



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1
ZACATECAS, ZACATECAS.**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE
MONTE ESCOBEDO, ZACATECAS.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. IVONNE LAMAS RODRIGUEZ

ZACATECAS, ZAC.

2012



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.

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE
MONTE ESCOBEDO, ZACATECAS”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. IVONNE LAMAS RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES

DR. ARMANDO PÉREZ RAMÍREZ

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO EN EDUCACIÓN EN SALUD

DR. EDUARDO MARTÍNEZ CALDERA

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO EN INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. ALICIA VILLA CISNEROS

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN EL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA Y ASESOR CLÍNICO DE TESIS No. 1, ZACATECAS, ZAC**

ZACATECAS, ZAC.

DICIEMBRE DEL 2012

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGOS PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE MONTE ESCOBEDO ZACATECAS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

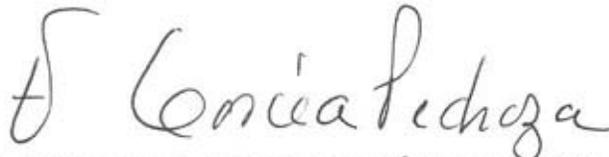
PRESENTA

DRA. IVONNE LAMAS RODRÍGUEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

Investigadores:

Dra. Ivonne Lamas Rodríguez.

Residente de la Especialización en Medicina Familiar

Lugar de Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 32

Monte Escobedo, Zacatecas.

Domicilio: Calle Cristóbal de Oñate No. 226 Fraccionamiento Lomas Bizantinas,
Zacatecas, Zac.

C.P.98083

Tel. 01 457 103 7025.

Matricula: 99341231

Matricula UNAM: 508224234

E-mail: ivonnelamas@hotmail.com

ivonne.lamas@imss.gob.mx

Asesor clínico y Metodológico:

Dra. Ma. Del Carmen Fraire Galindo

Profesor titular de la Especialización en Medicina Familiar

HGZ No. 1 IMSS, Zacatecas, Zac.

Domicilio: Sierra el Sabino No. 314, Frac. Colinas del Padre 2° sección.

C.P. 98085

Telefono particular: 01 492 899 92 39

Matricula: 7800959

E-mail maria_carmenfraire16@yahoo.com.mx

TITULO

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE
MONTE ESCOBEDO, ZACATECAS”**

INDICE GENERAL

1.- Resumen estructurado	8
2. Antecedentes	9
3. Planteamiento del problema	23
4.- Pregunta de investigación	24
5. Justificación	26
6. Objetivos	27
6.1. Objetivo general	27
6.2 Objetivos específicos.....	27
7. Metodología	28
7.1 Tipo de estudio	28
7.2 Población.....	28
7.3 Lugar	28
7.4 Tiempo de estudio	28
7.5 Tipo de muestreo.....	28
7.6 Tamaño de la muestra.....	28
7.7 Criterios de selección de la población	30
7.7.1 Criterios de inclusión	30
7.7.2 Criterios de exclusión	30
7.7.3 Criterios de eliminación	30
7.8 Variables de estudio	31
7.9 Método para captar información	33
7.10 Análisis estadístico	34
7.11 Consideraciones éticas	35
8. Resultados	36
9. Discusión.....	44
10. Conclusiones.....	46
11. Conflicto de intereses.....	48
12.- Perspectivas del estudio	48
12.1 Clínico asistencial.....	48

12.2 Desde el punto de vista metodológico.....	48
13. Referencias bibliográficas	49
14. Anexos	52
14.1 Consentimiento informado.....	52
14.2 Cédula de identificación	53
14.3 Dictamen de autorización	54
14.4 FACES III	55
14.5 CUESTIONARIO DE SCOFF	56
14.6 Método de GRAFFAR	57

1 RESUMEN ESTRUCTURADO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE MONTE ESCOBEDO, ZACATECAS.

Lamas- Rodríguez Ivonne¹, Fraire- Galindo Ma. Del Carmen².

¹Alumna de la Especialidad en Medicina Familiar para médicos generales del IMSS. Con aval de la Universidad Nacional Autónoma de México. Unidad de Medicina Familiar No. 32, ² Profesor titular de la Especialización en Medicina Familiar HGZ No. 1 Zacatecas. Sede Zacatecas

INTRODUCCION.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TAC) son padecimientos que comienzan a gestarse dentro del seno familiar y se manifiestan sobre todo en los adolescentes, dadas las características propias de esta etapa de la vida, dependiendo de múltiples variables, entre otras del tipo de vínculo y de adaptabilidad que tienen los integrantes de este sistema familiar.

OBJETIVO. El objetivo del presente estudio fue identificar el riesgo que tienen los adolescentes para presentar trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la funcionalidad familiar en la localidad de Monte Escobedo, Zacatecas.

MATERIAL Y METODO. Estudio transversal y prospectivo realizado de agosto a diciembre de 2012 a 60 familias con integrante adolescente seleccionadas mediante muestreo no probabilístico. Se estudió el nivel socioeconómico (Graffar), funcionalidad familiar (FACES III), y el riesgo para desarrollar TCA (SCOFF) así como características sociodemográficas del adolescente. Análisis uni y bivariado con SPSS v.16 con estadística descriptiva y RM de prevalencia χ^2 MH o Exacta de Fisher, $p \leq 0.05$, IC 95%.

Resultados: Tasa respuesta 100%. 25% de los adolescentes con riesgo para presentar TAC. La disfunción familiar en los aspectos de cohesión y adaptabilidad, resultaron, desde el punto de vista clínico factores de riesgo para estos trastornos alimenticios con RM de 2.0, valores de p 0.28 (IC 0.63-3.91) y RM de 2.8, valores de p 0.78 (IC 0.95-1.88), respectivamente. El nivel socioeconómico familiar factor de nulidad.

Conclusiones: El riesgo de presentar TCA en los adolescentes con algún tipo de disfunción familiar es elevado. Es necesario realizar intervención familiar a fin de evitar daños a la salud y disminuir el riesgo de mayor alteración en los vínculos de inadaptabilidad familiar en sus integrantes familiares.

PALABRAS CLAVE. Funcionalidad familiar, riesgo, trastornos de la conducta alimentaria, adolescencia.

2 ANTECEDENTES

En sus inicios, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados; propiedad de un solo hombre. En la estructura original romana, la familia era regida por el *pater*, quien tenía todo el poder, no solo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos. Con las transformaciones, que ha experimentado la familia han surgido diferentes definiciones. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud, define a la familia, como: “un grupo de personas emparentadas entre si, hasta un grado determinado ya sea por sangre, adopción o matrimonio”.

Otros autores como Minuchin, la consideran como: “el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y su participación con grupos extrafamiliares”.

Las principales estructuras familiares que hoy conviven en la sociedad y que responden a diferentes formas de adaptarse a las restricciones sociales, que comparten riesgos para la salud y la enfermedad, podrían resumirse así:

FAMILIA NUCLEAR CON HIJOS: padre, madre e hijos que viven juntos en una unidad familiar. Pueden trabajar, solamente el marido, la mujer, ambos, tener trabajos eventuales o estar desempleados.

FAMILIA NUCLEAR SIN HIJOS: Conformado solo por la pareja (viven juntos, no tienen hijos, o ya no viven con ellos).

FAMILIA SEMINUCLEAR: (Monoparental o uniparental) (divorcio, abandono o separación acordada) con hijos en edad escolar o preescolar. El progenitor trabaja o la mantiene la pareja ausente.

Matrimonio mayor, padre proveedor, hijos universitarios o casados, o que ya

trabajan.

Parejas que conviven sin casarse y que pueden tener hijos propios.

Familias reconstituidas luego que uno o los dos cónyuges han tenido matrimonios anteriores. Pueden tener consigo a los hijos anteriores, a los hijos que nacen de la nueva relación.

FAMILIA EXTENSA: Familias extensas formadas por familias nucleares y parientes que viven cerca e interactúan en un sistema recíproco de intercambio de bienes y servicios.

Parientes que se hacen cargo en manera más o menos permanente de nietos, sobrinos.

Familias de tres generaciones (diferentes posibilidades de cohabitación en una sola unidad familiar).

FAMILIA COMPUESTA: Grupo de personas, familiares y no, que viven bajo el mismo techo. Personas que viven solas o allegadas, pero sin lazos consanguíneos.

Esta clasificación demuestra que puede haber gran discrepancia entre lo que comúnmente se denomina “familia” y las modalidades de estructura familiar existentes en la realidad. Por otra parte, también demuestra que hay discrepancia entre la realidad y lo que se concibe como familia fundamentada en conceptos jurídicos o legales.

