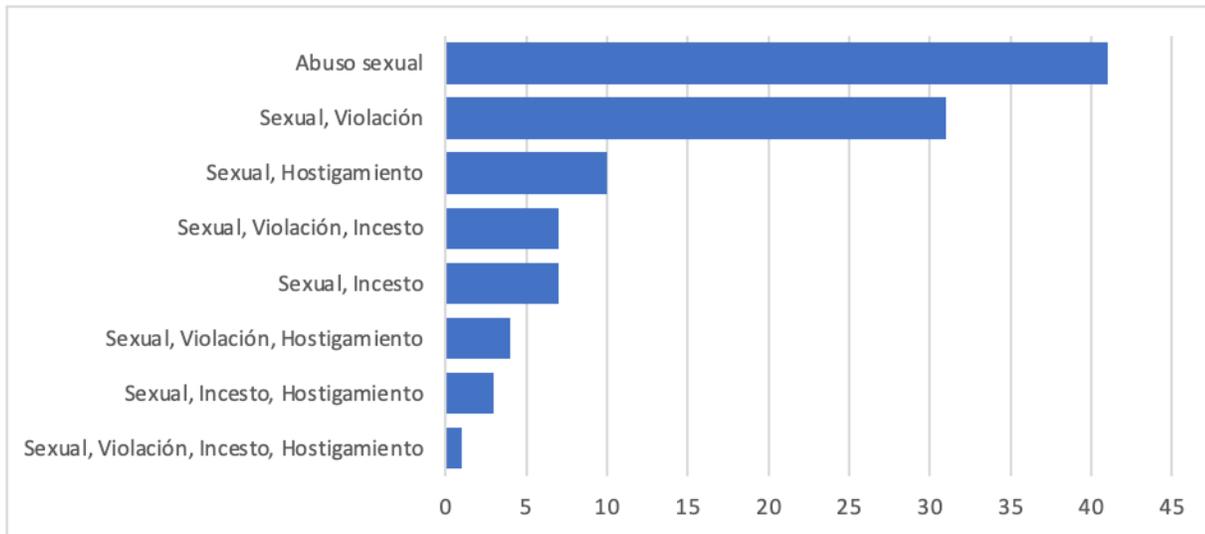
(n=2) carrera técnica, el 15.4% (n=16) preparatoria, el 35.6% (n=37) secundaria, el 11.5% (n=12) primaria, el 1.9% (n=2) sin estudios y en el 22.1% (n=23) desconocida.

En la actividad económica de la madre el 30.8% (n=32) no fueron económicamente activas, mientras que en el 62.5% (n=65) si fueron económicamente activas y el 5.8% (n=6) se desconoce, de las cuales, en la ocupación el 35.6% (n=37) son amas de casa, cocinera o cuidadora, el 36.5% (n=38) empleada o comerciante, en proporciones de 6.7% (n=7) para cada caso administradora o contadora y desconocida, en 8.4% (n=5) profesora, en proporciones de 1.9% (n=2) para cada caso enfermera, odontóloga y secretaria, en proporciones de 1% (n=1) para cada caso abogada, diseñadora, desempleada y sobrecargo. En la actividad económica del padre el 3.8% (n=4) no fueron económicamente activos, mientras que el 66.3% (n=69) si fueron económicamente activos y el 27.9% (n=29) se desconoce, de los cuales, en la ocupación el 39.4% (n=41) son empleado o comerciante, el 29.8% (n=31) actividad desconocida, el 10.6% (n=11) chofer, el 5.8% (n=6) albañil, el 3.8% (n=4) desempleado, el 2.9% (n=3) policía, en proporciones del 1% (n=1) para cada caso, abogado, antropólogo, contador, electricista, herrero, ingeniero, pensionado y profesor.

Tipo de abuso sexual infantil, tipo de agresor y lugar de la agresión

Dentro de los antecedentes de importancia de la muestra, el 39.4% (n=41) presentaba solamente antecedente de abuso sexual y el 60.6% (n=63) abusos múltiples. En los casos de abusos múltiples, se incluye los que sufrieron abuso sexual en conjunto con violación, incesto, hostigamiento, en los cuales el 29.8% (n=31) fue abuso sexual y violación, el 9.6% (n=10) abuso sexual y hostigamiento, el 6.7% (n=7) para cada caso, abuso sexual, violación e incesto y abuso sexual e incesto, el 3.8% (n=4) para abuso sexual, violación y hostigamiento, el 2.8% (n=3) para abuso sexual, incesto y hostigamiento y el 0.9% para abuso sexual, violación, incesto y hostigamiento (Gráfico 3).

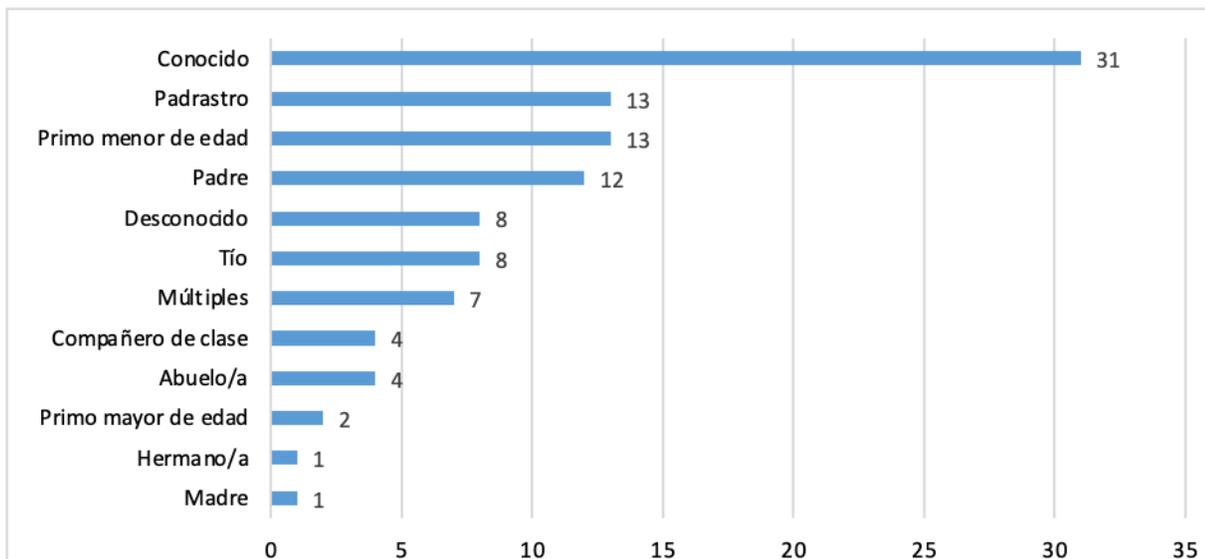
Gráfico 3. Distribución de tipo de abuso.



Nota. N=104.

En cuanto al presunto agresor sexual, se encontró que el 50% (n=52) el agresor fue un familiar y en la misma proporción fueron individuos extrafamiliares, siendo más específicos, se reportó que en el 29.8% (n=31) el agresor fue alguien conocido, en el 12.5% (n=13) el padrastro, en el 11.5% (n=12) el padre biológico, en el 7.7% (n=8) un tío y en la misma proporción alguien desconocido, en el 6.7% (n=7) los agresores fueron múltiples personas y en proporciones menores al 3.8% madre, abuelo, hermano, primos y compañeros de clase (Gráfico 4).

