



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE LA FAMILIA DE LOS ADOLESCENTES CON ANOREXIA Y BULIMIA”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de Especialidad en  
Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Katia Buendía Villanueva

Dirigido por:

Médico Especialista Guillermo Moreno Guerrero

SINODALES

Méd. Esp. Guillermo Moreno Guerrero  
Presidente

Méd. Esp. Jorge Velázquez Tlapanco  
Secretario

Méd. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez  
Vocal

M. en C. Minerva Escartín Sánchez  
Suplente

Méd. Esp. Rosario Ruelas Candelas  
Suplente

Méd. Esp. Benjamín Moreno Pérez  
Director de la Facultad

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval  
Director de investigación y Posgrado

Centro Universitario  
Enero 2007  
Querétaro, Qro.  
México

No. Adq. H 71541

No. Título \_\_\_\_\_

TS

362.250835

B 928c

\_\_\_\_\_

## RESUMEN

**Introducción:** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud mental cada vez más frecuente entre los jóvenes. Estudios en población mexicana, estiman una prevalencia del 5 al 18% en adolescentes. Suelen iniciarse en la adolescencia, entre los 13 y los 18 años de edad. Las relaciones familiares presentan mayor alteración de conflictividad, menor organización y cohesión, pobre relación afectiva con sus padres y diferente modo de desarrollo del proceso de individualización. **Objetivo:** Identificar la prevalencia y las características de los adolescentes con anorexia y bulimia. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo transversal en adolescentes de una preparatoria del estado de Querétaro. El tamaño de la muestra se calculó para población finita ( $n=625$ ), obtenida por muestreo no probabilístico por cuota. Se evaluaron aspectos sociodemográficos, peso, talla, índice de masa corporal, antecedente de ingesta de sustancias para disminuir de peso, exposición a toxicomanías, tipología y funcionalidad familiar. Se aplicó una encuesta para detectar desórdenes en la alimentación, el método de Graffar y Fases III. Se analizaron por medio de frecuencias y porcentajes. **Resultados:** de 625 alumnos, se identificaron 78 (12%) con trastorno de la conducta alimentaria; de estos tuvieron anorexia 24%, bulimia 32% y trastorno mixto 43%, con sobrepeso 28%. Un promedio de edad de 18 años  $\pm$  0.8 años, predominó el sexo femenino 59%. Se observó el estrato socioeconómico medio alto 46%. Entre las conductas adoptadas para perder peso la dieta se presentó 99%, vómito en 91%, pastillas con 36% y diuréticos 5%. El tipo de familia fue la compuesta 40%; con disfunción familiar 95%. La exposición al tabaquismo se presentó en 77%. **Conclusiones:** La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, fué del 12.4%, predominó el trastorno mixto con sobrepeso en mujeres de 17 años, de estrato socioeconómico medio y medio alto, pertenecientes a familias compuestas, disfuncionales, y con antecedentes de exposición al tabaco, bebidas alcohólicas y en menor grado a drogas ilícitas.

**Palabras clave:** Anorexia, bulimia, funcionalidad familiar, toxicomanías.

## SUMMARY

**Introduction:** The upheavals of the nourishing conduct (TCA) are a problem of more and more frequent mental health between the young people. Studies in Mexican population, consider a prevalence from the 5 to 18% in adolescents. Usually they begin in the adolescence, between the 13 and 18 years of age. The familiar relations present/display greater alteration of confliction, minor organization and cohesion, poor man affective relation with their parents and different way from development of the individualización process. **Objective:** To identify the prevalence and the characteristics of the adolescents with anorexy and bulimia. **Material and Methods:** Trasversal descriptive study in adolescents of a preparatory one of the state of Querétaro. The sample size calculated for finite population ( $n=625$ ), obtained by nonprobabilistic sampling by quota. Sociodemographic aspects, weight were evaluated, carves, index of corporal, antecedent mass of ingestion of substances to diminish of weight, exhibition to drug addictions, tipologics and familiar functionality. A survey was applied to detect disorders in the feeding, the method of Graffar and Phases III. Frequencies and percentage were analyzed by means of. **Results:** of 625 students, 78 (12%) with upheaval of the nourishing conduct were identified; of these they had anorexy 24%, bulimia 32% and mixed upheaval 43%, with overweight 28%. An average of age of 18 years  $\pm 0,8$  years, predominated feminine sex 59%. The socioeconomic layer was observed average stop 46%. Between the adopted conducts to lose weight the diet appeared 99%, vomit in 91%, tablets with 36% and diuréticos 5%. The type of family was composed 40%; with familiar disfunción 95%. The exhibition to the Smoking appeared in 77%. **Conclusions:** The prevalence of the upheavals of the nourishing conduct, of the 12,4%, predominated the mixed upheaval with overweight in women of 17 years, socioeconomic layer average and average stop, pertaining to composed, disfunción families, and with antecedents of exhibition to the tobacco, spirits and in smaller degree to illicit drugs.

**Key words:** Anorexy, bulimia, familiar functionality, drug addictions.

## DEDICATORIAS

### **A MIS PADRES:**

Mi mayor gratitud por la vida, por su ejemplo para continuar hacia delante, y lucha constante, gracias por sus desvelos que nunca podré pagar ni con la fortuna mas grande del mundo.

### **A MIS HERMANOS:**

Por su apoyo, el tiempo compartido, y gran cariño, aunque en estos momentos no podemos estar juntos, se que su alegría y buenos deseos están conmigo, gracias por todos los momentos felices que juntos hemos vivido, y este es uno de ellos por eso hoy quiero compartirlo con ustedes: Yazmín, Orlando y Jatziri.

## AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por la vida y existencia, por brindarme la oportunidad de superarme y haber logrado una de mis grandes metas.

Al IMSS por la oportunidad de continuar preparándome cada día más y ser parte de esta gran familia Institucional.

A mis profesores, mi gratitud a todos y cada uno de ellos, por su tiempo y dedicación a la enseñanza cotidiana de esta hermosa profesión.

A mis compañeros, y amigos con los que compartí agradables momentos durante estos tres años.

Argelia gran amiga y confidente, Hugo gracias por compartir una de mis metas más anheladas y sobre todo, la forma de ver y disfrutar la vida.

## ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Contenido	v
Índice de cuadros	vj
I. INTRODUCCIÓN	1
I.1 Objetivo General	3
I.2 Objetivos Específicos	3
I.3 Hipótesis	4
II. Revisión de la literatura	5
III. Metodología	8
III.1 Diseño	8
III.2 Material y métodos	8
III.3 Aspectos éticos	9
III.4 Análisis estadístico	10
IV. Resultados	12
IV.1 Figura 1	13
IV.2 Presentación de cuadros	14
V. Discusión	26
VI Conclusiones	29
VII Propuestas	30

## ÍNDICE

Contenido	Página
VIII Literatura Citada	31
X. Anexos	34



## ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO	Páginas
IV.1 Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes	15
IV.2 Edad presente en los adolescentes con trastorno de conducta alimentaria	16
IV.3 Género presente en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria	17
IV.4 Índice de Masa Corporal de los Adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria	18
IV.5 Estrato socioeconómico de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria	23
IV.6 Ingesta de sustancias anorexigénicas en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria	19
IV.7 Conductas adoptadas por adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria para perder peso	20
IV.8 Tipo de familia en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria	21
IV.9 Funcionalidad familiar en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria	24
IV. 10 Presencia de antecedente de exposición al tabaco en adolescentes con trastorno de conducta alimentaria.	25
IV. 11 Antecedente de exposición a bebidas alcohólicas en adolescentes con trastorno de conducta alimentaria	26
IV. 12 Antecedente de exposición a drogas en adolescentes de la conducta alimentaria.	27

## I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud mental cada vez más frecuente entre los jóvenes. Si bien los trastornos definidos por el manual de diagnóstico y estadística de las enfermedades mentales (DSM-IV, 1997), anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, tienen prevalencias del 3% al 5%.

Las instituciones médicas y de apoyo terapéutico públicas y privadas están concentradas en el Distrito Federal en donde se registran 18 instituciones, de las cuales 4 realizan un estudio socioeconómico al paciente para determinar el costo de la consulta, estos son el Instituto Mexicano de Psiquiatría, el Instituto de Nutrición Salvador Zubirán, el Centro Integral de Salud de la Secretaría de Salud y la Fundación CBA. Por el momento los datos recopilados sobre la presencia de los pacientes con trastornos alimentarios son derivados a las instituciones públicas y privadas del Distrito Federal y de las cuales no hay estadísticas (Cavazos, 2000).

Los estudios en población mexicana, realizados en la ciudad de México, estiman una prevalencia del 5 al 18% de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarias, adolescentes y estudiantes de Bachillerato (Gómez, 1993; Unikel y Gómez, 1996; Unikel y col., 2000).

La anorexia nerviosa se puede considerar como una alteración por defecto de los hábitos y/o comportamientos involucrados en la alimentación. La preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentarse a este problema. Niegan la enfermedad y se perciben obesas en alguna parte de su cuerpo a pesar de presentar un aspecto esquelético. Sobreviene la irregularidad menstrual y más tarde la amenorrea o la impotencia en varones (Joseph, 1998; Muñoz, 1998; Majorie, 2001).

Suele iniciarse en la adolescencia, entre los 13 y los 18 años de edad, en clases alta y media y es más frecuente en profesionales del arte y la interpretación, siendo un factor de riesgo actividades físicas que consumen mucha energía metabólica (Gómez, 1993; Unikel, 1996; Unikel, 2000).

La bulimia hace referencia a un conjunto de síntomas entre los cuales destaca la preocupación por el peso y forma corporal, la pérdida de control sobre la ingesta y la adopción de estrategias que contrarresten los efectos de incremento de peso (Keller, 1992; Lambruschini, 1999; Marín, 2000).

En el estudio realizado por Morilla en el 2000 y Quintero en el 2003, los cuales coinciden que el sexo predominante es el femenino en un 82% y al sexo masculino en un 75%.

Un estudio acerca de las conductas de riesgo en una población de adolescentes estadounidenses se encontró que entre un 12.59% de las mujeres, y 23% de los hombres manifestaron haber hecho intentos por perder peso; en su mayoría mujeres, las cuales presentaban restricciones alimentarias crónicas. (Quintero, 2003).

Algunos estudios han comparado familias de anorexia y bulimia, encontrando que las relaciones familiares presentaban más alteraciones y conflictividad; menor organización, cohesión y relación afectiva con sus padres y diferente modo de desarrollo del proceso de individualización (Jonson, 2002).

Los adolescentes son la población más afectada con los trastornos de conducta alimentaria ya que se encuentran en una etapa crucial de su desarrollo físico, mental y social, convierte a la detección temprana de casos en una tarea por demás importante. El sujeto afectado dentro de los límites de lo considerado normal, no es detectado por profesionales médicos, educadores o por sus familiares y, al no ser considerado un problema, no recibe tratamiento.

En México, por falta de recursos, son pocas las encuestas que logran tener una verdadera representatividad nacional.

Siendo los TCA una enfermedad poco reconocida como problema de salud pública. Epidemiológicamente se ha demostrado que es una patología cuya incidencia va en aumento abarcando a sujetos cada vez más jóvenes y procedentes de cualquier medio socioeconómico.

En el estado de Querétaro no se tienen datos sobre su prevalencia, por lo tanto con esta investigación, se pretende contribuir al registro de la misma y de sus características, dando a conocer tanto a los educadores, como a familiares y al personal sanitario de atención primaria los resultados de este estudio.

### **I.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar la prevalencia y las características de los adolescentes con anorexia y bulimia.

### **I.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar la prevalencia de la anorexia y bulimia en los adolescentes.
2. Determinar en los adolescentes con anorexia o bulimia:
  - Edad
  - Estrato socioeconómico
  - Índice de masa corporal
  - Ingesta de sustancias anorexigénicas
  - Antecedente de toxicomanías
  - Tipología Familiar
  - Funcionalidad Familiar

### **I.3 HIPÓTESIS**

- La prevalencia de anorexia o bulimia nerviosa en adolescentes es igual o menor al 5%.
- En los adolescentes con anorexia o bulimia nerviosa:
  - Predomina el sexo femenino
  - Pertenecen con frecuencia a familias disfuncionales
  - Se observa con mayor frecuencia el antecedente de toxicomanías
  - Pertenecen comúnmente a los estratos socioeconómicos alto y medio alto.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) suele iniciarse en la adolescencia, entre los 13 y los 18 años de edad. Frecuente en profesionales del arte y la interpretación siendo un factor de riesgo actividades físicas que consumen mucha energía metabólica.