TIPOLOGIA FAMILIAR

Clasificación de la familia en base a su desarrollo:

MODERNA/TRADICIONAL: un dato fundamental para ubicar a la familia desde su desarrollo; es si la madre de familia trabaja o no, por sí solo este elemento facilita

ubicar a la familia en moderna o tradicional, debido a que se sobreentiende que para que la madre trabaje- en caso de no estar divorciada, viuda o separada- requirió haber realizado una negociación con su esposo. Así la familia se constituye en moderna.

Clasificación de la familia con base en su demografía:

URBANA O RURAL: Dato de importancia por reportar con una sola palabra el acceso o la disponibilidad a servicios de la comunidad (agua potable, electricidad, drenaje, etc).

Clasificación en base a su integración:

INTEGRADA: en la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones.

Semi-integrada: en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

DESINTEGRADA: es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

Clasificación de la familia con base a la ocupación del jefe(s):

CAMPESINA, OBRERA, TECNICA, PROFESIONAL TECNICA Y PROFESIONAL: Información que reporta el jefe de familia útil para ubicar indirectamente el nivel socioeconómico de la familia y las posibilidades de desarrollo al menos desde el punto de vista económico ⁽¹⁾.

FUNCIONES DE LA FAMILIA:

I. SOCIALIZACION: la tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con “independencia” para desarrollarse en la sociedad.

II. CUIDADO: en ella se identifican cuatro determinantes: alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.

III. AFECTO: definido como el objeto fundamental de “TRANSACCION DENTRO DE LA FAMILIA”.

IV. REPRODUCCION: durante siglos se observó como la función esencial de la familia. La “misión” de la familia era vista como casi exclusivamente el suministrar nuevos miembros a la sociedad.

V. OTORGAMIENTO DE ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO: Al ver que la familia es la institución entre los individuos y la sociedad, es de suma importancia el reconocimiento de este grupo primario en la misma, transfiriéndole derechos y obligaciones con el objetivo de perpetuar privilegios y logros familiares.

Para fines de este estudio se considera adecuado valorar la funcionalidad familiar en base al instrumento FACES III; el cual forma parte del modelo circunflejo marital y sistémico familiar, en el cual se presentan como principales características la adaptabilidad, cohesión y comunicación; la cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia) tienen entre sí, y la adaptabilidad es la habilidad del sistema para cambiar. El instrumento más conocido es el FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). Mide los grados de adaptabilidad y cohesión según el modelo circunflejo.

La escala FACES I (versión original) constaba de 111 ítems. Fue desarrollada en los trabajos de doctorado de Portner y Bell.

La escala FACES II se diseñó a partir de las FACES I, a fin de disponer de un instrumento más breve, con frases mucho más sencillas, de manera que pudieran ser respondidas por los hijos y personas con dificultades de comprensión. Conservaron las mismas categorías en cada dimensión. Con la ayuda de los datos

obtenidos, después de considerar los resultados del análisis factorial, se redujo la escala a sólo 50 ítems, obteniéndose una confiabilidad de 0.91 para la subescala de cohesión y de 0.80 para la adaptabilidad.

Posteriormente Olson, Russell & Sprenkle usaron esta versión, pero tras el análisis factorial la redujeron a 30 ítems, 16 relativos a cohesión y 14 a adaptabilidad, lo que dio origen a la versión final de la FACES II.

A fin de mejorar la confiabilidad, validez y utilidad clínica del instrumento, se desarrolló una tercera versión de la escala (FACES III), que resultó una escala formada por 20 ítems, 10 relativos a cohesión y 10 a la adaptabilidad.

Polaino-Lorente & Martínez Cano usaron la FACES III, esto derivó en la formulación de una escala de 20 ítems, ocho relativos a cohesión, ocho relativos a adaptabilidad y cuatro referidos a los hijos. Este versión, así compuesta es la denominada CAF.

Escalas de Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar: la base teórica es un enfoque sistémico familiar del modelo circunflejo, los autores son David Olson, Joyce Portner, Yoav Lavee, de la Universidad de Minnesota (1985). Los niveles de evaluación abarcan el nivel familiar y de pareja, los focos de evaluación incluyen: percepción real de la familia, percepción ideal de la familia y el nivel de satisfacción familiar. Cuenta con dos escalas con 20 ítems para real y 20 para ideal.

En 1983 se publicó por Olson, Russell y Sprenkle, el modelo circunflejo del sistema marital y familiar: VI. Actualización teórica. Este documento actualiza el trabajo teórico en el modelo circunflejo y provee de nuevas y revisadas hipótesis, así como similitudes y contrastes con el modelo sistémico de Beavers y la crítica de Voeller. El FACES III es una herramienta de asesoría recientemente revisada que provee asesoría familiar (percibida e ideal) que es útil empírica y clínicamente.

El FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) se elaboró a finales de la década de 1960, para hacer dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo operacionales en el sistema familiar y conyugal, con el propósito de

facilitar el enlace entre la práctica clínica y la teoría, así como la investigación con familias.

Es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento, con una fiabilidad en alfa de Cronbach de 0.80. Tal y como se le define en el modelo circunflejo, el que está basado en dos variables principales, la cohesión y la adaptabilidad, las cuales son postuladas como las dos dimensiones primarias que en gran parte explican la conducta familiar.

La prueba según sus autores, presenta indicadores de fiabilidad importante en una muestra numerosa de sujetos a lo largo del ciclo evolutivo de la familia, además se han reportado informes de la utilidad clínica y diagnóstica del FACES III, hecho que ha promovido el interés de estudios de validación en diferentes países de Iberoamérica, lo que incluye a México en los estudios del Dr. Gómez Clavellina, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Este instrumento ha probado su eficacia para discriminar familias clínicamente moderadas, en cohesión y adaptabilidad, y familias no clínicas, lo cual lo constituye como un modelo con excelente perspectiva de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación.

FACES III es un instrumento de fácil aplicación y de calificar, cuenta con una escala que incluye 5 opciones con valores de 1 a 5 y puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años.

El instrumento presenta las siguientes características:

1. Nunca
2. Casi nunca
3. Algunas veces
4. Casi siempre
5. Siempre

Describa a su familia:

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
4. Los hijos pueden opinar respecto a su disciplina.
5. Nos gusta convivir con los familiares mas cercanos.

6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
7. Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo con los castigos.
11. Nos sentimos muy unidos.
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.
14. En nuestra familia las reglas cambian.
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
17. Consultamos unos a otros para tomar decisiones.
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
19. La unión familiar es importante.
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

Clasificación de cohesión familiar de FACES III

Cohesión	amplitud de clase
No relacionada	10-34
Semirrelacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50

Clasificación de adaptabilidad de FACES III

Adaptabilidad	amplitud de clase
Rígida	10-19
Estructurada	20-24

Flexible	25-28
Caótica	29-50 ⁽²⁾

El Dr. Lauro Estrada Inda en su libro: “El ciclo vital de la familia”, en su cuarta fase; “la adolescencia”, nos habla de como el advenimiento de esta etapa es, tal vez, el que más pone a prueba la flexibilidad del sistema familiar. Pues en esta edad se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales serios. Para que este sistema logre manejar adecuadamente esta etapa, es necesario tomar en cuenta varios factores. El adolescente normal presenta crisis de identidad, pero no difusión de la identidad. Las crisis obedecen a que el sentimiento interno de identidad, de pronto y con los cambios físicos del adolescente, no corresponde a la conformación del medio ambiente, que ya lo empieza a tratar como joven adulto ⁽³⁾.

De acuerdo con la edad, la adolescencia, se divide en tres etapas; la etapa temprana (10-12 años), la etapa media (13-15 años) y la etapa tardía (16 a 18 o hasta 20 años).

En la adolescencia tardía existen dos conductas: las riesgosas, donde se adquieren las denominadas “conductas desinhibidas”, que pueden clasificarse como siguen: consumo de drogas, ausentismo escolar y riesgo de lesiones no intencionales tales como; consumir bebidas alcohólicas y conducir vehículos sin usar cinturón de seguridad. Las otras conductas son las “alteradas tranquilas”, ellas incluyen la imagen corporal deficiente, los trastornos de la alimentación, la ingesta excesiva de algún alimento, la bulimia y las dietas crónicas, temor al perder el respeto a consumo de alimentos, tensión emocional e ideas suicidas ⁽⁴⁾.

