

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
RESIDENCIA SEMIPRESENCIAL DE MEDICINA FAMILIAR

**FRECUENCIA DE TRASTORNOS DISOCIALES EN ADOLESCENTES HIJOS DE
MADRES TRABAJADORAS DEL IMSS QUE ASISTIERON A GUARDERIA EN
COMPARACION CON LOS QUE NO LO HICIERON**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. INÉS CANDELARIA SOBERANES LÓPEZ

CIUDAD OBREGÓN, SONORA

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AUTORIZACIONES

DR. JOSE ALFONSO CADENA ROBLES
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. DAVID LÓPEZ DEL CASTILLO SÁNCHEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ASESOR

DRA. MARÍA DEL PILAR REYNOSO ARENAS
MÉDICO FAMILIAR
DIRECTORA DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN
DOCENTE
CIUDAD OBREGÓN, SONORA

COLABORADOR

LIC. EN PSICOLOGÍA JESUS MANUEL LEÓN FELIX
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1
CIUDAD OBREGÓN, SONORA

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme permitido realizar uno más de mis sueños.

A mis hijos que son lo más hermoso que Dios me ha dado y que gracias a su apoyo y comprensión he logrado alcanzar una meta más en mi vida.

Gracias hijos por ayudarme a levantar el ánimo cuando lo he necesitado.

A mi familia, compañeros y amigos, en especial de la U.M.F No. 33 que me dieron la mano en el momento necesario.

A mis maestros por su dedicarme parte de su valioso tiempo y por compartir sus conocimientos.

INDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
MATERIAL Y MÉTODOS	9
RESULTADOS	11
DISCUSIÓN	13
CONCLUSIÓN	15
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
ANEXOS	20

RESUMEN

El trastorno disocial (TD) es una alteración psiquiátrica, relacionada con un ambiente psicosocial desfavorable, predictor de delincuencia juvenil.

Objetivo: Determinar la frecuencia de trastornos disociales en adolescentes hijos de madres trabajadoras del IMSS que asistieron a guardería en comparación con los que no lo hicieron.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo en las diferentes unidades del IMSS de Obregón, Sonora en 2006. Incluyendo aleatoriamente adolescentes entre 10 y 19 años de edad, hijos de madres trabajadoras, excluyendo aquellos con trastornos psiquiátricos o capacidades diferentes. Se conformaron dos grupos uno con los que asistieron a guardería y otro con los que no lo hicieron; se aplicó un cuestionario validado. Variables: edad, sexo, asistencia a guardería, presencia de TD, ocupación de ambos padres, turno de trabajo y la duración de la jornada. Análisis: Frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión; pruebas de Chi cuadrada y Wilcoxon.

Resultados: Se formaron dos grupos de 90 adolescentes cada uno; el promedio de edad fue de 13.8 ± 2.6 años. La frecuencia de TD para los que asistieron a guardería fue del 7.8% por el 1.1% de los que no lo hicieron ($p > .05$). Las ocupaciones del padre y la madre fueron significativas ($p < .05$).

Conclusiones: El TD es más frecuente en adolescentes que asisten a guardería, sin ser esto significativo; siendo, tanto la ocupación de la madre, como del padre importantes para su desarrollo.

Palabras clave: Adolescentes, trastorno disocial, frecuencia.

INTRODUCCIÓN

Es necesario entender el proceso que contribuye al desarrollo de los trastornos de la conducta, primero por la gravedad y adversidad de los niños y adolescentes con éstos desordenes psicopatológicos y segundo, porque su prevalencia se ha incrementado significativamente en un corto periodo de tiempo. Las razones de este incremento no son claras, atribuyéndose a múltiples factores psicológicos y sociales.¹

El trastorno disocial (TD) es una alteración psiquiátrica definida como un patrón repetitivo y persistente de la conducta, que conduce a la violación deliberada de los derechos de los demás o de las normas sociales y las leyes establecidas para la edad.²