En México se han encontrado porcentajes desde 5 hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en muestras de mujeres estudiantés universitarias, y adolescentes, (Mancilla y col., 1998; Gómez, 2002), y estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México. (Unikel, 2000).

En España se han realizado diversos estudios epidemiológicos comunitarios con adolescentes de 15 años de edad. (Morandé y Casas 1997), donde realizaron un estudio de doble fase, para analizar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria, en población femenina. Los resultados apuntaron la presencia de un 0.69% de anorexia, un 1.24% de bulimia y un 2.76% de trastorno mixto.

Una investigación epidemiológica realizada en Navarra en población femenina entre 12 y 21 años, obtuvieron una prevalencia del 0.3% en Anorexia y el 0.8% en bulimia y 3.1% en trastorno mixto. En total el 4% de la población estudiantil padece algún tipo de trastorno de conducta alimentaria. (Lucas, 1991).

El 90-95% de los casos se observa en mujeres (Lucas, 1991; Turón, 1992; Morandé, 1998). En la última década se ha producido un aumento en varones siendo su proporción de 1 varón por cada 10 mujeres (Wildes, 2001).

(Ballabriga, 2001) Un estudio realizado en costa rica en población de adolescentes con trastornos de la alimentación , que se llevó a cabo en el Hospital Nacional de Niños, se incluyeron a 22 pacientes con el diagnóstico de anorexia o bulimia.

Los principales diagnósticos encontrados al iniciar el tratamiento con estas adolescentes fueron: Anorexia en un 50%, bulimia 22.7% y trastorno mixto 27.3%. La anorexia nerviosa se manifiesta ligada al sexo femenino, hay unanimidad en todos los trabajos al considerar que el 90-95% son mujeres. Se considera que en esta predisposición intervienen más los factores socioculturales que los de índole biológica. (Emery, 2001).

Un estudio acerca de las conductas de riesgo en adolescentes estadounidenses encontró entre un 9% y 12.59% de las mujeres, y 23% de los hombres manifestaron intentos por perder peso; entre un 7 y 12% en su mayoría mujeres, presentaban restricciones alimentarias crónicas. El 30% de las mujeres y el 13% de los hombres de esta muestra manifestaron ingestas compulsivas de alimentos (Quintero, 2003).

Los TCA se presentan con mayor frecuencia en estratos socioculturales concretos: altos y medio altos, (Dolan, 1991; Parker, et al., 1995; Wildes, 2001).

Garfinkel y Garner (1982), señalan que entre un 10-34% de las anoréxicas utilizan conductas purgativas aunque las bulímicas lo hacen en mayor medida. El empleo de dichas conductas constituye un índice de mal pronóstico, y puede llegar a ser la causa de la muerte de estas pacientes, pueden presentar muerte súbita atribuible a arritmias secundarias por alteraciones electrolíticas debidas a los vómitos o abuso de laxantes.

Se ha observado que en un 41% de pacientes emplean el vómito como un medio para disminuir de peso, usado por el 23% de los adolescentes; seguido por el uso de laxantes y el ayuno de varios días; los cuales representan en un 9% cada uno (Morales, 2002).

Respecto al consumo de drogas, diferentes estudios confirman una alta prevalencia de abuso de sustancias en pacientes con trastornos de la alimentación (Das, 1990; Peveler, 1990; Krahn, 1991; Newman, 1992; Hudson, 1992;).

Peveler y Fairburn (1990), relacionan trastornos de la alimentación y consumo de alcohol. Hudson, (1992) realizó un estudio con 386 pacientes hospitalizados por abuso de sustancias, encontrando que un 15 % de las mujeres, habían padecido un trastorno de la alimentación. Das (1990), propone que algunas conductas adictivas (exceso de bebida, exceso de comida y juego compulsivo), comparten entre sí algunos aspectos: la conducta adictiva genera momentos de placer a corto plazo, alivia sentimientos negativos y dicha conducta tiene elementos compulsivos.

Suzuki (1997) revisaron información en casi 3.600 pacientes hospitalizados, de los cuales identificaron 57 mujeres alcohólicas con menos de 30 años de edad y observaron que el 4% de estas poblaciones reunía los criterios para los TCA. La mayoría de los sujetos alcohólicos con trastornos alimentarios nunca se habían casado, habían tenido un inicio más temprano de su alcoholismo y tenían un peso corporal menor que los no tenían desórdenes alimentarios.

Schuckit (1996) determinaron en 567 mujeres con dependencia de alcohol primaria o secundaria los porcentajes para anorexia y bulimia fueron 1.41% y 6.17% respectivamente.

La dinámica familiar se caracteriza por presentar comunicación difusa entre los miembros del grupo familiar (40.41) autoridad débil de los supervisores para con los adolescentes (59.09%), límites difusos (72.73%), los cuales influyen negativamente en la recuperación del adolescente. Asimismo tanto los adolescentes como los padres asumen roles que no les corresponden, produciéndose interacciones disfuncionales en la dinámica familiar, un 63.64% familias posee roles inconsistentes (Morales, 2002).

Algunos factores que pueden interferir en la aparición y/o mantenimiento del trastorno alimentario podrían relacionarse con historias de vida donde hay presencia de violencia intrafamiliar.



Se tiene en el 40% de los adolescentes reporta historia de violencia en sus hogares de estos el 41% corresponden a situaciones de abuso sexual y en el mismo porcentaje también, a abuso psicológico o emocional, mientras que un 17% reporta abuso físico. (Morales, 2002).

### **III. METODOLOGÍA**

#### **III.1 Diseño**

Se realizó un estudio descriptivo transversal en adolescentes inscritos en una preparatoria del estado de Querétaro, en el ciclo escolar 2005-2006.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para población finita, mediante el programa estadístico EPI-INFO, con un índice de confianza del 95%.

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

N=950 alumnos

Frecuencia esperada: 5%

Peor aceptable: 4%

n: 625 alumnos

#### **III.2 Material y Métodos**

La selección de la muestra se llevó a cabo por muestreo no probabilístico por cuota, tomando en cuenta a todos los grupos; se incluyeron a los adolescentes inscritos en una preparatoria de la Universidad Autónoma de Querétaro, que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado. Se aplicó un cuestionario validado por John Morgan, de la Facultad de Medicina del Hospital Saint George de Londres 1999, para detectar probables conductas alimentarias de riesgo: anorexia y bulimia (anexo 1) el cual consta de 5 preguntas. Considerándose con posible desorden en la alimentación cuando existen dos o más respuestas afirmativas.