En general, los adolescentes son sujetos que tanto por sus cambios físicos como psicológicos y sociales, representan un grupo muy vulnerable al desarrollo de conductas como, alteración relacionada con la alimentación, practicas erróneas de control de peso y alteración de la percepción de la imagen corporal. Su brote de

crecimiento acelerado, los cambios en sus caracteres sexuales secundarios y su “aparente inadaptabilidad social” los coloca en una situación “única” psicológica y afectivamente equidistante tanto del adulto productivo, como del niño preescolar y escolar que fue pocos años antes ⁽⁵⁾.

El hijo adolescente constituye un desafío para la familia. Adquiere importancia el grupo de pares y nuevas normas de conducta, valores propios sobre consumo de drogas y alcohol, vestimenta, estilo de vida y de relación, etc. El adolescente exige reajustes a los padres. El tema de la autonomía y el control se debe negociar en todos los planos. Los padres también experimentan cambios y momentos de pasaje en su propia etapa vital que influyen en la familia y que son influidos por esta. Es posible que sus propios padres requieran cuidados y atenciones que compensen la declinación de sus fuerzas o la muerte de uno de ellos ⁽⁶⁾.

Desde tiempos inmemorables, el comer ha sido un acto social que permite fortalecer relaciones, cerrar negocios, compartir con seres queridos e incluso mantener estatus, dependiendo de la cantidad de comida existente en los banquetes y la complexión física de los anfitriones o invitados; por ejemplo la obesidad en otras épocas ha significado salud, riqueza, belleza, mientras que la delgadez se consideraba como fealdad, penuria o enfermedad; en la actualidad se ha invertido su significado social, se ve el rechazo a las personas con sobrepeso y se potencia un canon de belleza, en competencia con nuestras características étnicas ⁽⁷⁾.

La alimentación, el cuerpo y la salud, están íntimamente relacionados y determinados en los espacios que constituyen dimensiones de nuestra experiencia corporal y de identidad. El tiempo y el espacio ordenan el sentido del “yo” en el mundo, las relaciones y encuentros con los demás y también la forma de cuidar nuestros cuerpos.

La transformación en el estilo de vida en México, es particularmente importante en términos del proceso de urbanización de las poblaciones rurales, principalmente

en el régimen alimentario urbano con ingesta de más grasas, edulcorantes e hidratos de carbono refinados y patrones de actividad física. A los cambios en la alimentación, también se le ha llamado “transición nutricional” que se corresponde con un aumento de los ingresos, la influencia de los medios de comunicación de masas y el “marketing” de alimentos y a toda una serie de cambios en las características de trabajos y el ocio ⁽⁸⁾.

El término “conducta alimentaria” se asocia de manera inmediata con el hecho de ingerir alimentos; sin embargo, es una conducta compleja mediada por factores externos a la persona y no exclusivamente porque los individuos quieran satisfacer sus necesidades alimentarias y sus requerimientos nutricios.

La alteración de esta conducta ha dado origen a lo que se conoce como trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tales como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el “trastorno por atracón”, en los cuales se ven distorsionados los patrones de la ingestión de alimentos, olvidándose la importancia de mantener un balance entre ingestión y gasto de energía, lo que repercute de manera importante en estado nutricional y por ende en la salud del individuo ⁽⁹⁾.

El manual para estadística de diagnóstico en psiquiatría, de la Asociación Americana de Psiquiatría (D.S.M.-IV), reconoce que existen varios tipos de trastornos mentales relacionados con la comida y que comparten entre ellos una intensa preocupación por el peso, los alimentos y las alteraciones de la figura corporal. Los trastornos del comportamiento alimentario, se subdividen en anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y los trastornos no especificados (NOES).

La anorexia nerviosa es un trastorno mental que se caracteriza por una importante y deliberada pérdida de peso, intenso temor a la obesidad y alteraciones e la percepción de la figura corporal y el peso.

La bulimia nerviosa es un síndrome de episodios incontrolados de ingesta de comida seguidos por vómito auto inducido, uso de laxantes y otros métodos dirigidos a prevenir el aumento de peso.

Los trastornos no especificados son una categoría que recoge las alteraciones en el comportamiento alimentario que no llenan los criterios para anorexia y bulimia nerviosa ⁽¹⁰⁾.

Dentro de los factores del riesgo se podrían citar la historia familiar, la preocupación por la comida y el peso, la obesidad pre-mórbida, obsesionalismo y trastorno obsesivo, trastorno afectivo, rasgos de perfeccionismo, exposición a acontecimientos estresantes, pérdidas y duelos, abuso de sustancias y baja estima (11). Además se han identificado diversos posibles factores de riesgo, como dificultades tempranas en la alimentación, síntomas de ansiedad, rasgos perfeccionistas y el estilo parietal, pero ninguno se ha demostrado de forma concluyente ⁽¹²⁾.

Dentro de los factores de riesgo, estudiados, se reconocen las actuales preferencias sociales por la delgadez que han afectado la conducta alimentaria, y las actitudes con respecto a la comida entre las mujeres adolescentes y jóvenes; por tal motivo, la dieta se ha considerado como una conducta normativa. La restricción alimentaria y el ayuno fueron las conductas compensatorias no purgativas más frecuentes, presentándose más en los varones y el ejercicio excesivo en las mujeres ⁽¹³⁾.

Los factores socioculturales, se han mostrado como agentes etiopatogénicos fundamentales en el origen de los TCA y en el desarrollo de las enfermedades psiquiátricas asociadas. Entre ellos se citan la edad, la imagen corporal, el sexo, el nivel socioeconómico familiar, las prácticas dietéticas y deportivas, o las relaciones y dinámicas que se establecen entre los grupos familiares o de iguales ⁽¹⁴⁾.

Una explicación múlticausal de los TCA reconoce que los factores familiares unidos a otras variables personales y sociales, contribuyen en la presencia de TCA. Entre dichos factores resalta el funcionamiento familiar como el principal

aspecto que se ha estudiado en relación con los TCA desde la década de los sesenta hasta nuestros días ⁽¹⁵⁾.

En el contexto familiar, los intentos de los padres de controlar su propia conducta a alimentaria y la de sus hijos, interactúan recíprocamente con las predisposiciones genéticas que determinan las diferencias individuales.

Las relaciones que los padres (específicamente las madres), mantienen con sus hijas, durante la infancia y la adolescencia son cruciales para el posterior desarrollo psicológico y social de éstas. Se ha demostrado que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar, conducen en concreto a la aparición y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Los miembros de estas familias están atrapados en patrones de interacción familiar, en los cuales los síntomas de la hija con el trastorno desempeñan un papel central, que evita tener que abordar el verdadero conflicto subyacente, y es así como la enfermedad mantiene en cierta forma el precario equilibrio familiar. Esta familia “psicosomática” se caracteriza por una estructura de elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y evitadora de conflictos ⁽¹⁶⁾.

Los horarios de comidas, la percepción de las madres que tienen sobre sí mismas, de su peso y su figura; su forma de expresar sentimientos negativos a las hijas a la hora de alimentarse, y los ideales de delgadez de las madres puestos a sus hijas, son factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de un trastorno del comportamiento alimentario. Además, se reportan características familiares como desorganización, pobre manejo de conflictos, críticas, unión escasa, rigidez, sobreprotección, restricción de la autonomía, y amalgamiento, que son consideradas como posibles factores de riesgo en este tipo de patologías ⁽¹⁷⁾.

Si bien tradicionalmente la insatisfacción corporal se ha circunscrito casi de manera exclusiva a contextos o sociedades occidentalizadas, el paso del tiempo y la globalización han puesto de manifiesto que éste fenómeno, conjuntamente con

la preocupación por el peso, son elementos presentes en casi todas las culturas, entendiendo por cultura el conjunto de conocimientos compartidos por un grupo de individuos que tienen una historia común y participan en una estructura social. El número de investigaciones centradas de la insatisfacción corporal, la percepción del cuerpo y su valoración, el seguimiento de dietas, así como otras conductas consideradas de riesgo en el desarrollo de la conducta alimentaria con muestras latinoamericanas es bastante escaso y arroja resultados contradictorios ⁽¹⁸⁾.

En el día a día de las consultas se observa que cada vez son mas los casos de adolescentes que están en desacuerdos con su imagen, es decir que “no se gustan”, y que ello está aumentando más en los varones, que se preocupan cada vez más del cuidado de su cuerpo, lo que se traduce en el consumo de horas en gimnasio y dietas variadas e hiperprotéicas. Es necesario, aprovechar cualquier motivo en la consulta para identificar los indicadores de la posible existencia de presentar trastornos de la imagen corporal y conductas de riesgo relacionadas con la alimentación por la gravedad de sus consecuencias ⁽¹⁹⁾.