Los rangos en la prevalencia de los TD varían de acuerdo a la edad, sexo y estrato socioeconómico entre el 1-10% en poblaciones abiertas de niños y adolescentes y hasta 28% en muestras clínicas, dependiendo de las definiciones operacionales (DSM-III-R vs DSM-IV); manteniendo una relación hombre-mujer 4:1.³ La prevalencia del riesgo de TD aumenta del 25% a la edad de 13 años al 47% a la de 19 años y declina al 23% a la edad de 25.⁴ Además, aproximadamente 15-25% de los jóvenes con TD también presentan depresión mayor y el 15-35% de aquellos con depresión tienen TD.⁵

Una historia de problemas de la conducta en la niñez es un predictor de delincuencia juvenil. Cada año 2% de los niños y adolescentes tienen contacto con sistemas de justicia juvenil; de estos una minoría continúa delinquiriendo y representa un porcentaje desproporcionado de los que aparecen en los tribunales. Los TD y la delincuencia tienen múltiples factores de riesgo que pueden ser clasificados como genéticos,

biológicos y/o ambientales. Los factores familiares son afectados por problemas sociales como la pobreza, deserción escolar, desempleo y malas relaciones interpersonales.⁶

Dentro de los factores que pueden influir en el desarrollo del TD, se han encontrado los siguientes: Biológicos: 1) genéticos: historia paterna de comportamiento antisocial, 2) neurotransmisores: la presencia de altos niveles de serotonina en el hombre se asocia con violencia en el adolescente, 3) sistema nervioso autónomo: hay evidencia de asociación entre bradicardia y TD, 4) prenatales y perinatales: tabaquismo durante el embarazo. Factores funcionales: 1) falta de control del temperamento, 2) problemas con la lectura, 3) conducta impulsiva, 4) crisis de identificación personal, 5) cambios físicos en la mujeres y fisiológicos (incremento de estrógenos y testosterona) en ambos sexos con un incremento en la agresividad y problemas de conducta. Problemas psicosociales: 1) paternidad irresponsable, 2) disfunción familiar, 3) pertenencia a grupos delictivos, 4) abuso sexual o psicológico durante la infancia, 5) falta de interrelación social, 6) exposición a actividades altamente estresantes.⁷

Entonces, los TD suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable. Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser del tipo de las siguientes: grados excesivos de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencia graves y persistentes.⁸ Considerándose los síntomas de emergencia de los TD en niños como el mejor predictor de riesgo para

presentar este problema en el futuro junto con una amplia gama de resultados de salud y sociales negativos que incluyen infamia y violencia, pobre desarrollo escolar y deserción, adicciones, depresión, suicidio y desempleo.⁹

La definición de TD establece que los síntomas deben ser persistentes y repetitivos a lo largo de un periodo extenso; en otras palabras, la conducta anómala debe tener una mayor frecuencia que la observada en los otros adolescentes de la misma edad (tiempo mínimo un año). Requiere que 3 síntomas se manifiesten muchas veces durante este año y que, por lo menos, uno este presente casi de manera continua durante los últimos seis meses. Los síntomas deben aparecer antes de los 18 años y después de los 10, interfiriendo de manera significativa en las actividades familiares, sociales y escolares.^{10,11}

Una cuestión en el diagnóstico del TD es, si el problema del comportamiento es causado por un mecanismo interno debe establecerse el diagnóstico, pero, si es consecuencia de una reacción al medio ambiente debe omitirse de acuerdo al DSM-IV.¹²

La atención dada al estudio de antecedentes de TD en mujeres ha sido limitada en comparación con los hombres, siendo uno de los diagnósticos psiquiátricos más comunes entre las adolescentes; su comportamiento incluye abuso y dependencia de drogas, desordenes de la personalidad, muerte temprana y violenta, cargos criminales, dificultad para terminar la escuela y mal estado de salud. No obstante, hay estudios que documentan la presencia de un umbral bajo en el sexo femenino, dado el menor grado

de agresividad y violencia físicas de este género, por lo que se ha sugerido agregar a las encuestas para el diagnóstico ítems que aborden el rompimiento de reglas y agresión social, puesto que este tipo de violaciones a las normas sociales se ha visto son cometidos por las féminas.^{13,14}