Posteriormente a los adolescentes seleccionados, se procedió a entrevistarlos con un segundo cuestionario sobre conductas alimentarias de riesgo (anexo 2).

Este cuestionario esta basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV, consta de 10 preguntas sobre preocupación por incrementar de peso, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y de diuréticos), en los tres meses previos a la aplicación del instrumento, se califica sumando el número de la pregunta y determinando el tipo de conducta alimentaria, para anorexia con una puntuación de 1-19, bulimia de 20-36 puntos y para el trastorno mixto de 37 a 55 puntos.

Los adolescentes conjuntamente con la aplicación del segundo cuestionario se pesaron y midieron obteniendo su IMC, se evaluaron con el método de Graffar, determinando su estrato socioeconómico, así mismo la presencia de exposición al tabaco ( 3 ó + cigarrillos a la semana), exposición a bebidas alcohólicas con una frecuencia de (3 ó más bebidas alcohólicas a la semana), y antecedente de exposición a algún tipo de droga en los últimos 3 meses a la aplicación del estudio. El tipo de familia se agrupó en nuclear, compuesta y extensa compuesta. La funcionalidad familiar se midió mediante el método de Faces III agrupándola en funcional y disfuncional.

### **III.3. Aspectos Éticos**

Para este protocolo se considera la declaración de Helsinki y las recomendaciones para la investigación Biomédica en seres humanos, la cual se adaptó en la 18ª. Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki en 1964.

Conforme a la Norma Oficial de Investigación, solo se requiere del consentimiento informado de los sujetos encuestados para realizar el estudio, garantizándose la confiabilidad de los resultados, sin verse afectados alguno de

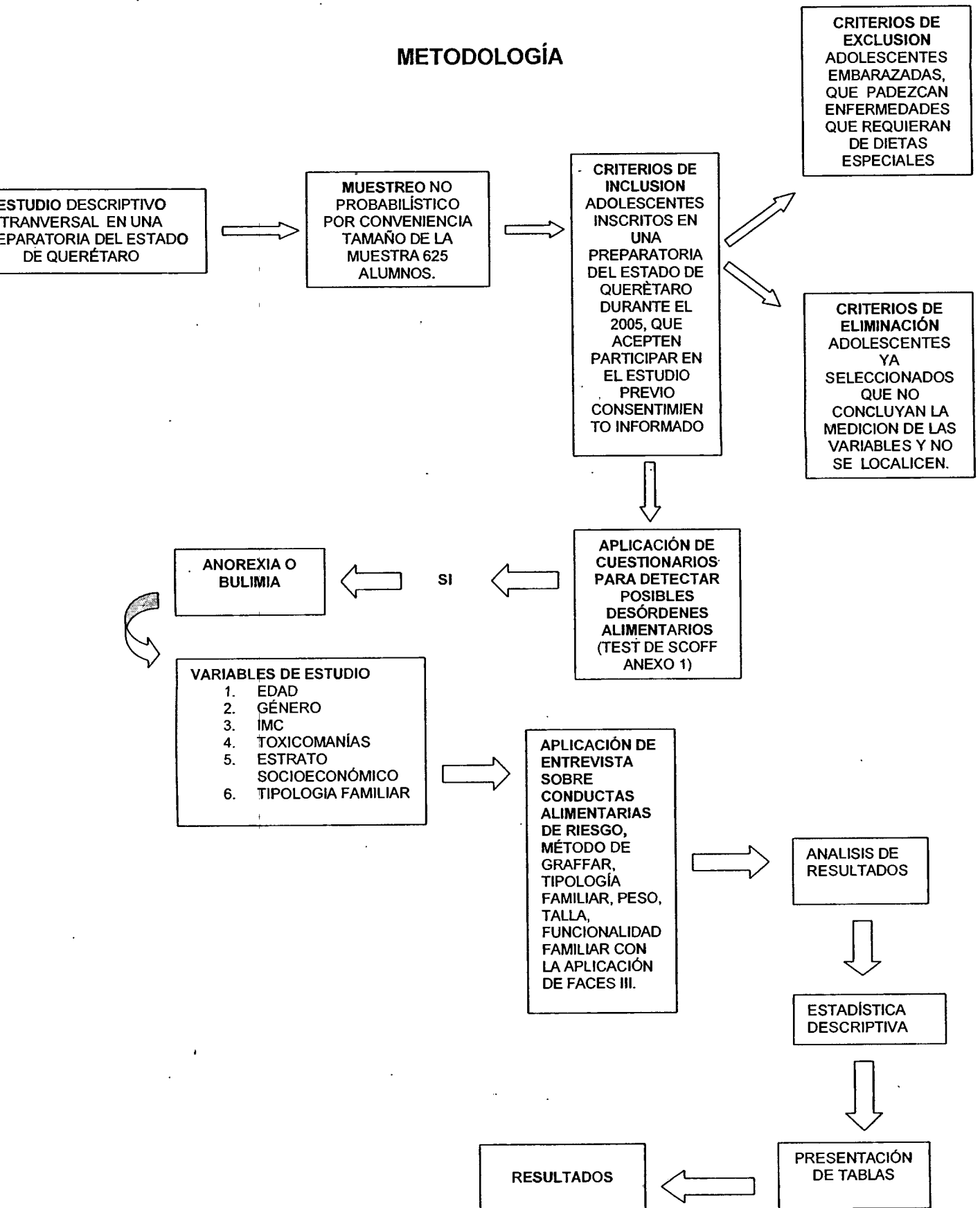
los entrevistados, así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio.

Se solicitó autorización a la Dirección de Servicios Escolares perteneciente a la Universidad Autónoma de Querétaro, así mismo a la Dirección del Plantel de la Preparatoria y el consentimiento informado de los padres de familia para la aplicación del cuestionario de conductas alimentarias de riesgo que tiene como objetivo la identificación temprana de casos y con ello propiciar la atención oportuna, con la finalidad de prevenir el desarrollo del trastorno y posibles complicaciones, canalizando adecuadamente a los adolescentes con personal especializado.