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria se perciben así mismos como muy controlados por su familia y sociedad, pero ellos no actúan de manera asertiva con sus “controladores” ⁽²⁰⁾.

Existe evidencia de que las intervenciones familiares tienen el efecto de proveer nuevas estrategias para enfrentar la enfermedad de sus pacientes, tal como se ha observado en algunos estudios en donde el clima familiar de los pacientes con TCA es el mayor predictor del trastorno por lo que el tratamiento familiar y la psicoeducación han sido intervenciones diseñadas para la ayuda de los familiares y les permite afrontar los eventos estresantes de la enfermedad de un familiar, así como provocar el cambio de las actitudes hacia un mayor soporte, crítica menos destructiva y menor sobre involucramiento emocional ⁽²¹⁾.

Para evaluar el riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria se

aplicará el cuestionario SCOFF, es un instrumento sencillo y fácil de recordar, aplicar y evaluar, ya que consta únicamente de cinco preguntas. El SCOFF puede aplicarse de forma oral o escrita. Se considera un instrumento conciso, válido y confiable para detectar riesgo a presentar un trastorno de la conducta alimentaria (22).

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se han llevado a cabo estudios que señalan que existen adolescentes que tratan de lograr una disminución de peso, a través de una variedad de “prácticas erróneas de control de peso”, que pueden comprometer la salud del individuo y estar asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria. La adolescencia es la etapa de la vida donde un individuo tiene mayor riesgo de presentar algún tipo de dichos trastornos.

Investigaciones realizadas en Estados Unidos por Van Hoeken, Seidell y Hoek (2003) indica que la prevalencia promedio para las adolescentes es de 0.3% para la anorexia nerviosa y 1 % para la bulimia nerviosa. La tasa es al menos 8 por cada 100 mil personas al año para la anorexia nerviosa y 12 por cada 100 mil personas al año para la bulimia. Además, la incidencia de anorexia nerviosa ha aumentado en los últimos 50 años, particularmente en mujeres entre 10 y 24 años de edad. La prevalencia estimada para trastorno por "atracción" es de 1%.

La información sobre el estado nutricional de los adolescentes en México es escasa, los pocos estudios existentes se han hecho en muestras muy pequeñas, por lo que no pueden hacerse extrapolaciones, y no existen estudios sobre la composición corporal y la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, problemas que van en aumento ⁽¹⁰⁾.

En la ciudad de Querétaro, México se encontró que un 0.3% de las adolescentes mujeres estaban en alto riesgo de presentar Trastornos de la conducta alimentaria especialmente entre las de 18 a 19 años de edad. Con riesgo moderado, aumentó la prevalencia en un 4.3%, donde las mujeres de 12 a 14 años fue mayor que en la de los hombres, y ocurren con mayor frecuencia en escuelas públicas ⁽⁴⁾.

Es por eso que nos formulamos la siguiente

4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es el riesgo, en la población adolescente del municipio de Monte Escobedo, Zacatecas para presentar trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la funcionalidad familiar?

5 JUSTIFICACION

Las categorías definidas como trastornos de la conducta alimentaria son: la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y los trastornos alimentarios no especificados (D.S.M. IV), trastornos psiquiátricos de gran magnitud ya que se han encontrado que los índices de prevalencia a nivel mundial han aumentado considerablemente, en las últimas décadas. En los años sesenta, la incidencia de Anorexia Nerviosa alcanzaba el 0.35%, aumentando a un 0.64% en los años 70. En la última década se estima que la prevalencia de la patología en mujeres adolescentes fluctúa alrededor del 1%.

En 1988 se realizó un estudio en diversas secundarias y preparatorias de la ciudad de México, donde se muestra que el 87% de las adolescentes, en edad promedio de 15 años, han realizado dietas restrictivas para bajar de peso, 11% se han provocado vómito, 8% han usado laxantes, 21% han utilizado diuréticos para tratar de controlar el peso, el 27% de las encuestadas han usado pastillas para bajar de peso. La incidencia se encuentra en todos los estratos socioeconómicos de la población y en edades cada vez más tempranas.

La distorsión de la imagen corporal, debido a la aparición de caracteres sexuales secundarios, el aumento de peso a expensas del tejido adiposo y las exigencias de tipo social y cultural hacen de la adolescencia una etapa vulnerable a la aparición de trastornos psicológicos relacionados a las conductas alimentarias. La trascendencia de este estudio radica en determinar, a través de un instrumento sencillo y confiable aplicado en la consulta de primer nivel, el riesgo de los adolescente para presentar trastornos de la conducta alimentaria, así como su relación con la funcionalidad familiar en que éstos se desarrollan.

Por lo anterior, y en ausencia de estudios, respecto al tema en nuestro estado, se justifica la importancia de realizar esta investigación. De no lograr realizar este

proyecto continuaremos con la nula participación de nuestras familias en este aspecto de salud.

La factibilidad de realizar este estudio, radica en la sencillez de los instrumentos, para la adquisición de los datos que se requieren, y así prevenir desde un primer nivel de atención la aparición de dichos trastornos.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo General.

Determinar la funcionalidad familiar y riesgo en adolescentes para presentar trastornos de la conducta alimentaria, en una muestra de adolescentes de Monte Escobedo, Zacatecas.

6.2 Objetivos Específicos.

- 1) Establecer la asociación entre adaptabilidad y cohesión de las familias con adolescentes en riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria.

- 2) Evaluar el estrato socioeconómico de las familias de los adolescentes con riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria.

7 METODOLOGIA

7.1 TIPO DE ESTUDIO: Estudio transversal prospectivo. Ejes de estudio:

- ❖ Observacional
- ❖ Descriptivo
- ❖ Transversal
- ❖ Prospectivo.

7.2 POBLACION DE ESTUDIO

Familias con integrante en edad adolescente, adscrita a la U.M.F. No. 32, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Monte Escobedo, Zacatecas.

7.3 LUGAR DE ESTUDIO

Unidad de Medicina Familiar No. 32, del Instituto Mexicano del Seguro Social de Monte Escobedo, Zacatecas.

7.4 TIEMPO

De agosto a diciembre del 2011.

7.5 TIPO DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico por cuota.

7.6 TAMAÑO DE MUESTRA

Para calcular el tamaño de la muestra, se utilizó la siguiente fórmula para

población finita:

$$n = \frac{(Z)^2(p)(q)}{d^2}$$

Donde:

n= tamaño de muestra.

Z= Nivel de Confianza 95% (1.96)

p= prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes a nivel nacional 4% (0.04)

q= 1-p, es decir 96% (0.96)

d= error máximo permitido del 5% (0.05)

Desarrollo de la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.04) (0.96)}{0.0025} = \frac{(3.8416) (0.00384)}{0.0025}$$
$$n = \frac{0.0147517}{0.0025} = 60$$

Habiéndose obtenido un tamaño de muestra de 60 familias con integrante entre los 10 a 19 años de edad.

7.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACION

7.7.1 CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluirán a 60 familias que tengan un integrante en edad adolescente, específicamente rangos de edad entre los 12 y 19 años de edad, adscritos a la U.M.F No. 32 y que mediante carta de consentimiento informado el padre o tutor acepten que su hijo participe.

7.7.2 CRITERIO DE EXCLUSION:

Fueron excluidos las familias cuyo integrante adolescentes hayan tenido el diagnóstico previo conocido de TCA, obesidad o cualquier trastorno psiquiátrico, al momento de la selección de la muestra.

7.7.3 CRITERIOS DE ELIMINACION.

Al ser el investigador principal quien aplico las encuestas, se tuvo adecuado control en el llenado de las mismas.