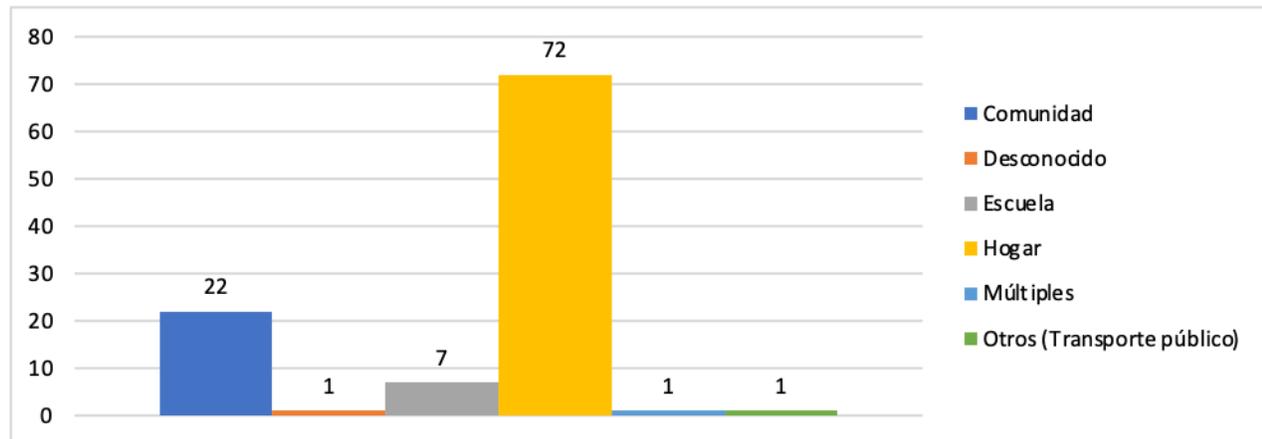
Gráfico 4. Distribución de tipo de agresor.



Nota. N=104

De acuerdo con el lugar donde ocurrió la agresión en el 69.2% (n=72) fue en el hogar, el 21.2% (n=22) en la comunidad, el 6.7% (n=7) en la escuela y en proporciones del 1% (n=1) lugares múltiples, el transporte y una locación desconocida (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución de lugar donde ocurrió la agresión.

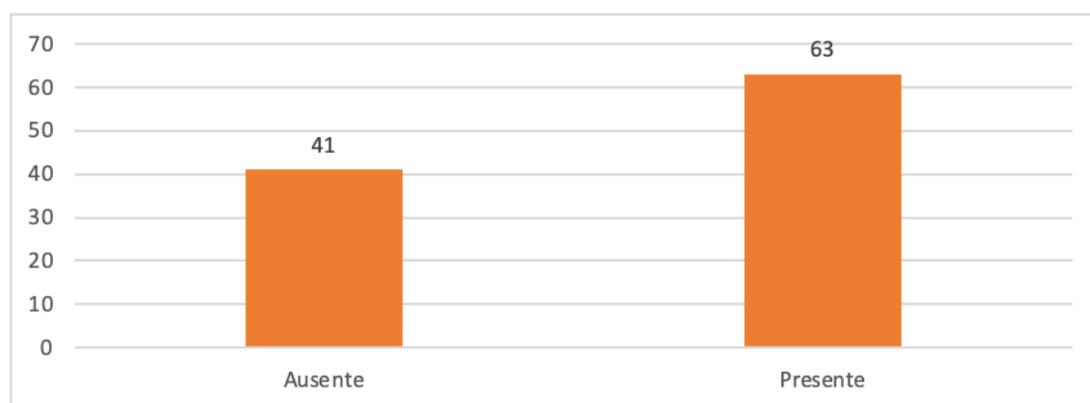


Nota. N=104

Escalas ChEAT y CPSS

Se recopilaron y analizaron los resultados de las escalas ChEAT y CPSS. En cuanto a los resultados de la ChEAT se encontró que el 60.6% (n=63) presento ACA, mientras que el 39.4% (n=41) presento ausencia de ACA (Gráfico 6), así mismo con respecto al cuestionario ChEAT las puntuaciones oscilaron entre los 0 y 57 puntos, siendo la media de 23.51 DE 15.11.

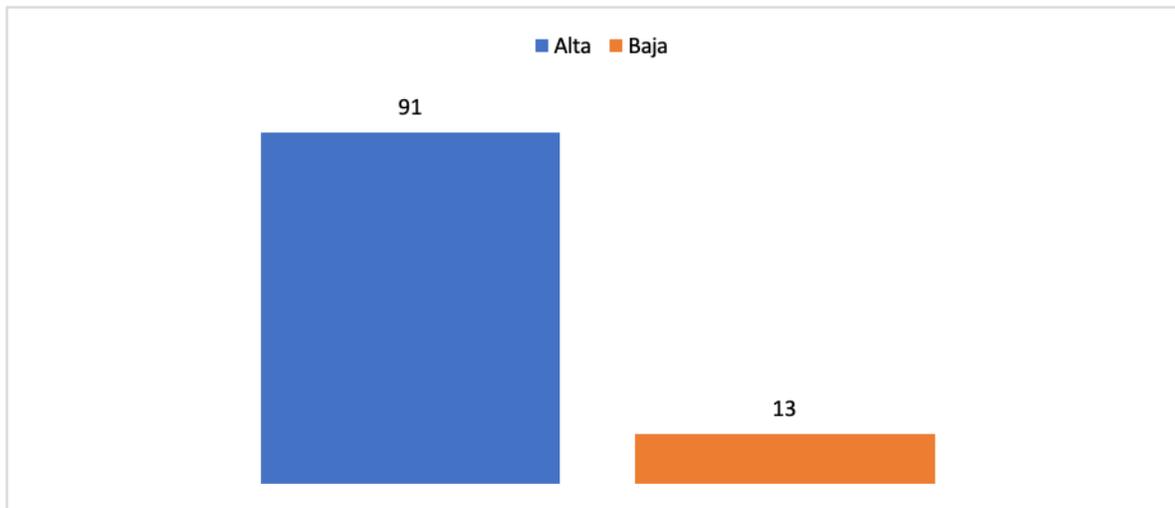
Gráfico 6. Distribución de casos de alteraciones de la conducta alimentaria de acuerdo a ChEAT.



Nota. N=104. Valores en número de casos medidos con ChEAT.

Con respecto a los resultados de la escala CPSS se encontró que en el 87.5% (n=91) presentaban trastorno de estrés postraumático con una severidad alta y el 12.5% (n=13) con una severidad baja (Gráfico 7).

Gráfico 7. Distribución de severidad de TEPT de acuerdo a CPSS.



Nota. N=104. Valores en número de casos medidos con CPSS.