#### **III.4 Análisis estadístico**

Se llevó a cabo por medio de estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes. La información se analizó en el paquete SPSS V12.0.

# METODOLOGÍA



## IV. RESULTADOS

Se aplicó a 625 alumnos el Test de SCOFF, para identificar trastornos de la conducta alimentaria; la prevalencia fue de 12%. (Figura IV.1). La anorexia se presentó en el 24.%, bulimia en un 32.%, y trastorno mixto en el 43% (Cuadro IV.1).

El promedio de edad fue de  $18 \pm 8$ , con un mínimo de 17 y con un máximo de 19 años (Cuadro IV.2), con predominio del género femenino en el 59% (Cuadro IV.3).

En relación al índice de masa corporal se encontró al sobrepeso en 28%, obesidad 18%, peso normal en 8% y con peso bajo el 5% (Cuadro IV.4).

El estrato socioeconómico relacionado con los TCA fue el medio alto en un 40%, medio bajo en el 30%, obrero en el 18%, marginal con el 6% y alto en un 6% (Cuadro IV.5).

La ingesta de diversas sustancias anorexigénicas empleadas para perder peso se observó en 56% (Cuadro IV.6).

El empleo de pastillas utilizadas para la disminución de peso fue del 36%, seguida de uso de laxantes en 26% y diuréticos en 5% (Cuadro IV.7).

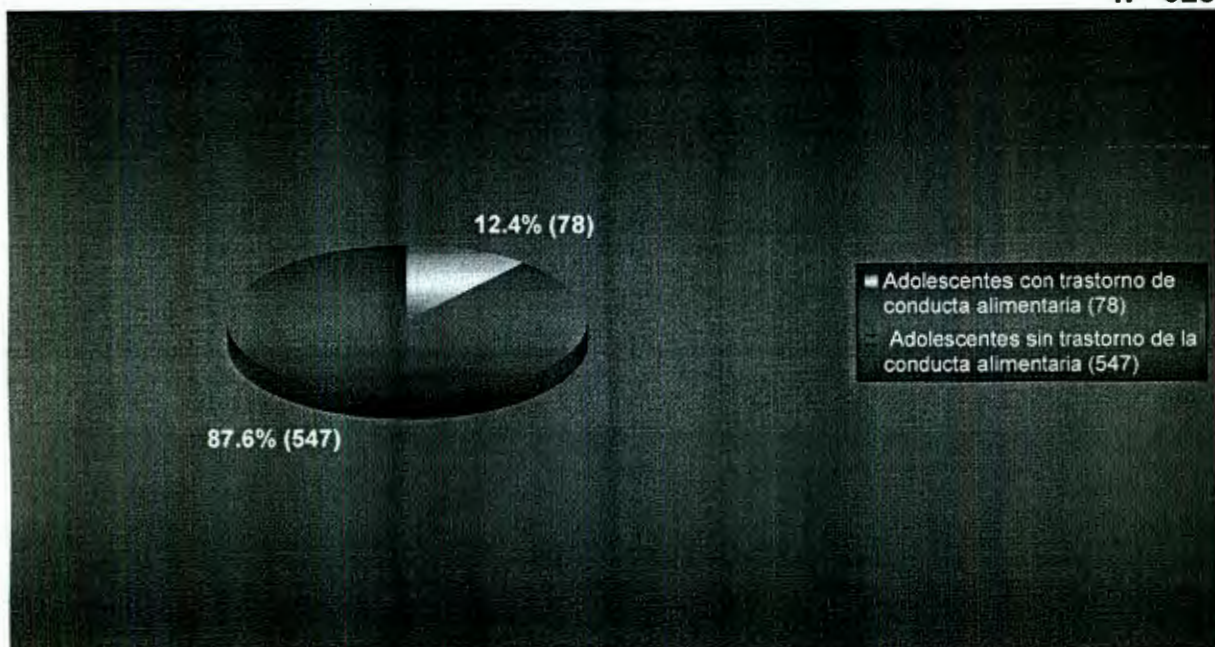
Se observó el empleo de dieta en el 99%, el vómito en un 91% como una alternativa para perder o mantenerse en su peso ideal. (Cuadro IV.7).

La familia compuesta se encontró en el 49%, con disfuncionalidad familiar en el 95%. (Cuadros IV.8 y IV.9).

El antecedente de consumo de tabaco fue de un 77%, de bebidas alcohólicas en el 20% y de drogas ilícitas del 4%. (Cuadros IV.10, IV.11 y IV.12):

**Fig. IV.1 Población de adolescentes con y sin trastorno de la conducta alimentaria .**

**n= 625**



**Cuadro IV.1 Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes**

<b>Trastornos de conducta alimentaria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Anorexia</b>	19	24
<b>Bulimia</b>	25	32
<b>T. mixto</b>	34	44
<b>Total</b>	78	100

**Fuente:** cuestionario para detectar desórdenes en la alimentación SCOFF, aplicados en una preparatoria, de la ciudad de Querétaro en el 2006.

**Cuadro IV.2 Edad presente en los adolescentes con trastorno de conducta alimentaria**

<b>Edad (años)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>17</b>	<b>32</b>	<b>41</b>
<b>18</b>	<b>26</b>	<b>33</b>
<b>19</b>	<b>20</b>	<b>26</b>
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

Edad Promedio: 18± 0.8 años

**Fuente: cuestionario para detectar desórdenes en la alimentación SCOFF, aplicados en una preparatoria, de la ciudad de Querétaro en el 2006.**



**Cuadro IV.3 Género en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria**

<b>Género</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Femenino</b>	<b>46</b>	<b>59</b>
<b>Masculino</b>	<b>32</b>	<b>41</b>
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

**Fuente: cuestionario para detectar desórdenes en la alimentación SCOFF, aplicados en una preparatoria, de la ciudad de Querétaro en el 2006.**

**Cuadro IV.4 Índice de masa corporal\* de los adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria**

<b>IMC*</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Normal</b>	12	16
<b>Peso bajo</b>	8	10
<b>Sobre peso</b>	37	47
<b>Obesidad</b>	21	27
<b>Total</b>	78	100

**Fuente:** cuestionario para detectar desórdenes en la alimentación SCOFF, aplicados en una preparatoria, de la ciudad de Querétaro en el 2006.