7.8 VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
ADOLESCENCIA	PERIODO DE LA VIDA QUE DIFERENCIA LA INFANCIA DE LA EDAD ADULTA Y QUE SE CARACTERIZA POR UNA SERIE DE CAMBIOS	ESCOLAR ENTRE LOS 12 Y 19 AÑOS DE EDAD	CUALITATIVO NOMINAL DICOTÓMICO SI NO	PERSONA ENTRE LOS 10 Y 19 AÑOS DE EDAD	ENTREVISTA
EDAD	AÑOS Y MESES VIVIDOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LA FECHA ACTUAL	AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DEL ESTUDIO	CUANTITATIVA	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	EDAD EN AÑOS DEL ADOLESCENTE
SEXO	CONJUNTO DE CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS Y GENOTÍPICAS	CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS DEL ADOLESCENTE	CUALITATIVO NOMINAL	DICOTOMICA	CARTILLA DE SALUD ENCUESTA
ESCOLARIDAD	GRADO DE ESTUDIO COMPROBABLE	ULTIMO GRADO DE ESTUDIO AL MOMENTO DE LA ENCUESTA	CUALITATIVO ORDINAL	GRADO ESCOLAR	ANALFABETA PRIMARIA INCOMPLETA COMPLETA SECUNDARIA INCOMPLETA, COMPLETA, PREPARATORIA O EQUIVALENTE LRNTR INCOMPLETA Y COMPLETAS

RIESGO	SITUACIONEN QUE INVOLUCRAN INCERTIDUMBRE, EN EL SENTIDO DE QUE EL RANGO DE POSIBLES RESULTADOS PARA UNA DETERMINADA ACCION ES EN UNA CIERTA MEDIDA SIGNIFICATIVO.	CAMBIOS OBTENIDOS AL FINAL, DESPUES DE REALIZAR ALGUNA ACCION ENCAMINADA A MEJORAR UN PROCESO DE SALUD.	CUALITATIVA NOMINAL	SI NO	CUESTIONARIO DE SCOFF
ESTRATOGRAFICO SOCIOECONOMICO	ESTADO QUE GUARDA UN INDIVIDUO EN LA SOCIEDAD DE ACUERDO A SU ECONOMÍA	ENCUESTA REALIZADA CON EL MÉTODO DE GRAFFAR	CUALITATIVA ORDINAL	ALTO MEDIO-ALTO MEDIO-BAJO OBRERA MARGINAL	MÉTODO DE GRAFFAR
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES BÁSICAS (SEGURIDAD ECONOMICA, AFECTIVA, SOCIAL Y DE MODELOS SEXUALES)	FUNCIONAL O DISFUNCIONAL	CUANTITATIVA ORDINAL DICOTÓMICA	SI NO	FACES III

7.9 MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACION

El presente trabajo de investigación fue enviado en tiempo y forma al Comité Local de Investigación en Salud del HGZ No 1 (CLIS 3301) para su dictamen, habiendo sido registrado como AUTORIZADO con el R-2011-3301-28 (anexo 14.3). Se acudió con personal directivo de esta Unidad Medica a fin de darles a conocer el planteamiento del problema y los objetivos a alcanzar. Posteriormente se procedió a identificar a las 60 familias que reunieron los criterios de selección y que fueron aquellas que tuvieron un integrante en edad adolescente, específicamente rangos de edad entre los 12 y 19 años de edad, adscritos a la U.M.F No. 32 y que mediante carta de consentimiento informado el padre o tutor aceptaron que su hijo participara. Se excluyeron aquellas familias cuyo integrante adolescentes tenía diagnóstico previo conocido de TCA, obesidad o cualquier trastorno psiquiátrico, al momento de la selección de la muestra. No se eliminó ninguna encuesta, Una vez identificada la población de estudio a los padres de familia, tutores y adolescentes se les invitó a participar en el presente estudio, se les explicó los beneficios del mismo a ellos, aclarándoles que la participación era de forma voluntaria y los datos obtenidos serian manejados con confidencialidad. Para evaluar la funcionalidad familiar se aplicó el instrumento denominado Escala de Evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar (por sus siglas en ingles FACES III), con alfa de Cronbach de 0.80 y conformado por 20 ítems tipo Likert que van de 10 relativos a cohesión y 10 a la adaptabilidad y cuyos autores son David Olson, Joyce Portner, Yoav Lavee, de la Universidad de Minnesota (1985) y cuyos niveles de evaluación abarcan el nivel familiar y de pareja incluyendo los siguientes focos de evaluación: percepción real de la familia, percepción ideal de la familia y el nivel de satisfacción familiar. Esta cédula es de fácil aplicación y de calificar, cuenta con una escala que incluye 5 opciones que van de nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, y puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años. Fue validada en México por el Dr. Gómez Clavellina, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Para

identificar el riesgo del adolescente a presentar TCA, se empleo el cuestionario de SCOFF elaborado por Morgan y cols, que consta únicamente de 5 preguntas, de las cuales se obtienen las iniciales que dan nombre a este cuestionario. Este instrumento fue desarrollado de acuerdo a los criterios del DSM-IV. Se da un punto para cada respuesta positiva en las 5 preguntas, una puntuación mayor a 2 indica un caso probable de algún TCA, sus autores reportan una sensibilidad del 92 al 96% y una especificidad del 87.5%, con una probabilidad de falsos positivos del 12.5%.

Para identificar el nivel socioeconómico familiar, se aplicó el método de Graffar que nos permite identificar este dato en una escala de tipo ordinal. Los cuestionarios fueron aplicados por el investigador principal. Se analizó la información en el software SPSS versión 16 en español. Se aplicó estadística de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y para variables cualitativas estadística descriptiva de porcentajes y frecuencias. Para identificar posible asociación se realizó análisis bivariado con Razón de Momios para estudios descriptivos con X^2 IC al 95% y valor de $p \leq 0.05$. Resultados presentados en cuadros y/o gráficos.

7.10 ANALISIS ESTADISTICO

Se aplicó estadística de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y para variables cualitativas estadística descriptiva de porcentajes y frecuencias. Para identificar posible asociación se realizó análisis bivariado con Razón de Momios para estudios descriptivos con X^2 IC al 95% y valor de $p \leq 0.05$. Resultados presentados en cuadros y/o gráficos.

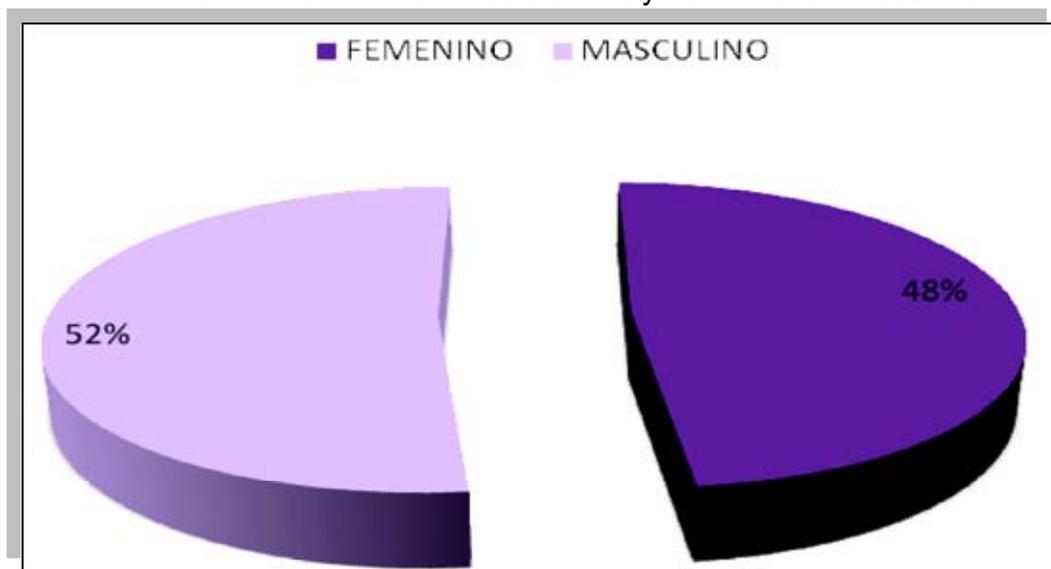
7.11 CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio cumple con la Declaración de Helsinki así como con su última modificación de Edimburgo del 2003 y el código de Reglamentos Federales (Regla Común) en cuanto a aprobación por el Comité Local de Investigación y Ética de investigación en Salud, habiendo quedado autorizado con el número de registro R-2011-3301-28 (anexo 14.3). Se dio a firmar carta de consentimiento informado a los padres o tutores de los adolescentes. Este estudio no contraviene con las regulaciones internacionales de las buenas prácticas en investigación clínica en salud y se apega a las regulaciones sanitarias y a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, título segundo, disposiciones generales, capítulo único, Artículo 3º, incisos II y III en lo referente al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad y a la prevención y control de problemas de salud establecidas en México. Se guardó la confidencialidad de la información y los datos son verídicos.

8 RESULTADOS

Se obtuvo una tasa de respuesta por las familias con estructura nuclear entrevistadas del 100%; fueron aplicadas 60 encuestas describiéndose las siguientes características: el 52% de los adolescentes fueron del sexo masculino (gráfica 1).

Grafica 1. Sexo de la población adolescente, estudiada para identificar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y funcionalidad familiar.