Se analizó la posible relación entre la clasificación de la severidad de TEPT mediante la escala de CPSS y la presencia de ACA mediante la escala ChEAT. Se comprobó la asimetría de ambos instrumentos, debido a que además de dar valores nominales como presencia y ausencia de las ACA y severidad del TEPT, se obtuvieron valores escalares. La asimetría para ACA fue de .392 y para TEPT de -.796, además se realizó la prueba de normalidad *Kolmogorov-Smirnov*, se obtuvo estadístico .76, gl 104 y significancia de .162 para ACA y estadístico .103, gl 104 y significancia de .009 para severidad de TEPT. Se concluye que ACA es de distribución normal y severidad de TEPT es de distribución asimétrica con sesgo negativo y su distribución se muestra en las gráficas (Gráfico 8 y 9).

Gráfico 8. Distribución de ACA de acuerdo a ChEAT.

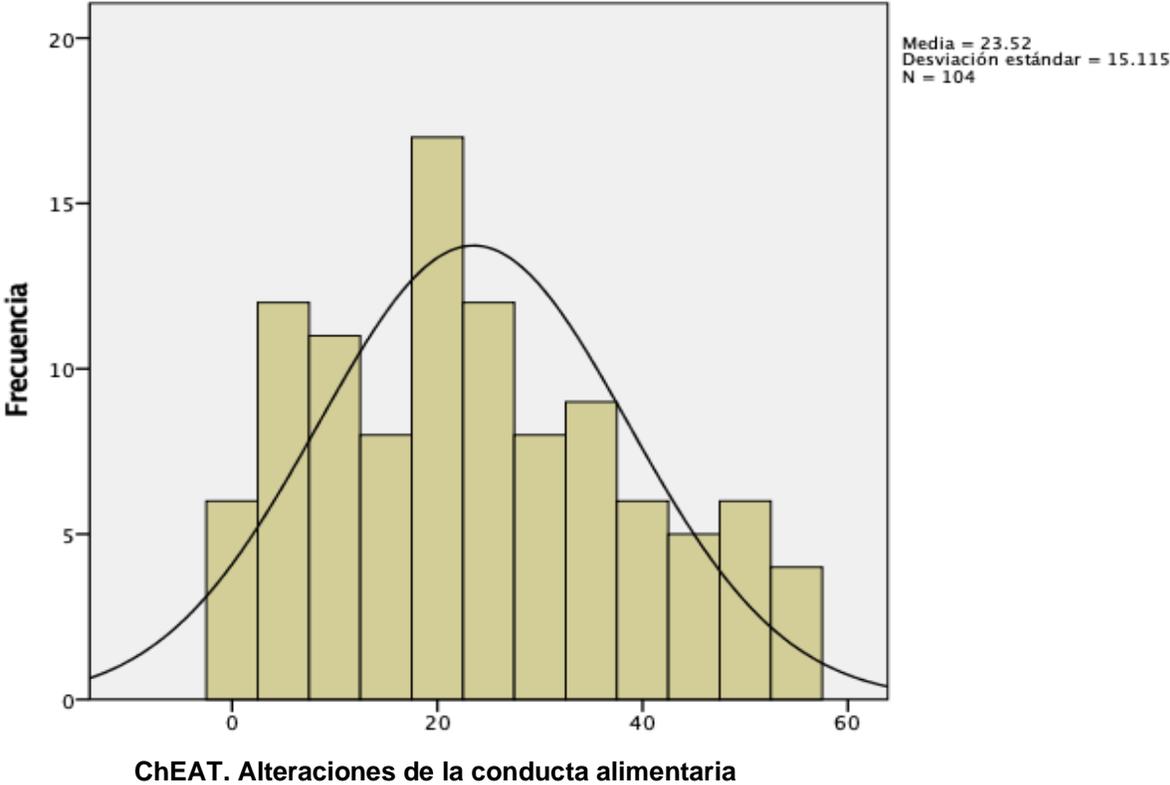
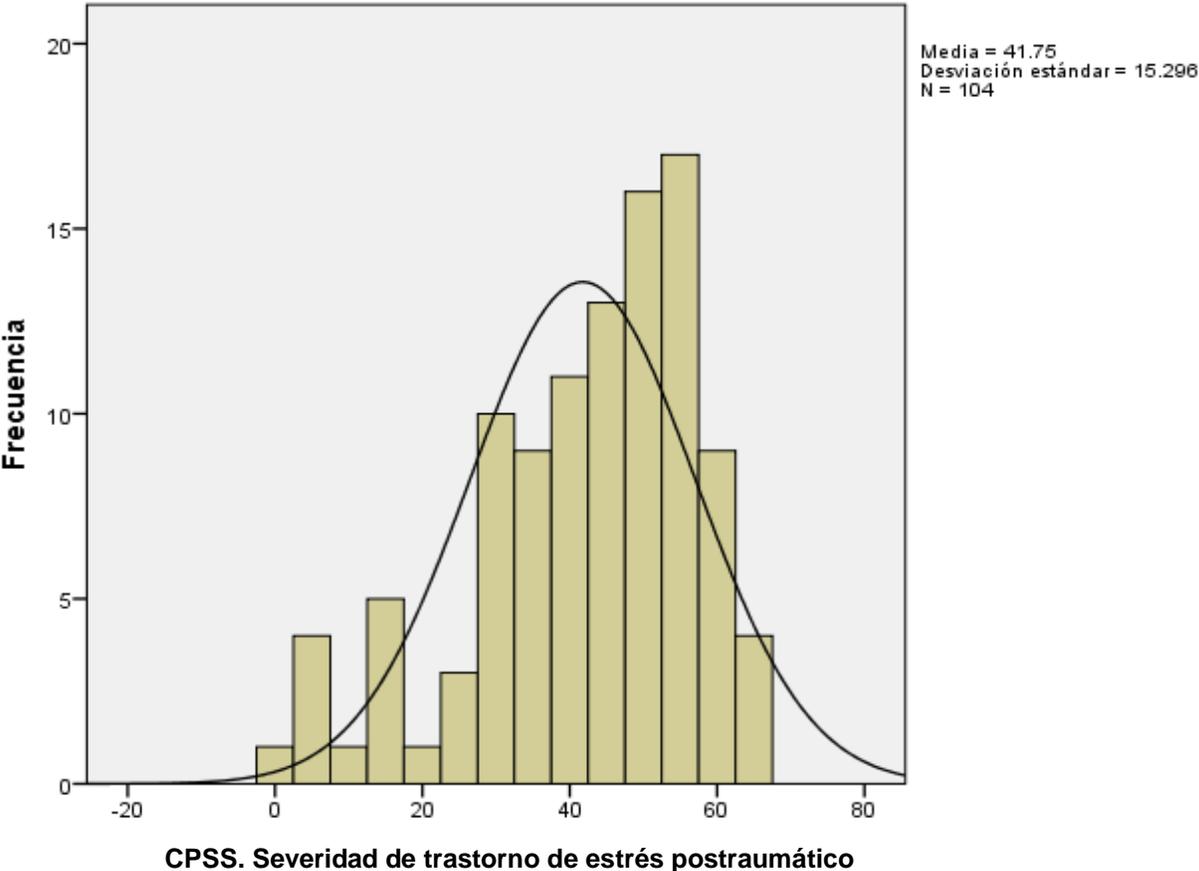


Gráfico 9. Distribución de severidad de TEPT de acuerdo a CPSS.