Dado la amplia gama de factores que pueden favorecer el desarrollo del TD, es necesario conocer en esta región la prevalencia de éste desorden psiquiátrico, existiendo en nuestro país pocos estudios sobre este padecimiento. De acuerdo con los cambios sociodemográficos a los que se exponen nuestra sociedad en estos días, creemos que esto puede incrementar la frecuencia del TD, sobre todo en aquellos casos en que ambos padres trabajan o en las familias seminucleares, donde el cuidado de los niños queda a cargo de otras personas o dependencias como las guarderías. Por lo que, el propósito de este estudio es determinar la frecuencia de trastornos disociales en adolescentes hijos de madres trabajadoras del IMSS que asistieron a guardería en comparación con los que no lo hicieron.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal analítico en las unidades médicas, hospitalarias y administrativas del IMSS ubicadas en Ciudad Obregón, Sonora, durante el 2006. Se incluyeron de manera aleatoria hijos de madres trabajadoras con edades de 10 a 19 años, de sexo indistinto, tanto aquellos que asistieron a guardería como los que no lo hicieron y que aceptaron sus tutores su participación en el estudio; se excluyeron los que presentaron trastornos psiquiátricos diferentes o capacidades diferentes, que les impidieron contestar el cuestionario. El tamaño de la muestra se determinó a través de la fórmula de dos proporciones tomando un valor de significancia del 5% y un poder estadístico del 80%.

Se conformaron dos grupos, uno con adolescentes que asistieron a guardería y otro con los que no lo hicieron, a ambos se aplicó el mismo cuestionario ya validado,¹⁶ el cual tiene una confiabilidad de 0.86, de acuerdo con el α de Cronbach; se agregaron a éste preguntas estructuradas con respecto a la ocupación de los padres, el turno de trabajo y el tiempo de la jornada de trabajo, así como la edad y sexo del entrevistado y si asistió o no a guardería. Tomando, por tanto como variables, la edad, el sexo, la asistencia a guardería, la presencia de TD, la ocupación de ambos padres, su turno de trabajo y la duración de su jornada.

Los datos se procesaron con la ayuda del paquete estadístico de SPSS versión 10.0, aplicando frecuencias y porcentajes en variables nominales; medidas de tendencia

central y dispersión en las cuantitativas. La comparación entre grupos se realizó con Chi cuadrada para las nominales y Wilcoxon para las cuantitativas.

RESULTADOS

Se entrevistaron 180 adolescentes para conformar dos grupos de 90 cada uno; el grupo 1, formado por aquellos que asistieron a guardería, incluyó 36 (40%) hombres y 54 (60%) mujeres con promedio de edad de 13.7 ± 2.6 años y el 2, con 54 (60%) varones y 36 (40%) féminas con edad media de 13.8 ± 2.7 años (resultados no significativos, cuadro I).

La frecuencia de TD en los adolescentes que asistieron a guardería fue del 7.8%, significativo al comparar por sexo ($p \leq .05$); en tanto, en aquellos que no lo hicieron fue del 1.1% resultado no significativo, entre sexo y entre grupos ($p > .05$). Mientras que el riesgo para presentar TD en el primer grupo se presentó en 3 (3.3%) y en el segundo en 1 (1.1%) como se puede ver en el cuadro II.

Las diferentes ocupaciones de las madres se observan en la figura 1, predominando las secretarias en el grupo de los que asistió a guardería con 16 (17.8%) y en el de aquellos que no lo hicieron las enfermeras con 24 (26.7%); en el caso de los padres se reportaron 16 (17.8%) empleados en el primer grupo y 17 (18.9%) en el segundo. Resultados significativos ($p < .05$, figura 2).

El turno que predominó para las madres de adolescentes con guardería fue el matutino en 47 (52.2%) y en 51 (56.7%) de las de los adolescentes sin guardería; mientras para los padres de asistentes a guardería fue el matutino en 32 (35.6%) casos, por 35 (38.9%) de los no asistentes. Resultados no significativos ($p > .05$, figura 3).

El promedio de horas de trabajo para el grupo de madres de adolescentes que asistieron a la guardería fue de 7.99 ± 0.66 por 8.2 ± 2.1 del de aquellos que no lo hicieron; mientras que en el caso de los padres, para los que acudieron fue de 8.9 ± 1.8 horas por 8.6 ± 1.8 de los que no lo hicieron. En ambos casos los resultados fueron no significativos ($p > .05$).