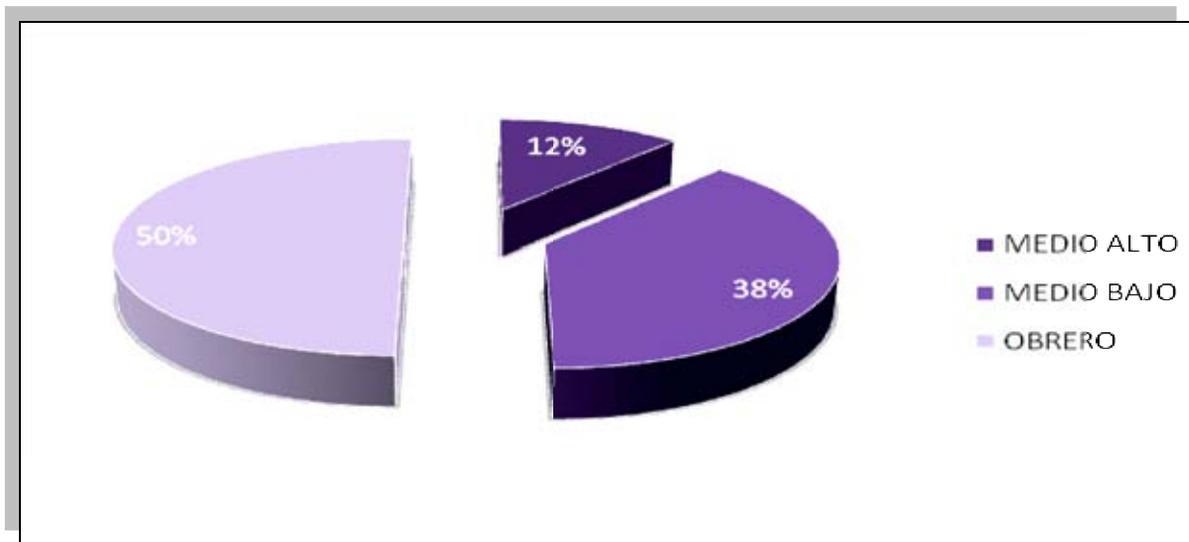


Fuente: Encuesta directa.

El promedio de edad de los adolescentes encuestados fue de 15.78 ± 1.59 años con rangos de 12 a 18 años de edad.

El 50% de las familias entrevistadas con nivel socioeconómico obrero; únicamente el 12% medio bajo (gráfico 2)

Grafico 2. Nivel Socioeconómico de las familias de adolescentes y su relación con funcionalidad y riesgo de TCA en Adolescentes de Monte Escobedo, Zacatecas.



Fuente. Encuesta directa

El 25% de los adolescentes presentaron riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (Cuadro 1)

Cuadro 1.- Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria¹ en una muestra de adolescentes de Monte Escobedo, Zacatecas.		
	f	%
SIN RIESGO	45	75%
CON RIESGO	15	25%

Fuente: Entrevista directa.

f=frecuencia

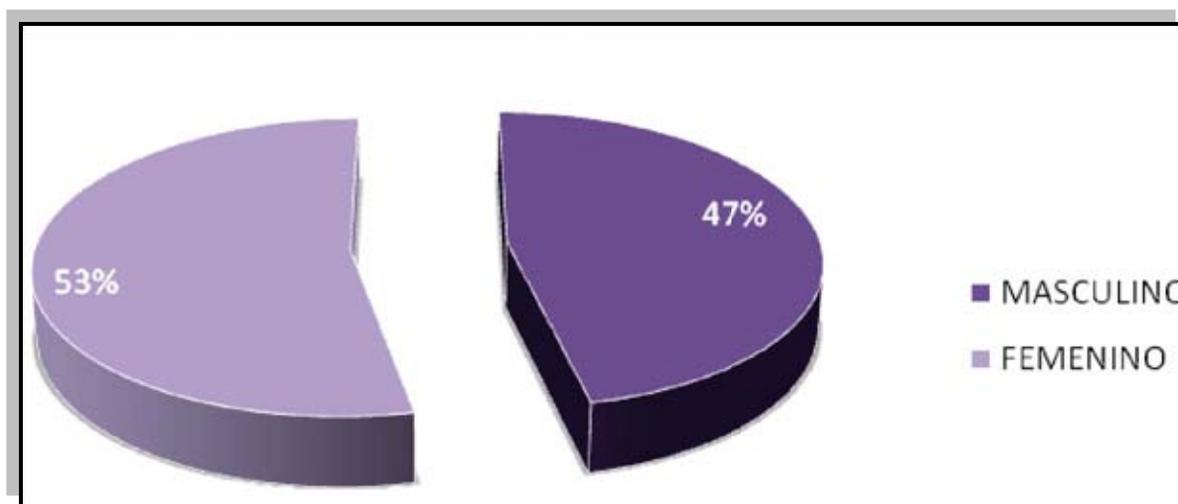
%=porcentaje

¹ Cuestionario de SCOFF.

n=60

Con predominio en los adolescentes del sexo femenino con el 53.3 (Grafica 4)

Grafica 4: Riesgo por sexo de los adolescentes de presentar trastornos de la conducta alimentaria. Monte Escobedo, Zacatecas.



Fuente: encuesta directa.

En el 10% de las familias funcionales y 15% se encontró riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes; (cuadro 2).

Cuadro No 2. Riesgo de los adolescentes para desarrollar ¹TCA y ²funcionalidad familiar. Monte Escobedo, Zacatecas

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA							
FAMILIA FUNCIONAL	SIN RIESGO		CON RIESGO		TOTAL		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
SI	20	33.3	6	10	26	43.3	
NO	25	41.66	9	15	34	56.6	
TOTAL	45	74.96	15	25	60	99.9	

Fuente: ¹SCOFF, ²FACES III,

n=60

Aplicando el Modelo circunflejo de Olson, se observa como el 43% (26) son familias funcionales, el 47 (28) son moderadamente disfuncionales y el 10% (6 familias) con disfunción familiar severa (cuadro 3).

Cuadro 3. Modelo circunflejo de Olson para evaluar el grado de disfunción familiar en las familias estudiadas.

COHESION	ADAPTABILIDAD			
	RIGIDA	ESTRUCTURADA	FLEXIBLE	CAOTICA
NO RELACIONADA	3	11	5	0
SEMIRRELACIONADA	2	7	11	3
RELACIONADA	1	3	5	5
AGLUTINADA	0	1	0	3

Fuente: Encuesta directa

El 61% de las familias (37) presentaron una adecuada funcionalidad familiar en cuanto al vinculo emocional semirrelacionado y relacionado de los integrantes de las familias entrevistadas en Monte Escobedo, Zacatecas (tabla 4).

Tabla 4.- Funcionalidad familiar en relacion a la cohesion de los integrantes de las familias entrevistadas.

COHESION	f	%
NO RELACIONADA	19	32
SEMIRRELACIONADA	23	38
RELACIONADA	14	23
AGLUTINADA	4	7

Fuente: Fuente: Encuesta directa (FACES III) n=60

El 72% de las familias (43) presentaron una adecuada funcionalidad familiar en cuanto a la habilidad de sus integrantes para cambiar en forma positiva con una adaptabilidad estructurada y flexible en las familias entrevistadas en Monte Escobedo, Zacatecas (tabla 5).

Tabla 5.- Funcionalidad familiar en relacion a la adaptabilidad de los integrantes de las familias entrevistadas.

ADAPTABILIDAD	f	%
RIGIDA	6	10
ESTRUCTURADA	22	37
FLEXIBLE	21	35
CAOTICA	11	18

Fuente: Fuente: Encuesta directa (FACES III) n=60

El 53.3% (8 personas) de los adolescentes que tuvieron riesgo para desarrollar TCA se relacionaron con un nivel socioeconómico obrero (tabla 6)

Tabla 6.- Adolescentes con riesgo para desarrollar TCA y su relacion con el nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico	f	%
Medio alto	2	14
Medio bajo	5	33
Obrero	8	53

Fuente: Fuente: Encuesta directa (SCOFF, Método de Graffar) n=60

Del análisis comparativo se desprende lo siguiente: los adolescentes integrantes de familias rígidas y/o caóticas (disfunción familiar en el aspecto de adaptabilidad) tienen la posibilidad -desde el punto de vista clínico- de presentar riesgo elevado de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria, en comparación a aquellos adolescentes cuyas familias tienen una adaptabilidad familiar bien estructurada y flexible, al tener un RM de 2.8, valos de p 0.78 (IC 0.95-1.88).