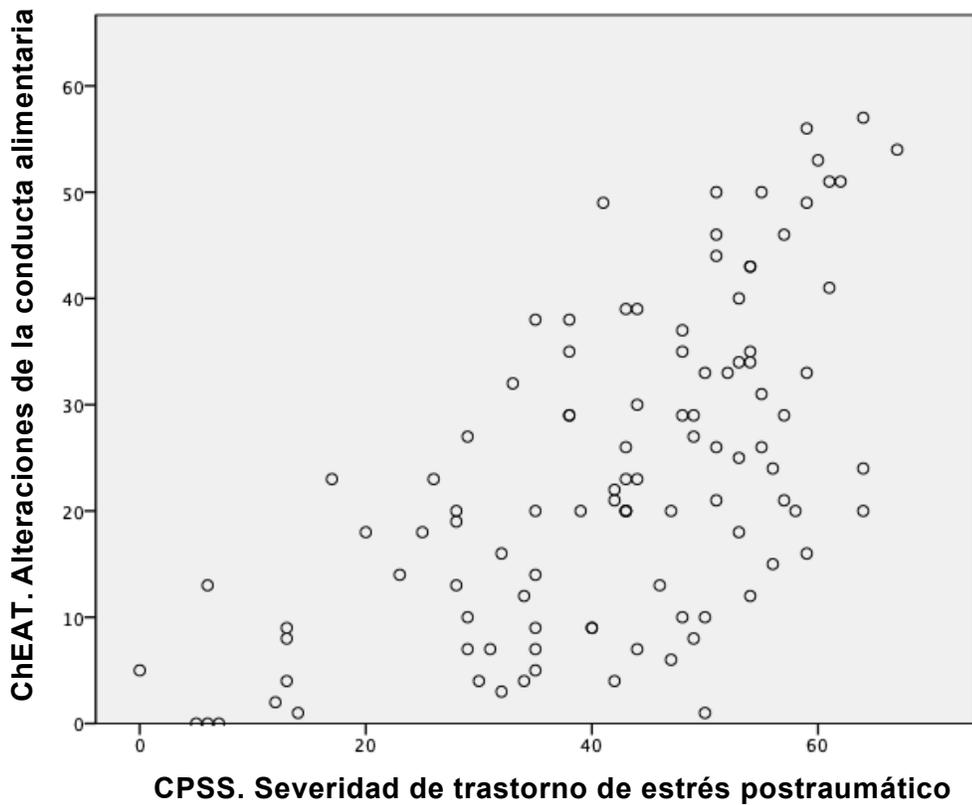
Al encontrar que una de las distribuciones no es simétrica, se utilizó un análisis de correlación no paramétrica *Rho Spearman*, obteniendo un coeficiente de correlación de .627, $p = <.000$ (Tabla 4 y Gráfico 10).

Tabla 4. Análisis de correlación *Rho Spearman*

	TEPT		
	N	Rho Spearman	p
ACA	104	.627*	<.000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (unilateral).

Gráfico 10. Dispersión de ChEAT y severidad de CPSS.



VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CON SEVERIDAD DE TEPT Y ACA

Se analizó la relación entre las variables sociodemográficas de sexo y edad con la severidad de TEPT y las ACA. En donde la severidad de TEPT alta con presencia de ACA en el 91.9% (n=57) fue sexo mujer, mientras que el 8.1% (n=5) fueron hombres, p=.116 (Tabla 5).

Tabla 5. Características descriptivas para sexo, severidad de TEPT y ACA.

CPSS	Sexo	ChEAT				p
		Presente		Ausente		
		N	% de N	N	% de N	
Alta	Mujer	57	91.9%	23	79.3%	.116
	Hombre	5	8.1%	6	20.7%	
Baja	Mujer	1	100%	10	83.3%	
	Hombre	0	0.0%	2	16.7%	

Nota. N=104. ACA medido con ChEAT. TEPT medido con CPSS.

En relación a la edad con la severidad de TEPT y las ACA, se observó que en la severidad de TEPT alta con presencia de ACA el 30.6% (n=19) tenían la edad de 14 años. A diferencia del grupo de severidad baja de TEPT con la presencia de ACA que solamente se reportó 1 caso de 11 años, p=.238 (Tabla 6).

Tabla 6. Características descriptivas para edad, severidad de TEPT y ACA.

CPSS	Edad	ChEAT				p
		Presente		Ausente		
		N	% de N	N	% de N	
Alta	9	0	0.0%	3	10.3%	.238
	10	1	1.6%	2	6.9%	
	11	6	9.7%	5	17.2%	
	12	12	19.4%	3	10.3%	
	13	6	9.7%	6	20.7%	
	14	19	30.6%	5	17.2%	
	15	18	29.0%	5	17.2%	
Baja	9	0	0.0%	0	0.0%	
	10	0	0.0%	0	0.0%	
	11	1	100%	1	8.3%	
	12	0	0.0%	2	16.7%	
	13	0	0.0%	2	16.7%	
	14	0	0.0%	2	16.7%	
	15	0	0.0%	5	41.7%	

Nota. N=104. ACA medido con ChEAT. TEPT medido con CPSS.

Tipo de abuso, tipo de agresor y lugar de la agresión, con severidad de TEPT y ACA

Respecto la relación entre en tipo de abuso con la severidad de TEPT y las ACA. En donde la severidad de TEPT alta con presencia de ACA en el 54.8% (n=34) tuvieron tipo de abuso sexual múltiple y el 45.2% (n=28) tipo de abuso, sexual. A diferencia del grupo de severidad baja de TEPT y la presencia de ACA que solamente n=1 presento tipo de abuso múltiple y no presentó abuso sexual, p=.101 (Tabla 7).

Tabla 7. Características descriptivas para tipo de abuso, severidad de TEPT y las ACA.

		ChEAT				p
		Presente		Ausente		
CPSS	Tipo de abuso	N	% de N	N	% de N	
Alta	Abuso sexual	28	45.2%	11	37.9%	.101
	Múltiples	34	54.8%	18	62.1%	
Baja	Abuso sexual	0	0.0%	2	16.7%	
	Múltiples	1	100%	10	83.3%	

Nota. N=104. ACA medido con ChEAT. TEPT medido con CPSS.

En relación entre en tipo de agresor con la severidad de TEPT y las ACA. En donde la severidad de TEPT alta con presencia de ACA en el 25.8% (n=16) el agresor fue un conocido, a diferencia del grupo de severidad baja de TEPT y la presencia de ACA que solamente n=1 el agresor fue un conocido, p=.727 (Tabla 8).

Tabla 8. Características descriptivas para tipo de agresor, severidad de TEPT y las ACA.