**Cuadro IV. 5 Estrato socioeconómico de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria**

Estrato socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Alto	5	6
Medio alto	36	40
Medio bajo	24	30
Obrero	8	18
Marginal	5	6
Total	78	100

Fuente: Encuesta para detectar desórdenes en la alimentación, aplicados en una preparatoria, de la ciudad de Querétaro en el 2006, cuestionario del método de Graffar.

**Cuadro IV.6 Ingesta de sustancias anorexigénicas en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria**

<b>Ingesta de sustancias anorexigénicas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Si</b>	44	56
<b>No</b>	34	44
<b>Total</b>	78	100

**Fuente:** Encuesta para detectar desórdenes en la alimentación, aplicados en una preparatoria, de la ciudad de Querétaro en el 2006.

**Cuadro IV.7 Conductas adoptadas por adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria para perder peso**

<b>Conducta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Diuréticos	4	5
Laxantes	20	26
Pastillas	28	36
Vómito	71	91
Dieta	77	99

**Fuente:** Encuesta para detectar desórdenes en la alimentación, aplicados en una preparatoria, de la ciudad de Querétaro en el 2006.

**Cuadro IV.8 Tipo de familia en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria**

<b>Tipo de familia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Nuclear</b>	20	26
<b>Compuesta</b>	31	40
<b>Extensa compuesta</b>	27	34
<b>Total</b>	78	100

**Fuente: Encuesta para detectar desórdenes en la alimentación, aplicados en una preparatoria, de la ciudad de Querétaro en el 2006**

**Cuadro IV.9 Funcionalidad familiar según fases III en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria**

<b>Funcionalidad familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Funcional</b>	<b>4</b>	<b>5.0</b>
<b>Disfuncional</b>	<b>74</b>	<b>95</b>
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Encuesta para detectar desórdenes en la alimentación, aplicados en una preparatoria, de la ciudad de Querétaro en el 2006; cuestionario Faces III.

**Cuadro IV. 10 Antecedente de consumo de tabaco en adolescentes con trastorno de conducta alimentaria**

<b>Consumo de tabaco</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>*Si</b>	60	77
<b>No</b>	18	23
<b>Total</b>	78	100

\*Si: consumo de tres ó más cigarrillos a la semana

**Fuente: Encuesta para detectar desórdenes en la alimentación, aplicados en una preparatoria, de la ciudad de Querétaro en el 2006.**



**Cuadro IV. 11 Antecedente de exposición a bebidas alcohólicas en adolescentes con trastorno de conducta alimentaria**

Antecedente de exposición a bebidas alcohólicas	Frecuencia	Porcentaje (%)
*SI	16	20
No	62	80
Total	78	100

\*Si: consumo de tres ó más bebidas alcohólicas a la semana.

Fuente: Encuesta para detectar desórdenes en la alimentación, aplicados en una preparatoria, de la ciudad de Querétaro en el 2006.

**Cuadro IV. 12 Antecedente de exposición a drogas en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria**

Antecedente de exposición a drogas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Marihuana	2	3
Cocaína	1	1
Sin antecedente de exposición a drogas	75	96
Total	78	100

Fuente: Encuesta para detectar desórdenes en la alimentación, aplicados en una preparatoria, de la ciudad de Querétaro en el 2006.

## DISCUSIÓN

La anorexia y bulimia son trastornos de la conducta alimentaria, la detección oportuna nos permite conocer las características de la población, e identificar los factores precipitantes prevaecientes, con el objeto de proporcionar una adecuada atención.

En esta población encontramos que la edad de presentación de anorexia y bulimia fue de 18 años la cual es similar a lo reportado en la literatura, debido a que los adolescente son más vulnerables ya que tienen una gran sensibilidad a la opinión de los demás, cierta inseguridad respecto a lo que les gusta y lo que desean que los lleva a seguir las modas, cambios físicos que los hacen dudar de su aspecto, tiempo libre para consumir mucha televisión y ser el blanco favorito de la publicidad, con el propósito de conservar una figura delgada (Unikel, 2000), y en forma similar a lo reportado en la población de España (Ballabriga, 2001).

En cuanto al género se observa con mayor frecuencia en el femenino en un 59%; con respecto a lo reportado en la literatura existe unanimidad en todos los trabajos de investigación al considerar que el 90-95% son mujeres. Se considera que en esta predisposición intervienen más los factores socioculturales que los de índole biológica (Emery, 2001).

La población estudiada tuvo un resultado mayor de sobrepeso de acuerdo al IMC en un 28% a diferencia de lo reportado por la literatura (Quintero, 2003) ya que en esta etapa de adolescencia se ha observado un mayor consumo de alimentos procesados no balanceados, además de no tener un lugar y horario adecuado para su consumo, lo que conlleva a restricciones alimentarias crónicas mediante intentos por perder peso e ingesta compulsiva de alimentos.

Pottick en el 2000, refiere que la recuperación del peso debe ser lenta y sostenida a pesar de la resistencia del paciente; debe incluir programas conductuales que llevan a la normalización de la conducta alimentaria y al aumento de peso.

La presencia de empleo de diversas sustancias anorexigénicas con el objeto de perder peso, observadas en este estudio fue de gran magnitud en el 56%, puesto que la población adolescente presenta una alimentación desvalanceada, lo cual condiciona al sobrepeso y aunado a los factores culturales y de comunicación que nos rodean, se ha observado un mayor empleo de los diversos métodos para disminuir de peso; resultados similares a lo reportado por (Garfinkel y Garner, 1982).

Los individuos con frecuencia abusan de los medicamentos sin prescripción como los laxantes, supresores del apetito, diuréticos, las drogas y el vómito. Ninguno de estos medicamentos está libre de riesgo algunas personas ingieren laxantes para el funcionamiento intestinal normal. Las pastillas de dieta, inclusive las hierbas y los medicamentos sin prescripción, pueden ser peligrosos, en particular si son abusados (Morales, 2002; Anzai, 2002).

La utilización de pastillas por los adolescentes para perder peso es una forma práctica para lograr su objetivo puesto que se ha visto que se encuentra al alcance de muchos de ellos, originando cada vez su mayor consumo, lo reportado fue el 36% similar a lo observado por (Quintero, 2003).