Con respecto al instrumento, para el grupo de adolescentes que asistieron a guardería la confiabilidad fue de 0.94 según el α de Cronbach y para los que no lo hicieron fue de 0.81. Con respecto a las puntuaciones para el primer grupo fue de 0 a 26 y para el segundo de 0 a 16.

DISCUSIÓN

Los costos de las enfermedades de salud mental son enormes, sobre todo dado sus manifestaciones en el caso del TD, como la delincuencia, actividades criminales, uso y abuso de sustancias ilegales, entre otras.¹⁷ En este estudio, de acuerdo con los resultados obtenidos, la frecuencia del TD se presentó dentro de los porcentajes comentados por Peña Olvera,³ y en el caso de los adolescentes no asistentes a guardería fue similar a la reportada por Sengupta y colaboradores,¹⁸ no así en aquellos que asistieron a guardería, donde fue mayor.

Llama la atención el hecho de que la frecuencia fuera mayor en los adolescentes que asistieron a guardería que en aquellos que no lo hicieron; esto puede atribuirse, como Young y colaboradores reportan en su estudio a los malos tratos recibidos durante la infancia, a amenazas de abandono presentes en el 7.3% de su población;¹⁹ Biederman y colaboradores reportan divorcio o separación en el 10% de los casos con TD,²⁰ así como el caso de Thomas de medicina basada en evidencia, donde se comenta divorcio en los padres.²¹ En esta investigación en 3 (37.5%) casos se reportó ausencia del padre.

Por otra parte, se comenta que el TD predomina en el sexo masculino;^{3,22} los resultados del trabajo de Risë reportan su presencia en el 70.3% de los hombres estudiados,²³ en esta investigación la frecuencia fue del 62.5% de los varones, Wolfenden y Young comentan que puede deberse a la presencia de un genotipo ambiente desfavorable,^{6,19} y Buró y colaboradores estudian la posibilidad de que la menarca sea un factor protector en las adolescentes.²⁴

El promedio de edad de presentación de acuerdo a los resultados de Whittinger y colaboradores es de 14.5 ± 1.7 años,²⁵ en tanto, en esta investigación fue de 13.2 ± 1.9 años, esto puede ser resultado de las diferencias socioculturales de ambas poblaciones.

Con respecto a la ocupación de los padres, en los cuales las diferencias fueron significativas, no se encontraron estudios para su comparación, así mismo, tampoco lo hubo para el turno de trabajo de éstos y la duración de la jornada, datos que de acuerdo con los resultados son importantes; lo cual abre camino para otras investigaciones en nuestra población u otras similares.

Finalmente, el instrumento de medición utilizado para determinar la presencia de TD en esta investigación, en el grupo de adolescentes que asistieron a guardería, tuvo una mayor confiabilidad que en los resultados de Pineda y colaboradores,¹⁶ no así en aquellos que no asistieron en el cual fue similar, por lo que se confirma la validez interna del mismo.

CONCLUSIÓN

El TD es más frecuente en adolescentes que asisten a guardería, sin ser esto significativo; predominando en el sexo masculino. Tanto la ocupación de la madre, como la del padre son importantes para el desarrollo del trastorno.

Ante ello, a pesar de ser baja la frecuencia del TD, se deben realizar programas de detección en la fase final de la infancia y comienzo de la adolescencia, para de esta manera realizar un diagnóstico precoz y poder dar un tratamiento oportuno en aquellos que lo requieran a fin de evitar las complicaciones que implica este trastorno en los jóvenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Morrell J, Murray L. Parenting and the development of conduct disorder and hiperactive symptoms in childhood: a prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *J Child Psychol and Psichiatriy* 2003;44(4):489-508.
2. Loeber R, Burke JD, Mutchka J, Lahey BB. Gun carrying and conduct disorder: a highly combustible combination? Implications for juvenil justice and mental and public health. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:138-45.
3. Peña-Olvera F. Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Publica Mex* 2003;45(S-1):S124-S131.
4. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Burbach M. Patterns of remission and symptom decline inconduct disorder: A four-year prospective study of an ADHD sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(3):290-8.
5. Marmorstein NR, Iacono WG. Major depression and conduct disorder in a twin sample: gender, functioning, and risk for future psychopatology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(2):225-33.
6. Woolfenden SR, Williams K, Peat JK. Family and parenting intervnetions for conduct disorder and delincueny: a meta-analysis of ramdomised controlled trials. *Arch Dis Child* 2002;86:251-6.
7. Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(11):1275-93.
8. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Trastornos