CPSS	Tipo de agresor	ChEAT				p
		Presente		Ausente		
		N	% de N	N	% de N	
Alta	Madre	1	1.6%	0	0.0%	.727
	Padre	6	9.7%	5	17.2%	
	Conocido	16	25.8%	9	31.0%	
	Desconocido	5	8.1%	1	3.4%	
	Múltiples	5	8.1%	2	6.9%	
	Abuelo	2	3.2%	1	3.4%	
	Hermano (a)	1	1.6%	0	0.0%	
	Tío	6	9.7%	1	3.4%	
	Primo menor de edad	10	16.1%	1	3.4%	
	Primo mayor de edad	0	0.0%	2	6.9%	
	Padrastro	9	14.5%	4	13.8%	
	Compañero de clase	1	1.6%	3	10.3%	
Baja	Madre	0	0.0%	0	0.0%	
	Padre	0	0.0%	1	8.3%	
	Conocido	1	100%	5	41.7%	
	Desconocido	0	0.0%	2	16.7%	
	Múltiples	0	0.0%	0	0.0%	
	Abuelo	0	0.0%	1	8.3%	
	Hermano (a)	0	0.0%	0	0.0%	
	Tío	0	0.0%	1	8.3%	
	Primo menor de edad	0	0.0%	2	16.7%	
	Primo mayor de edad	0	0.0%	0	0.0%	
	Padrastro	0	0.0%	0	0.0%	
	Compañero de clase	0	0.0%	0	0.0%	

Nota. N=104. ACA medido con ChEAT. TEPT medido con CPSS.

Se analizó la relación entre el lugar de la agresión con la severidad de TEPT y las ACA. En donde la severidad de TEPT alta con presencia de ACA en el 72.6% (n=45) el lugar de la agresión fue en el hogar, a diferencia del grupo de severidad baja de TEPT y la presencia de ACA que solamente n=1 el lugar de la agresión fue en el hogar, $p=.229$ (Tabla 9).

Tabla 9. Características descriptivas para tipo de lugar de la agresión, severidad de TEPT y las ACA.

CPSS	Tipo de lugar de agresión	ChEAT				p
		Presente		Ausente		
		N	% de N	N	% de N	
Alta	Comunidad	12	10.4%	3	10.0%	.229
	Desconocido	1	1.6%	0	0.0%	
	Escuela	2	3.2%	4	13.8%	
	Hogar	45	72.6%	22	75.9%	
	Múltiples	1	1.6%	0	0.0%	
	Otros	1	0.0%	0	0.0%	
Baja	Comunidad	0	0.0%	7	58.3%	
	Desconocido	0	0.0%	0	0.0%	
	Escuela	0	0.0%	1	8.3%	
	Hogar	1	100%	4	33.3%	
	Múltiples	0	0.0%	0	0.0%	
	Otros	0	0.0%	0	0.0%	

Nota. N=104. ACA medido con ChEAT. TEPT medido con CPSS.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación de la severidad de trastorno de estrés postraumático en pacientes con abuso sexual infantil con la presencia de alteraciones de la conducta alimentaria en una población de 9 a 15 años, atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. La investigación se realizó en el periodo de agosto de 2022 a mayo de 2023.

Los resultados revelaron una correlación significativa de moderada a alta entre la severidad de TEPT y ACA en los pacientes con ASI, obteniendo un coeficiente de correlación de .627,

$p=.000$, es decir, en esta población, a mayor casos de severidad alta de TEPT, mayor presencia de ACA, lo que conlleva mayor riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, lo cual es estadísticamente significativo por el valor de $p <.05$. Consistente con investigaciones previas donde se ha observado una relación entre los síntomas del TEPT y el comportamiento alimentario desordenado en mujeres que informaron haber sufrido ASI, en el cual se observaba una relación en la presencia de síntomas de estrés postraumático y alteraciones de la conducta alimentaria en mujeres adultas con antecedente de abuso sexual en la infancia o adolescencia²⁸. Otras de las investigaciones menciona relaciones positivas significativas entre ASI, la gravedad de los síntomas de TEPT con los trastornos alimentarios en la edad adulta, encontrando que la ASI estaba asociada con trastornos alimentarios en niveles altos, pero no bajos de gravedad de los síntomas del TEPT²⁹. Como se evidenció a lo largo del marco teórico en esta investigación, los trastornos alimenticios se relacionan de forma directa con el antecedente de abuso sexual y severidad de TEPT, si bien se han propuesto múltiples mecanismos que tratan de explicar la situación, al final, los hallazgos de esta investigación son los esperados, esto de acuerdo con la evolución descrita en investigaciones previas, tal como en el párrafo previamente citado.

En la muestra de 104 participantes con antecedente de ASI y TEPT se reportó el 87.5% ($n=91$) de sexo mujeres y el 12.5% ($n=13$) de sexo hombres, relacionándose con la estadística de la literatura, en donde la UNICEF menciona que el 75% de los infantes que sufren abuso son mujeres⁷.

De los niños que sufrieron abuso sexual infantil en este estudio, las principales edades fueron entre los 14 y 15 años, con edad media de 13.17 ($DE 1.64$), siendo en estas edades poco más de la mitad de los casos evaluados, por lo que la escolaridad con mayor frecuencia de ASI y TEPT se presentó en secundaria con 57.7% ($n=60$), ya que este rango de edad se encuentra cursándola, así mismo se encontró que los principales lugares donde se desarrollo la agresión fue el hogar 69.2%, la comunidad 21.2% y la escuela 6.7%, toda esta información es consistente con lo descrito por múltiples organismos e investigaciones, por ejemplo, de acuerdo con el Panorama Estadístico de la Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en 2019, aproximadamente 32.8% de las adolescentes de entre 15 y 17 años ha sufrido alguna forma

de violencia sexual en el ámbito comunitario; 12.8% en el ámbito escolar y 1.8% en el ámbito familiar ⁷.

El mayor número de casos reportados de ASI y TEPT fueron reportados en el lugar de residencia de las alcaldías Tlalpan e Iztapalapa con 13.5% (n=14) cada una y Gustavo A Madero con el 8.7% (n=9), si bien, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2017, reporta que de los 3.8 millones de mujeres de 15 años y más que hay en la Ciudad de México, 79.8% (3.0 millones), ha enfrentado violencia de cualquier tipo y de cualquier agresor alguna vez en su vida, pero no se tiene información sobre las localidades de mayor prevalencia de esta estadística³⁷.

En relación a las características del hogar de los casos reportados con ASI y TEPT, el hogar familiar fue el reportado en el 98.1% (n=102), que de acuerdo con el tipo de hogar, el tipo hogar nuclear describiéndose como un hogar con padres y hermanos, sin otros familiares, se presentó más frecuentemente en el 48.1% (n=50) de los casos, seguidamente del tipo ampliado con el 39.45% (n=41) describiéndose este tipo de hogar con padres, hermanos y otros familiares. La literatura menciona que si hay ciertas características se encuentran presentes en la dinámica familiar del abuso sexual como ser una estructura familiar rígida, la confusión de roles, el aislamiento social, los problemas sexuales de la pareja parental, la falta de límites físicos y psicológicos, además de mencionar que la mayoría de las familias son nucleares³⁸; considerando lo anterior características en las cuales el de hogar familiar puede presentar un abuso sexual, características que podrían relacionarse con lo obtenido en la muestra en el cual el hogar es familiar, con tipo nuclear.