El empleo de sustancias como los laxantes para disminuir de peso se encuentra presente en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, en un 26% similar a lo reportado por Morales (2002), en un alto porcentaje, conjuntamente con la inducción del vómito en el 91% ya que este método adoptado por los adolescentes resulta de gran facilidad, así como la adquisición de laxantes por su bajo costo en la búsqueda de una disminución de peso de forma más rápida y sencilla.

La presencia del empleo de la dieta predominó en el 99%, acorde a los resultados encontrados en la literatura como método para disminuir de peso, es el uno de los recursos mas utilizados por los adolescentes ya que la mayoría, se restringe de la alimentación habitual, realizando desde ayunos prolongados hasta la inanición (Newman, 1992; Morales, 2002; Brewerton, 2002).

Con respecto a la tipología familiar se observó que en los pacientes con trastorno de conducta alimentaria predomina la familia compuesta, en un 40% la cual es de esperarse, ya que la convivencia entre diversos integrantes ocasiona conflicto entre ellos mismos, principalmente si existen diversas generaciones que lo conformen y así mismo una mayor disfuncionalidad resultado acorde a lo reportado en la literatura (Watkins, 2002).

La presencia de la disfuncionalidad familiar predominó en este estudio en el 95%, se observó que se caracteriza por presentar comunicación difusa entre los miembros del grupo familiar, autoridad débil de los supervisores para con los adolescentes, límites difusos, los cuales influyen en el origen del síntoma e interfieren negativamente en la recuperación del adolescente; así mismo tanto los adolescentes como los padres asumen roles que no les corresponden, produciéndose interacciones disfuncionales en la dinámica familiar. Dichas familias poseen climas tensos, agresivos y distantes, poco afectuosos y sobreprotectores en donde la labor de los adultos de establecer límites claros se convierte en una medida difícil de alcanzar; conjuntamente con la presencia de violencia intrafamiliar, resultados que son acordes en lo reportado en la literatura por diversos autores (Watkins, 2002; Powers, 2002).

El estrato socioeconómico predominante en adolescentes fue el medio alto resultando con el 40%, el cual es similar a lo reportado en la literatura. Se destaca la incidencia de estos trastornos en las escuelas de mayor nivel social, así mismo contribuye como factor de riesgo el residir en las grandes ciudades por la

gran accesibilidad a los medios de comunicación, facilidad económica para la adopción de distintos métodos para perder peso (Fisher, 2001; Quintero, 2003).

Con respecto al antecedente de exposición al consumo de alcohol, tabaquismo y drogas ilícitas, se encontró al tabaquismo en el 77%, seguida por el alcoholismo con un 20% y finalmente la exposición a drogas en un 4%; resultados similares a los reportado en la literatura (Watkins, 2002), siendo todos estos factores predominantes en pacientes con trastornos de conducta alimentaria, en especial el tabaquismo ya que se ha observado mayor ansiedad, fobia social y conductas compulsivas, esta acción denota para los adolescentes tener un mayor control del estado de ansiedad y disminución del apetito contribuyendo así al control de peso.

Das en 1990, propone que algunas conductas adictivas (exceso de bebida, exceso de comida y juego compulsivo), comparten entre sí algunos aspectos: la conducta adictiva genera momentos de placer a corto plazo, alivia sentimientos negativos y dicha conducta tiene elementos compulsivos. Observados en los TCA. Respecto al consumo de drogas, los resultados obtenidos no fueron similares a lo reportado en la literatura, en comparación con lo reportado por la literatura quien refiere que en diferentes estudios se confirma una alta prevalencia de abuso de sustancias en pacientes con trastornos de la alimentación (Newman, 1992).

## **VI. CONCLUSIÓN**

La prevalencia observada de los trastornos de la conducta alimentaria, fué del 12.4%, predominando el trastorno mixto; en mujeres de 17 años, con sobrepeso, pertenecientes a familias compuestas, disfuncionales, de estrato socioeconómico medio y medio alto, y con antecedentes de exposición al tabaco, bebidas alcohólicas y en menor grado a drogas ilícitas.

## VII. PROPUESTAS

Promover un espacio para la discusión y reflexión de los procesos adolescentes esperables para la edad.

Brindar información sobre los trastornos de la conducta alimentaria, sus implicaciones físicas y psicosociales,

Crear un espacio de atención y apoyo para los padres.

Promover formas de relación y comunicación más adecuadas entre los padres y sus hijos.

Identificar y promover el impacto que causa este fenómeno en las familias y su dinámica, así como la posibilidad de variar aspectos que fomentan y perpetúan la enfermedad, buscando nuevas y adecuadas formas de comunicación mejorando así la dinámica familiar en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

## VIII. LITERATURA CITADA

- Anzai N, et al. 2002. Inpatient and partial Hospital Treatment for adolescent eating disorders. *Child Adolesc Psychiatry N Am*; 11:279-310.
- Ballabriga A y Carrascosa A. 2001. *Nutrición y Diabetes Mellitus Nutricion en la infancia y la adolescencia 2ª*. Edicion Barcelona.
- Behar A R, De la Barrera CM, Michelotti CJ 2000. Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Méd Chile*; 129(9): 1003-11.
- Brewerton T 2002. Bulimia in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*; 11: 237-256.
- Brewerton TD, Lydiard RB, Herzog DB, Brotman AW, O'Neil PM, Ballenger JC 1995. Comorbidity of axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry*; 56:77-80.
- Cavazos Milanés, M.A. 2000. *Sociedad, cuerpo y silencio en los trastornos alimentarios: anorexia y bulimia*, tesis de licenciatura en psicología, México, UAM Xochimilco.
- Dolan, B 1991. Cross-cultural aspects of anorexia nervosa and bulimia: A review. *AlcanzarAvaz y Journal of Eating Disorders*, 10, 67-68.
- Fisher M, et al. 2001. Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program. *J Adolesc Health*; 28:222-227.
- Garfinkel P, Moldofsky H, Garner D 1980. The heterogeneity of anorexia nervosa: Bulimia as a distinct subgroup. *Arch Gen Psychiatry*; 37: 1036-1040.
- Garfinkel, P. E., y Garner, D. M 1982. *Anorexia nervosa: a multidimensional Alcanzarva*. New York: Brunner/Mazel.
- Gómez-Peresmitré G, Pineda GG, L'Esperance P, Hernández A, Platas S, León R 2002. Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Rev Mex Alcanza*;19:125-132.
- Hudson JI, Weiss RD, Pope HG JR, McElroy SK, Mirin SM 1992. Eating disorders in hospitalized substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 18: 75-85.
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS 2002. Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*; 59:545-552.