Por otra parte, los adolescentes integrantes de familias no relacionadas y/o aglutinadas (disfunción familiar en el aspecto de cohesión) tienen la posibilidad -desde el punto de vista clínico- de presentar 2 veces mayor riesgo de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria, en comparación a aquellos adolescentes cuyas familias tienen un vinculo emocional semirrelacionado y relacionado, al tener un RM de 2.0, valos de p 0.28 (IC 0.63-3.91).

El nivel socioeconómico familiar en el presente estudio no constituyó factor de riesgo o protector en los adolescentes para desarrollar TCA.

Tabla 11. Análisis comparativo de los posibles factores relacionados a riesgo para presentar trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes adscritos a la UMF No. 32 de Monte Escobedo, Zacatecas.

	C/ RIESGO TCA. n= 15	S/RIESGO TCA. n = 45	¥RM	p (IC)
**ADAPTABILIDAD				
Funcional	32			
Disfuncional	28		2.80	0.78(0.95-1.88)
**COHESION				
Funcional	45			
Disfuncional	15		2.00	0.28(0.63-3.91)

Fuente: Encuesta directa

¥ RM: Razón de Momios

p: valor de p

IC: intervalo de Confianza

*Prueba Exacta de Fisher

9 DISCUSION

En un estudio realizado en España en el año 2006, Antonio García Iriarte y cols emplearon el IMC, el BSQ que consta de 34 ítems con 6 opciones de respuesta y el EAT 26, test que valora las actitudes hacia la conducta alimentaria, donde reportaron que en una población adolescente el riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria fue del 23.9%, dicho resultado concuerda con los obtenidos en este estudio en donde el riesgo se presentó en el 25% de los adolescentes estudiados, aún cuando el instrumento utilizado en el presente estudio, el cuestionario de SCOFF, consta sólo de 5 ítems, fáciles de recordar por el personal de salud, con un tiempo de aplicación de menos de 5 minutos y de respuestas sencillas, que nos permite dentro del primer nivel de atención, independientemente del motivo de consulta, reconocer de manera oportuna el riesgo en un adolescente de presentar un padecimiento con graves repercusiones.

En Colombia Luis Alberto Ángel en un estudio realizado en 2008 comprueba que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria es similar a los de países desarrollados, sin diferencia entre los estratos socioeconómicos, lo cual contrasta con lo aportado en este estudio donde se describe el estrato socioeconómico alto como un factor protector ante la posibilidad de que el adolescente pueda o no presentar un trastorno de la conducta alimentaria. Además describe que las mujeres fueron diagnosticadas 3.5:1 en relación a los hombres, lo cual también contrasta con el presente estudio ya que el riesgo en el sexo femenino fue discretamente mayor que en la población masculina con una proporción de 1.1 a 1, dato que apoya a lo reportado en un estudio realizado por Cruz Bojorquez y cols en el estado de Veracruz, México publicado en 2008, donde menciona, no encontraron diferencia significativa en cuanto al género.

En México, en un estudio realizado en 2008 por Jorge Armando Barriguete Menéndez y cols destaca de manera muy extensa cómo el entorno familiar es un

regulador importante de la “conducta alimentaria”, citando como factores de riesgo la historia familiar, el trastorno afectivo, pérdidas y duelos, para la bulimia nerviosa el cuidado paterno y la hiperprotección materna, para la anorexia nerviosa, en el presente estudio se logra establecer la adaptabilidad y cohesión familiares como factores de protección en la población adolescente ante el riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria, el cual una vez instaurado genera un problema que involucra a toda la familia y se requiere recurrir a terapias tanto individuales como familiares para que cada uno de los miembros de la familia comprenda el mecanismo del desarrollo de este tipo de conductas.

Respecto a las dimensiones dentro del modelo circunflejo de Olson, se encontró que el 47% del total de las familias y sus adolescentes encuestados se describen como moderadamente disfuncionales. De lo anterior no se obtuvo bibliografía para contrastar con el presente estudio hasta el momento de la conclusión del mismo.

10 CONCLUSIONES

En la presente tesis se concluye que la funcionalidad familiar evaluada por medio del FACES III de los 60 adolescentes encuestados fue del 43% dependiente de la adaptabilidad y cohesión, la disfuncionalidad se centra en la dimensión moderadamente disfuncional, esta situación representa un área de oportunidad para el médico familiar, quien con una adecuada formación en terapia familiar, llevaría a cabo la intervención pertinente para lograr encaminar a dichas familias a una adecuada funcionalidad familiar.

Del riesgo para presentar trastornos de la conducta alimentaria se encontró una mayor prevalencia en jóvenes provenientes de familias disfuncionales. En el estudio se encontraron 15 adolescentes con riesgo, representando el 25%, del total de los encuestados, los cuales se distribuyen de la siguiente manera: 6 de familias funcionales, mientras que 9 adolescentes forman parte de familias disfuncionales. Llama la atención el número de adolescentes hombres con riesgo para trastorno de la conducta alimentaria ya que en la literatura se reportan con una prevalencia menor a la reportada en el presente estudio.

En cuanto a la asociación entre la adaptabilidad y cohesión de las familias con adolescentes en riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria se encontró mayor adaptabilidad que cohesión con una relación de 2:1.

En lo que respecta al estrato socioeconómico de las familias estudiadas con un adolescente en riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria, se concluye que predomina el medio bajo, en donde encontramos significancia estadística, siendo el estrato socioeconómico alto un factor protector para que un adolescente se encuentre en menor riesgo a presentar una patología con importante repercusión tanto individual, como familiar y social.

Se reconocen como limitantes del presente estudio que al realizarse en uno de los 58 municipios que tiene el Estado de Zacatecas, solo puede tener validez interna pero no externa, para darle mayor validez, se sugiere abrir la línea de

investigación a otros municipios con características sociodemográficas semejantes y que se realice en forma multicéntrica. Reconocemos además que el tamaño de la muestra, es reducido.

Por otro lado la investigación se considera relevante por el tipo de población objeto de estudio, pues al considerarse patologías de nivel socioeconómico alto, se demostró que los adolescentes son susceptibles en cualquier medio, a sufrir un trastorno de la conducta alimentaria,

La principal recomendación que surge del presente estudio para disminuir el riesgo del TCA en adolescentes de Monte Escobedo Zacatecas por parte del Médico Familiar, es dar orientación a los Directores, maestros, padres de familia incluyendo a los mismos adolescentes sobre los factores de riesgo prevalentes en el desarrollo de uno de los Trastornos de conducta alimentaria para evitar se llegue a diagnósticos tales como la Bulimia y la Anorexia que pueden llevarlos a complicaciones serias a nivel orgánico, mental y social, pudiendo llegar incluso a la muerte.

Cabe destacar que la asociación entre la anorexia y la obsesión para adelgazar, es un factor que al no alcanzar los estándares estéticos impuestos, como moda y de gran difusión a través de los medios de comunicación, situación que para la mujer a través de la historia ha sido importante, en los hombres se ha observado un mayor riesgo de ser un grupo vulnerable.

11 CONFLICTO DE INTERESES

Se declara que en el presente estudio no existieron conflictos de interés de ninguna índole.

12 PERSPECTIVAS DEL ESTUDIO

12.1 **Desde el punto de vista clínico asistencial** es importante que nosotros como médicos familiares contemos con instrumentos confiables a fin de identificar los riesgos que en un momento dado tienen los adolescentes para desarrollar algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria. De igual manera, cuando sospechemos de la presencia de algún tipo de disfunción familiar, nos atrevamos a realizar un nivel de intervención medico familiar hasta un tercer nivel de involucramiento a fin de poder brindar al adolescente y a la familia las herramientas necesarias para que mejoren sus vínculos afectivos y de adaptabilidad en todos y cada uno de sus integrantes y así evitar daños importantes a la salud de cualquiera de ellos, buscando siempre el mejorar su calidad de vida y favorecer, a que esta etapa de la vida, la adolescencia transcurra de la mejor manera y que sea en beneficio del individuo, su familia y la sociedad.

12.2 **Desde el punto de vista metodológico**, sugiero dar continuidad a este estudio realizando un estudio de casos y controles pareados por sexo y nivel socioeconómico (como variables confusoras a controlar) y de esta manera determinar causalidad asociada a este fenómeno social y de salud que visto esta afecta a nuestra población adolescente.