De acuerdo con investigaciones previas el abuso sexual infantil 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 desconocido⁶. El abuso sexual es intrafamiliar en un 70% en edad preescolar; en cambio, en los escolares por encima de los seis años, el abuso sexual mayoritario es el extrafamiliar¹. En comparativa a dichas investigaciones, en este estudio se encontró que en el 50% (n=52) de casos el abuso fue intrafamiliar y en el 50% (n=52) restante el abuso fue de tipo extrafamiliar, que entre todos los tipos de agresores que incluían familiar y extrafamiliar el de mayor frecuencia fue alguien conocido con un 29.8% (n=31) y que la edad mas frecuente de toda la muestra con antecedente de ASI fue 15 años con el 26.9%, lo que concuerda con la

literatura mencionada que por encima de los seis años es mayoritario el ASI en medio extrafamiliar como lo es un conocido.

Los pacientes evaluados en esta investigación cumplen con las características adecuadas para ser considerados menores con antecedente de abuso sexual, pues de acuerdo con el DSM-5, se define el 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, incluyen actividades tales como caricias en los genitales del niño, penetración, incesto, violación, sodomización, exhibicionismo indecente, 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 agresor³. En este caso del total de menores evaluados, el 39.4% presentaron propiamente abuso sexual, 29.8% fue abuso sexual y violación, el 9.6% abuso sexual y hostigamiento, el 6.7% para cada caso, abuso sexual, violación e incesto y abuso sexual e incesto, el 3.8% para abuso sexual, violación y hostigamiento, el 2.8% para abuso sexual, incesto y hostigamiento y el 0.9% para abuso sexual, violación, incesto y hostigamiento. La ENDIREH, en 2016, reportó que el 4.4 millones de las mujeres menores de 15 años sufrieron abuso sexual, de los cuales 6.5% fueron víctimas de violación, el 0.8% estupro y el resto abuso se tipo sexual³⁹, si bien esto se relaciona pobremente con la estadística obtenida en la muestra, ya que podría verse sesgado por las deficiones de ASI de cada muestra y por que hoy en día se realicen mas reportes por el ASI que en 2016.

En cuanto al presunto agresor sexual, en esta muestra se encontró que el 50% fue un familiar y esa misma proporción por individuos extrafamiliares, de todos ellos el 29.8% ((n=31) el agresor fue alguien conocido, en el 12.5% (n=13) el padrastro, en el 11.5% (n=12) el padre biológico, en el 7.7% (n=8) un tío, estos datos varían un poco de la información que se menciona en la literatura; la ENDIREH, en 2016, reportó que los agresores de adolescentes de 15 años y durante la infancia fue mayormente un tío(a) en 20.1%, seguido de un conocido en 16%, posteriormente un primo 15.7%, mencionando al padre biológico con 5.8%³⁹. A pesar de que los datos en porcentaje son variables, ambos mantienen que los agresores que más frecuentemente se reportan con un conocido.

Tomando en cuenta que el total de los menores presentaron antecedente de abuso sexual, tal como se menciono previamente, de igual manera el total presentaron alteraciones psicológicas negativas correspondientes a trastorno de estrés postraumático, lo cual es consistente con las investigaciones actuales que mencionan que el abuso sexual ha sido reconocido como un trauma serio de la vida y un potenciador de síntomas de TEPT¹⁷. En complemento, en la muestra de población el 87.5% presentaron severidad grave y el 12.5% una severidad baja.

Se estima que alrededor 80% de las víctimas de agresiones sexuales infanto-adolescentes sufren consecuencias psicológicas negativas y presentan efectos que pueden repercutir en la vida adulta de no recibir un tratamiento adecuado y oportuno¹⁵. En comparativa, en esta investigación se evidenció con las escalas de CPSS y ChEAT, que el 100% presentaron consecuencias psicológicas negativas correspondientes con trastorno de estrés postraumático y por lo menos el 60.6% presentó alteraciones de la conducta alimentaria que nos indican un riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Respecto al análisis de las variables sociodemográficas como sexo, edad con la severidad de TEPT y ACA. Se encontró que el sexo mujer en un 91.9% (n=57) presentó severidad de TEPT alta con presencia de ACA, obteniendo una $p=.116$, lo cual no es estadísticamente significativo, lo que nos indica que en esta población el tipo sexo no esta relacionado con la severidad de TEPT y la presencia de ACA.

En el análisis de la edad, se encontró que la severidad alta con TEPT con la presencia de ACA se presentó mayormente en la edad de 14 años con 30.6% (n=19), obteniendo una $p=.238$, sin presentar significancia estadística, lo que nos indica que, en esta muestra la edad no se relaciona con la severidad de TEPT y la presencia de ACA.

En la relación de las variables de tipo de abuso, tipo de agresor y lugar de agresión con la severidad de TEPT y ACA, se reportó que el tipo de abuso, sexual se presentó en el 45.2% (n=28) y el tipo de abuso múltiple se presentó en el 54.8% (n=34) de los casos en los cuales se incluía violación, hostigamiento, incesto y abuso de tipo sexual, estos en relación con la severidad de TEPT alta y la presencia de ACA, en donde para ambas variables se obtuvo una $p=.101$, la cual no fue estadísticamente significativa, lo que nos indica que el tipo de abuso ya sea multiples o solamente sexual en esta nuestra población, no se relaciona con la severidad de TEPT y la presencia de ACA. Con respecto a tipo de agresor, se reportó con mayor número de caso que el agresor fue un conocido con el 25.8% (n=16), seguido primo

menor de edad 16.1% y padrastro 14.5% en relación a severidad de TEPT alta y presencia de ACA, con una $p=.727$, lo cual no es estadísticamente significativo, por lo que el tipo de agresor en esta muestra no se relaciona con la severidad de TEPT y la presencia de ACA. En el tipo de lugar de agresión el hogar se presentó en mayor número de casos con 72.6% ($n=45$), seguido de la comunidad con 10.4% ($n=12$) y escuela 3.2% ($n=2$), todos en relación con severidad alta de TEPT y presencia de ACA, reportándose con un valor de $p=.229$, lo cual no es estadísticamente significativo, lo que nos indica que el tipo de lugar de agresión en esta población no tiene relación con la severidad de TEPT y la presencia de ACA.

CONCLUSIONES

Se realizó un estudio de investigación en el servicio de PAINAVAS, bajo los lineamientos del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro” y bajo una premisa mayor la cual dicta: “La severidad del TEPT en pacientes con ASI se relaciona con la presencia de ACA en población de 9 a 15 años”.

Una vez obtenido y analizado los resultados, a continuación, se integran las siguientes conclusiones:

1. A través de la realización de una prueba Rho de Spearman se encontró una correlación significativa de moderada a fuerte entre la severidad del TEPT y las ACA, por lo que se puede asegurar que a mayor severidad del trastorno de estrés posttraumático mayor riesgo ACA, lo que nos indica un riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.
2. No se encontró relación significativa entre las variables como sexo, edad, tipo de abuso, tipo de agresor y tipo de lugar de agresión con la severidad de TEPT y la presencia de ACA.
2. Así mismo se puede concluir que de acuerdo con las escalas utilizadas, primeramente, con la CPSS se identificó que la mayoría de los niños y adolescentes presentaron trastorno de estrés posttraumático con severidad alta, mientras que, a través de la escala ChEAT se identificó que la mayoría de los niños y adolescentes tenían presente el riesgo de ACA, en ambos casos se presentan mayormente en las participantes de sexo mujer.