## VIII. LITERATURA CITADA

- Lucas, A.R.; Beard, C.M.; O'Fallon, W.M. y Kurland, L.T. 1991. 50 year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester. Min: A population-based study. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 917-922.
- Morandé, G. 1998. Trastornos de la conducta alimentaria : ¿Una epidemia?. *Anales Españoles de Pediatría*, 48, 3.
- Morande G, Celada J, Casas J 1999. Prevalence of Eating Disorders in a Spanish School Age Population. *J Adolesc Health*; 24:212-219.
- Morales Alberto, Alcanza Walter, Ureña Maria Elena y cols. 2002. Anorexia y Bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención en una clínica de Adolescentes. *Acta Pediatr costarric*; 16(3).
- Mujalli E. 2000. Aspectos Emocionales en los Problemas del Apetito. *An Venez Nutr*; 13 (1):210-214.
- Neumark-Sztainer D, Story M 1998. Dieting and Binge Eating among adolescents: what do they really mean? *J Am Diet Assoc*; 98: 446-450.
- Newman MM, Gold MS 1992. Preliminary findings of patterns of substance abuse in eating disordered patients. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 18: 207-211.
- Pollack, D. Anorexia as lifestyle 2001.Seminario WSN. Reino Unido, mimeo.
- Quintero-Parraga, Evelyn, Pérez-Montiel, Ana Cristina, Montiel-Nava, Cecilia *et al.* 2003. Trastornos de la conducta alimentaria: Prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. *Invest. Clín*; vol.44, no.3, p.179-193. ISSN 0535-5133.
- Rodríguez Morilla Felipe. II Congreso de Enfermería comunitaria Mollina, Malaga, Junio 2000. Anorexia y bulimia: mesa redonda Jóvenes y estilo de Vida.
- Schuckit MA, Tipp JE, Anthenelli RM, Bucholz KK, Hesselbrock VM, Nurnberger JL Jr. 1996. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in alcohol-dependent men and women and their relatives. *Am J Psychiatry*; 153: 74-82.
- Turón V. 1997. Historia, clasificación y diagnóstico de los trastornos de la alimentación. Edit Marron, Barcelona.

### VIII. LITERATURA CITADA

Unikel C, Villatoro J, Medina-Mora ME, Alcantrar EN, Fliz C, Hernández SA. 2000. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Rev Invest Clin*; 52:140-147.

Watkins B.2002. Eating disorders in School-aged children. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*; 11: 185-200.

## IX. ANEXOS

### ANEXO 1

#### CUESTIONARIO PARA DETECTAR DESORDENES EN LA ALIMENTACION, (SCOFF)

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente las preguntas y responda con Veracidad lo que se te indica, recuerda que la información que nos proporciona es absolutamente CONFIDENCIAL.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado que cursa \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

PREGUNTAS	SI	NO
¿SE OBLIGA USTED A VOMITAR PORQUE SE SIENTE INCÓMODAMENTE LLENA?		
¿SE PREOCUPA POR HABER PERDIDO EL CONTROL SOBRE CUÁNTO COME?		
¿HA PERDIDO RECIENTEMENTE MAS DE 6 KILOS EN UN PERIODO DE TRES MESES?		
¿SE CONSIDERA USTED GORDA CUANDO LOS DEMÁS LE DICEN QUE ESTA USTED DELGADA?		
¿DIRIA USTED QUE LA COMIDA DOMINA SU VIDA?		

FUENTE: Cuestionario elaborado por Jonn Morgan, de la Facultad de Medicina del Hospital Saint George de Londres. Rev. British Medical Journal, diciembre de 1999. Los autores sugieren que dos o más respuestas afirmativas a las cinco preguntas indican un posible desorden en la alimentación. El cuestionario SCOFF parece ser un instrumento eficaz para detectar desórdenes en la alimentación, y está diseñado para advertir un posible caso más que para diagnosticarlo.

**INSTRUMENTO DE MEDICION PARA EVALUAR CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO  
EN ADOLESCENTES DE LA PREPARATORIA SUR. QRO. QRO.**

**ANEXO 2**

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente las preguntas y responda con Veracidad lo que se te indica, recuerda que la información que nos proporcionas es absolutamente CONFIDENCIAL.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado que cursa \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

En los últimos 3 meses (marca una opción para cada inciso)

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

**CUESTIONARIO PARA DETERMINAR ESTRATO SOCIOECONÓMICO MÉTODO DE GRAFFAR**

(ANEXO 3)

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Grado que cursa actualmente: \_\_\_\_\_

**A) PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA:**

1. Universitario, alto 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, taxistas, etc.
5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.

**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.

**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 mensual
4. Salario diario o semanal.
5. Ingresos de origen público o privado (subsidios)

**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 confortable y buenas condiciones sanitarias.
4. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
5. Vivienda improvisada, construida con materiales de deshecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

FUMAS? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

BEBES ALCOHOL SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

UTILIZAS ALGÚN TIPO DE DROGA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FACES III.

■ **Nunca (1) casi nunca (2) algunas veces (3) casi siempre (4) siempre (5)**

1. Los miembros de la familia solicitan ayuda uno al otro\_\_\_\_\_
2. En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas\_\_\_\_\_
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia\_\_\_\_\_
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina\_\_\_\_\_
5. Nos gusta hacer actividades únicamente con nuestra familia más cercana \_\_\_\_\_
6. Diferentes personas actúan como líderes en nuestra familia\_\_\_\_\_
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 en relación con los castigos\_\_\_\_\_
11. Nos sentimos muy unidos\_\_\_\_\_
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones\_\_\_\_\_
13. Cuando nuestra familia se reúne para realizar actividades, todos están presentes\_\_\_\_\_
14. Las reglas cambian en nuestra familia\_\_\_\_\_
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia\_\_\_\_\_
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros\_\_\_\_\_
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones\_\_\_\_\_
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad\_\_\_\_\_
19. La unión familiar es muy importante \_\_\_\_\_
20. Es difícil decir quien hace las labores en el hogar\_\_\_\_\_

■ **Tipología Familiar:**

■ **Composición:**

Nuclear

Extensa

Compuesta