13 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ricardo Anzures R. Colegio Mexicano de Medicina Familiar. Cap. 9: 207, 208, 212, 213, 255-258.
2. Irigoyen Coria a. Nuevos fundamentos de medicina Familiar. MFM editorial. Tercera edición, Cap. 12; 185-188.
3. Estrada Inda L. Grijalbo. El ciclo vital de la familia. Segunda parte; 111-112.
4. Aguilera-Barreiro MA, Millan-Suazo F. Mapa nutricional y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la ciudad de Querétaro, Qro., México. RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición. Enero-Marzo 2006; 7 (1): 1-12.
5. Huton C, Vizmanos B, Vázquez-Garibay EM, Celis AJ. Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición. 2008; 9(1): 1-21.
6. Membrillo Luna. Familia, introducción al estudio de sus elementos. ETM. Primera edición. Cap. 14; 231.
7. Sierra-Puentes M. La bulimia nerviosa y sus subtipos. DiVERSiTAS. Perspectivas en psicología. 2005; 1 (001): 79-87.
8. Álvarez-Gordillo GC, Eroza-Solana JE, Ramírez-Domínguez CE. Diagnóstico sociocultural de la alimentación de los jóvenes en Comitán, Chiapas. Medicina social. 2009; 4(1):35-51.
9. Saucedo-Molina TJ, Unikel-Santoncini C. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalgüenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. Salud Ment. 2010; 33(1): 11-19.
10. Ángel LA, Martínez LM, Gómez MT. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (T.C.A) en estudiantes de bachillerato. Rev.Fac.Med. 2008; 56: 193-210.
11. Barriguete-Menéndez JA, Viladoms-Portugal A. trastornos de la conducta alimentaria. Revista odontológica mexicana. Junio 2008; 12 (2): 101-108.

12. Attia E, Walsh BT. Anorexia nerviosa. *Am J Psychiatry*. Marzo 2008; 11(3): 157-162.
13. Cruz-Bojórquez RM, Avila- Escalante ML, Cortez-Sobrinio MC, Vázquez-Arevalo R, Mancilla-Díaz JM. Restricción alimentaria y conductas de riesgos de trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Psicología y Salud*. Julio-diciembre. 2008; 18 (002): 189-198.
14. Gil-García E, Ortiz-Gómez T, Fernández-Soto ML. Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Aten. Primaria*. 2007; 39(1) : 7-13.
15. Ruíz-Martínez AO. Detección de trastornos alimentarios y su relación con el funcionamiento familiar. Universidad del Valle de México. 2007; 10(3): ¿?.
16. Méndez JP, Vázquez-Velázquez V, García-García E. Los trastornos de la conducta alimentaria. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2008; 65: 579-592.
17. Betancourt L, Rodríguez-Guarín M, Gempeler-Rueda J. interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *UNIVERSITAS MÉDICAS*. 2007; 48 (3): 261-276.
18. Rodríguez S, Cruz S. insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*. 2008; 20(1): 131-137.
19. García-Iriarte A, Arrondo de Esteban M, Guillen-Grima F, Aguinaga-Ontoso I. Trastornos de la conducta alimentaria en una población adolescente de un instituto de enseñanza secundaria. *Enferm Clin*. 2006; 16 (2): 77-83.
20. Behar AR, Manzo-GR, Casanova-Z D. Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Rev Med Chile*. 2006; 134: 312-319.
21. Chávez-Flores A. valores predictivos de gravedad en un grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Acta Medica Grupo Angeles* 2007; 5(3): 123-128.
22. Iñarritu-Pérez MC, Cruz-Licea V, Moran-Alvarez IC. Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *RESPYN*. 2004; 5 (2); 4
23. Fiorito F. La simulación como una herramienta para el manejo de la

- incertidumbre. Universidad del CEMA. Mayo 2006. Pag 1.
24. Carrada-Bravo T. Desarrollo y usos de la epidemiología clínica. Rev Inst Nal End Resp Mex . Julio-septiembre 2000; 13 (3): 170-179.
25. Salinas-Martínez AM, Villarreal-Ríos E, Garza- Elizondo ME. La investigación en ciencias de la salud –una actividad sencilla-. 1ra ed.
26. Medina –Carrillo L. Como plantear un problema de investigación y seleccionar un diseño de estudio apropiado. Archivos en Medicina Familiar. Julio-septiembre 2007; 9 (3): 127-132.

14 ANEXOS
14.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**TITULO DE LA INVESTIGACION: FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON RIESGO
PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA
MUESTRA DE ADOLESCENTES DE MONTE ESCOBEDO, ZACATECAS.**

INVESTIGADOR PRINCIPAL: DRA. IVONNE LAMAS RODRIGUEZ.

LUGAR DEL ESTUDIO: MONTE ESCOBEDO, ZACATECAS.

ACEPTO participar en el proyecto de investigación del cual se me ha informado de manera amplia y clara. Con registrado ante el comité local de investigación médica con folio: R-2011-3301-28.

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realiza.

Y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

_____ .
FIRMA DEL PARTICIPANTE O DEL PADRE O TUTOR

TESTIGO _____ . FECHA _____ .

TESTIGO _____ . FECHA _____ .

He explicado al Sr(a). _____ . La naturaleza y los propósitos de la investigación así como acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. Cada sujeto de estudio tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.

FIRMA DEL INVESTIGADOR _____ .

CALLE 16 SEPTIEMBRE # 2

TEL. 01457 94 80451.

MONTE ESCOBEDO, ZACATECAS.

14.2 CEDULA DE IDENTIFICACION

CEDULA DE IDENTIFICACION

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE MONTE ESCOBEDO, ZACATECAS.

FOLIO: _____

FAMILIA:

NOMBRE DEL ADOLESCENTE:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

OCUPACION:

LUGAR DE RESIDENCIA:

MONTE ESCOBEDO, ZACATECAS.

FECHA:

14.3 DICTAMEN AUTORIZACION

Carta Dictamen

Página 1 de 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3301
H GRAL ZONA -MF- NUM 1, ZACATECAS

FECHA 18/11/2011

DRA. IVONNE LAMAS RODRÍGUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE MONTE ESCOBEDO, ZACATECAS"

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A_U_T_O_R_I_Z_A_D_O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2011-3301-28

ATENTAMENTE


DR.(A). CARLOS QUEVEDO SANCHEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3301

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

http://sirelcis.imss.gob.mx/pi_dictamen_clis.php?idProyecto=2010-6155&idCli=3301&m... 18/11/2011

14.4 FACES III

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE MONTE ESCOBEDO, ZACATECAS.

FACES III.

FOLIO: _____

INSTRUCCIONES: POR FAVOR COLOQUE EL NUMERO QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

1.	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.	
2.	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.	
3.	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.	
4.	Los hijos pueden opinar respecto a su disciplina.	
5.	Nos gusta convivir con los familiares más cercanos.	
6.	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.	
7.	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.	
8.	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.	
9.	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.	
10.	Padres e hijos se ponen de acuerdo con los castigos.	
11.	Nos sentimos muy unidos.	
12.	En nuestra familia los hijos toman las decisiones.	
13.	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.	
14.	En nuestra familia las reglas cambian.	
15.	Con facilidad podemos planear actividades en familia.	
16.	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.	
17.	Consultamos unos a otros para tomar decisiones.	
18.	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.	
19.	La unión familiar es importante.	
20.	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.	

TOTAL: _____

DIAGNOSTICO FAMILIAR: _____

14.5 CUESTIONARIO DE SCOFF

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE MONTE ESCOBEDO, ZACATECAS.

FOLIO: _____

CUESTIONARIO SCOFF

AUTOADMINISTRADO.

INSTRUCCIONES: Por favor, marque con una palomita la respuesta que mejor se ajusta a su situación:

	SI	NO
1. ¿Tiene la sensación de estar enfermo (a) porque siente el estomago tan lleno que le resulta incómodo?		
2. ¿Está preocupado (a) porque siente que tienen que controlar cuanto come?		
3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 Kg. en un período de tres meses?		
4. ¿Cree que está gorda aunque otros digan que está demasiado delgada?		
5. ¿Diría que la comida domina su vida?		

PUNTUACION TOTAL: _____

14.6 METODO DE GRAFFAR

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES DE MONTE ESCOBEDO, ZACATECAS.

METODO DE GRAFFAR

FOLIO: _____

A). PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA:

1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
4. Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.
5. Obrero no especializado, servicio domestico, etc.

R: _____

B). NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE:

1. Universitaria o equivalente.
2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
3. Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos).
4. Educación primaria completa.
5. Primaria incompleta, analfabeta.

R: _____

C). PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS:

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales.
3. Sueldo quincenal o semanal.
4. Ingresos de origen público o privado (subsidios).

R: _____

D). CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
2. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
3. Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias.
4. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
5. Vivienda improvisada, construida con materiales de desechos o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

R: _____

ESTRATO SOCIOECONOMICO: _____.