3. Es importante recalcar que la gran mayoría de niños y adolescentes con antecedente de abuso sexual corresponden al sexo mujer. Respecto al lugar de residencia, se reporto que las alcaldías Iztapalapa, Tlalpan y Gustavo A Madero presentaron el mayor número de casos.

4. La mayoría de los abusos sexuales infantiles son de tipo abuso sexual y se dan dentro del hogar, seguido de la comunidad y la escuela, siendo el agresor en la mayoría de los casos un conocido, el padrastro o un primo.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

En la realización de esta investigación se presentaron pocas limitantes.

1. Una de las limitantes fue que los participantes en edad escolar presentaron dificultad para complender algunos items de las escalas CPSS y ChEAT.

2. Al inicio cuando a los participantes se les aplicó las escalas CPSS y ChEAT en compañía de los familiares, se les observo temerosos limitandose a no contestar de manera real los items, que cuando se les aplicó sin los padres dentro del consulorio.

3. Otra de las limitaciones fue el no tomar como variable el tiempo en el que paso el abuso sexual y la aplicación de la clinimetria, debido a que se observo que en la mayoría de los participantes que, cuando la agresión sexual era reciente presentaba mayor intensidad de sintomatología en escala de CPSS y ChEAT, que en los que la agresión habia pasado hace meses o años.

Se recomienda la replicación de esta investigación, así como la atención integral de los pacientes a través de un grupo multidisciplinario, si ya se conocen las repercusiones, se pueden estudiar posibles alternativas que disminuyan la predisposición a dichas repercusiones.

REFERENCIAS

1. Losada AV, Saboya D. Abuso sexual infantil, trastorno de la conducta alimentaria y su tratamiento. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2013; 3(2):102-134.
2. Toro J. *Riesgo y causas de la Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel. 2005.
3. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. 5ª edición. España; Editorial Médica Panamericana; 2014.
4. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10*. 10ª edición. España; Editorial Médica Panamericana; 2000.
5. Código Penal Federal. Delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual: Hostigamiento sexual, abuso sexual, estupor y violación. 1931; 15(1):1-227.
6. Corsi J. *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Barcelona: Paidós; 1995; 252.
7. Álvarez GM, Castillo KJ. *Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México*. UNICEF para cada niño. 1ª ed. México; 2019.
8. Weissberg K, Quesnel GL. *Guía de trastornos alimenticios*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 1ª ed. México; 2004.
9. Moreno GMA, Rosa OVG. *Trastornos alimentarios y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes*. *Terapia Psicológica*. 2009; 27(2):181-190.
10. 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): 48–54.
11. Mora ZS. The Eating Attitude Test in Costa Rica: first evidence of its validity and reliability. *Actividades de Psicología*. 2012; 26(113):51-71.
12. Kimber M, McTavish JR, Couturier J, Boven A, Gill S, Dimitropoulos G, MacMillan HL. Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate partner violence for eating disorders: a systematic critical review. *BMC Psychology*. 2017 Dec;5(1):1-8.
13. Guadarrama GR, Mojica SA. Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e investigación en psicología, México*. 2011; 16(1):125-136.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV TR*, 4th ed. text revision. Washington DC. 2000.

15. Echeburúa E, Corral PD. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. Cuadernos de medicina forense. 2006 Apr (43-44):75-82
16. Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico. Barcelona: Ariel. 2000.
17. Zeledón Grande C, Arce Alvarado JG, Mejía Sánchez F, Naranjo Hernández A. Trastorno de estrés postraumático en adolescentes agredidos. Medicina Legal de Costa Rica. 2003 Sep;20(2):15-25.
18. Sancil L, Coffey C, Olsson C, Ried S, Carlin JB, Patton G. Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2008 Mar 1;162(3):261-267.
19. Perry BD, Pollard RA, Blakely TL, Baker WL, Vigilante D. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. Infant Mental Health Journal. 1995 Dec; 16(4):271-291.
20. Kearney-Cooke A, Striegel-Moore RH. Treatment of childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A feminist psychodynamic approach. International Journal of Eating Disorders. 1994 May;15(4):305-19.
21. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. Psychological bulletin. 1991 Jul;110(1):86.
22. Waller G. Sexual abuse as a factor in eating disorders. The British journal of Psychiatry. 1991 Nov; 159(5):664-671.
23. 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.
24. Quinn M. Cuando comer es una obsesión: diagnóstico y tratamiento del Binge Eating Disorder o trastorno por atracón. En: Panzitta MT, editor. Trastornos de la conducta alimentaria: bulimias, anorexias, aspectos teóricos clínicos. Buenos Aires: Kristal y Librería S.L; 2009.
25. Rozenblat V, Ong D, Fuller-Tyszkiewicz M, Akkermann K, Collier D, Engels RC, Fernandez-Aranda F, Harro J, Homberg JR, Karwautz A, Kivimäki E. A systematic review and secondary data analysis of the interactions between the serotonin transporter 5-HTTLPR polymorphism and environmental and psychological factors in eating disorders. Journal of Psychiatric Research. 2017 Jan; 84:62-67.

26. BJÖRNTORP P. Visceral fat accumulation: the missing link between psychosocial factors and cardiovascular disease? *Journal of Internal Medicine*. 1991 Sep; 230(3): 195–201.
27. Midei AJ, Matthews KA, Bromberger JT. Childhood abuse is associated with adiposity in midlife women: possible pathways through trait anger and reproductive hormones. *Psychosomatic Medicine*. 2010 Feb; 72(2): 215–223.
28. Ferguson AK, Brausch AM. Resilience mediates the relationship between PTSD symptoms and disordered eating in college women who have experienced sexual victimization. *Journal of interpersonal violence*. 2022 Jan; 37(1-2):NP1013-30.
29. Kiefer R, Goncharenko S, Contractor AA, Depina MZ, Weiss NH. Posttraumatic stress disorder symptoms moderate the relation between childhood sexual abuse and disordered eating in a community sample. *International journal of eating disorders*. 2021 Oct;54(10):1819-28.
30. Brenes Prats ME, Enriquez Leal KA. Correlación entre el antecedente de abuso sexual y las alteraciones de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. Estudio transversal en el servicio de PAINAVAS del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” [tesis especialidad]. Ciudad de México; 2021.
31. Franco-Paredes K, Díaz-Reséndiz F, Santoyo-Telles F, Hidalgo-Rasmussen CA. Conductas y actitudes alimentarias anómalas y calidad de vida relacionadas con la salud de niños. *Revista de psicología*. (Santiago). 2017 Dec; 26(2):40-49.
32. 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
33. Franco PK, Álvarez RGL, Ramírez RRE. Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2011; (2):148-164.
34. Foa EB, Johnson KM, Feeny NC, Treadwell KR. The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of clinical child psychology*. 2001 Aug 1;30(3):376-84.
35. Bustos P, Rincón P, Aedo J. Preliminary Validation of the Child PTSD Symptom Scale (CPSS) in Children and Adolescent Victims of Sexual Violence. *Psyche (Santiago)*. 2009 Nov;18(2):113-26.

- 36.** González Arratia López Fuentes NI, Torres Muñoz MA, Aguilar Montes de Oca YP, González Arratia Visoso F, González Escobar S, Ruíz Martínez AO. Afrontamiento y síntomas de estrés postraumático en niños mexicanos después del sismo de 2017. CIENCIA ergo-sum: revista científica multidisciplinaria de la Universidad Autónoma del Estado de México. 2019;26(3):1-2.
- 37.** Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. Estadística a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer. INEGI. México; 2017.
- 38.** Veronica Losada A, Rosaura Jursza I. Abuso Sexual Infantil Y Dinámica Familiar. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2019;22(3).
- 39.** Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. ENDIREH. México; 2017 Agos 18.

ANEXOS

ANEXO 1: CARTA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL, "DR. JUAN N. NAVARRO"



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

Ciudad de México, 12 de octubre del 2022

Asunto: dictamen de protocolo I13/02/0221

Resolución No.: HPIUNN-CI-DA-012-2022

Dra. Mirna E. Brenes Prats

Presente

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

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

Atentamente

Dr. Michel Gutierrez Ceniceros
Presidente del Comité de Investigación

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

ANEXO 1: CARTA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL, "DR. JUAN N. NAVARRO"



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Ciudad de México a 18 de enero de 2023
Oficio No. SPPS/DGSAP/HPIJNN/JDI/006/2023
Asunto: Registro de tesis derivada

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

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

Título del proyecto: *"Correlación entre alteraciones de la conducta alimentaria en niños y adolescentes con antecedente de abuso sexual. Estudio transversal en el servicio de pinavas 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 de la severidad del trastorno de estrés postraumático en pacientes con abuso sexual con la presencia de alteraciones de la conducta alimentaria en el servicio de PINAVAS, del Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México".

Clave de registro: I13/02/0221/Td

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: Karina Azucena Enriquez Leal.

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 2: 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 precionan 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 3: ESCALA INFANTIL DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (CPSS)

En las últimas 2 semanas.....					
	0 Nunca	1 Solo una vez	2 Entre 2 y 3 veces	3 Entre 4 y 8 veces	4 9 veces y más
1. ¿Has tenido pensamientos o imágenes molestas acerca de lo que te pasó y que vienen a tu mente aunque tú no hayas querido recordarlas?	0	1	2	3	4
2. ¿Has tenido sueños malos o pesadillas?	0	1	2	3	4
3. ¿Has tenido la sensación como si lo que te pasó estuviera ocurriendo de nuevo, como si estuvieras ahí otra vez? (por ejemplo, al escuchar o ver algo que te recuerde lo que a ti te pasó).	0	1	2	3	4
4. ¿Te has sentido mal cuando piensas acerca de lo que te pasó o cuando escuchas hablar acerca de lo que te pasó? (por ejemplo, sintiéndote asustado, enojado, triste, culpable, con miedo, etc.).	0	1	2	3	4
5. ¿Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas acerca de lo que te pasó? (por ejemplo, transpirando repentinamente o laténdote muy rápido el corazón).	0	1	2	3	4
6. ¿Haces esfuerzos para no pensar, no hablar o de no tener sentimientos acerca de lo que te pasó?	0	1	2	3	4
7. ¿Has tratado de evitar actividades, personas o lugares que te recuerden lo que te pasó?	0	1	2	3	4
8. ¿Has olvidado una parte importante de lo que te pasó?	0	1	2	3	4
9. ¿Has tenido muy pocas ganas de hacer cosas que antes acostumbrabas hacer?	0	1	2	3	4
10. ¿Has tenido dificultades para sentirte cercano(a) a tus seres queridos?	0	1	2	3	4
11. ¿Te cuesta mucho tener sentimientos fuertes? (por ejemplo, te cuesta mucho llorar o sentirte feliz).	0	1	2	3	4
12. ¿Has sentido que tus planes futuros o tus esperanzas no se harán realidad? (por ejemplo, has sentido que no terminarás la escuela, que no te casarás o que no tendrás hijos).	0	1	2	3	4
13. ¿Has tenido problemas para quedarte dormido(a) o para permanecer dormido(a) en la noche?	0	1	2	3	4
14. ¿Te enojas más fácilmente que antes de vivir lo que te pasó?	0	1	2	3	4
15. ¿Has tenido dificultades para concentrarte? (por ejemplo, perdiendo el hilo de una historia en la televisión, olvidando lo que leías, no poniendo atención en clases).	0	1	2	3	4
16. ¿Has estado demasiado vigilante? (por ejemplo, estás muy atento(a) de que personas están a tu alrededor).	0	1	2	3	4
17. ¿Te asustas más fácilmente que antes? (por ejemplo, cuando alguien se acerca por detrás de ti).	0	1	2	3	4

ANEXO 4: CARTA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL, “DR. JUAN N. NAVARRO”



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

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

Dra. Mirna E. Brenes Prats

Presente

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

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

Atentamente



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

c.c.p. Dr. Emmanuel 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 4: CARTA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL, “DR. JUAN N. NAVARRO”



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

Ciudad de México, 24 de mayo del 2023

Asunto: carta de aprobación

Resolución No.: HPIJNN-CEI-012-2023

Dra. Karina Azucena Enríquez Leal

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 de la severidad del trastorno de estrés postraumático en pacientes con abuso sexual con presencia de alteraciones de la conducta alimentaria en el servicio de PAINAVAS, del Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”, con número de registro I13/02/0221/Td.

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 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. Karina Azucena Enriquez Leal.

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 tres 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, la Escala Infantil de Síntomas de Estrés Postraumático (CPSS), que permite evaluar la presencia de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en niños/as y adolescentes con una historia conocido de un evento traumático 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 ha 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. Karina Azucena Enrique Leal al teléfono 6622812520.

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del familiar o tutor

Nombre y firma del testigo

Fecha: _____.

ANEXO 6: CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

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 I13/02/0221

He sido valorado/a en esta institución por el médico especialista del servicio de PAINAVAS y me dieron como diagnóstico algún tipo de problema de salud mental, que requiere atención en esta institución. Por eso he sido invitado/a a participar voluntariamente en un estudio de investigación donde resolveré unos cuestionarios, que nos ayudan a medir la intensidad de problemas relacionados con alteraciones de la conducta alimentaria y la severidad del trastorno de estrés postraumático, que es una reacción emocional experimentada ante un evento estresante. Los instrumentos que están en los cuestionarios y en la entrevista se llaman: Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT) y Escala Infantil de Síntomas de Estrés Postraumático (CPSS). 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 20 minutos en resolverse aproximadamente.

Beneficios del estudio

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

Derecho a retirarme del estudio

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

Confidencialidad

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

Firmas del Asentamiento Informado

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

Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio

Si tengo cualquier pregunta acerca de este estudio me puedo poner en contacto con la Dra. Karina Azucena Enriquez Leal quien es la investigadora responsable y la podemos localizar en el teléfono 6622812520.

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.

Nombre completo y firma del **paciente**

Fecha

Nombre completo y firma de **madre/padre o tutor**

Fecha

Nombre completo y firma la persona **testigo**

Fecha

Dra. Karina Azucena Enriquez Leal
Investigador que explicó la información de este consentimiento

Fecha