- disociales. Ed. Washington, Estados Unidos: Organización panamericana de la salud; 2003.
9. Bennett KJ, Offord DR. Screening for conduct problems: Does the predictive accuracy of conduct disorder symptoms improve with age? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(12):1418-25.
 10. Pineda D, Puerta I. Prevalencia del trastorno disocial de la conducta en adolescentes usando un cuestionario de diagnóstico epidemiológico. *Rev Neurol* 2001;32(7):612-8.
 11. Sanford M, Boykle M, Szatmari P, Offord D, Jamieson E, spinner M. Age-of-onset clasification of conduct disorder: Reliability and validity in a prospective cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;992-9.
 12. Cramer P, Kelly FD. Defense mechanisms in adolescent conduct disorder and adjusment reaction. *J Nerv Ment Dts* 2004;192(2):139-45.
 13. Coté S, Zoccolillo M, Tremblay RE, Nagin D, Vitaro F. Predicting girls' conduct disorder in adolescence from childhood trajectories of disruptive behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(6):678-84.
 14. Doyle AE, Biederman J, Monuteaux M, Cohan SL, Schofield HT, Faraone S. Diagnostic threshold for conduct disorder in girsl and boys. *J Nerv Ment Dts* 2003;191(6):379-86.
 15. Puerta IC. Instrumentos para evaluar las alteraciones de la conducta. *Rev Neurol* 2004;38(3):271-277.
 16. Pineda DA, Puerta IC, Arango CP, Calad OM, Villa MT. Cuestionario breve para el diagnóstico del trastorno disocial de la conducta en adolescentes de 12 a 16 años. *Rev Neurol* 2000;30(12):1145-50.

17. Foster EM, Jones DE. The high costs of aggression: public expenditures resulting from conduct disorder. *Am J Public Health* 2005;95(10):1767-72.
18. Sengupta SM, Grizenko N, Schmitz N, Schwartz J, Amor LB, Bellingham J et al. COMT Val met gene variant, birth weight, and conduct disorder in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;45(11):1363-9.
19. Young SE, Smolen A, Hewitt JK, Haberstick BC, Stallings MC Corley RP et al. Interacción entre el genotipo MAO-A y los malos tratos en cuanto a desarrollar un trastorno disocial: una confirmación fallida en los pacientes adolescentes. *Am J Psychiatry* 2006;9(8):485-91.
20. Biederman J, Faraone SV, Milberger S, García JJ, Chen L, Mick E et al. Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four year follow up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(9):1193-204.
21. Thomas CR. Evidence based practice for conduct disorder symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(1):109-14.
22. Gelhorn H, Stallings M, Young S, Corley R, Rhee SH, Hopfer C et al. Common and specific genetic influences on aggressive and nonaggressive conduct disorder domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45(5):570-77.
23. Risë BG, Bridget FG, June R, Sharon MS, Tulshi DS. Antisocial personality disorder with childhood vs adolescence onset conduct disorder. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:667-75.
24. Burt SA, McGue M, DeMarte JA, Krueger RF, Iacono WG. Timing of menarche and the origins of conduct disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:890-6.

25. Whittinger NS, Langley K, Fowler TA, Thomas HV, Thapar A. Clinical precursors of adolescent conduct disorder in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(2):179-87.

ANEXOS

Cuadro I. Distribución de la edad de la población estudiada.

EDAD	Adolescentes asistentes a guardería		Adolescentes no asistentes		p
	Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar	
Niños	13.7	2.6	13.7	2.6	NS
Niñas	13.6	2.7	14.1	2.7	NS

NS = No significativo, cuando $p > .05$.

Fuente: Entrevistas directas, Unidades médicas, hospitalarias y administrativas, IMSS, Ciudad Obregón, Sonora, 2006.

Cuadro II. Frecuencia de trastorno disocial (TD) por sexo.

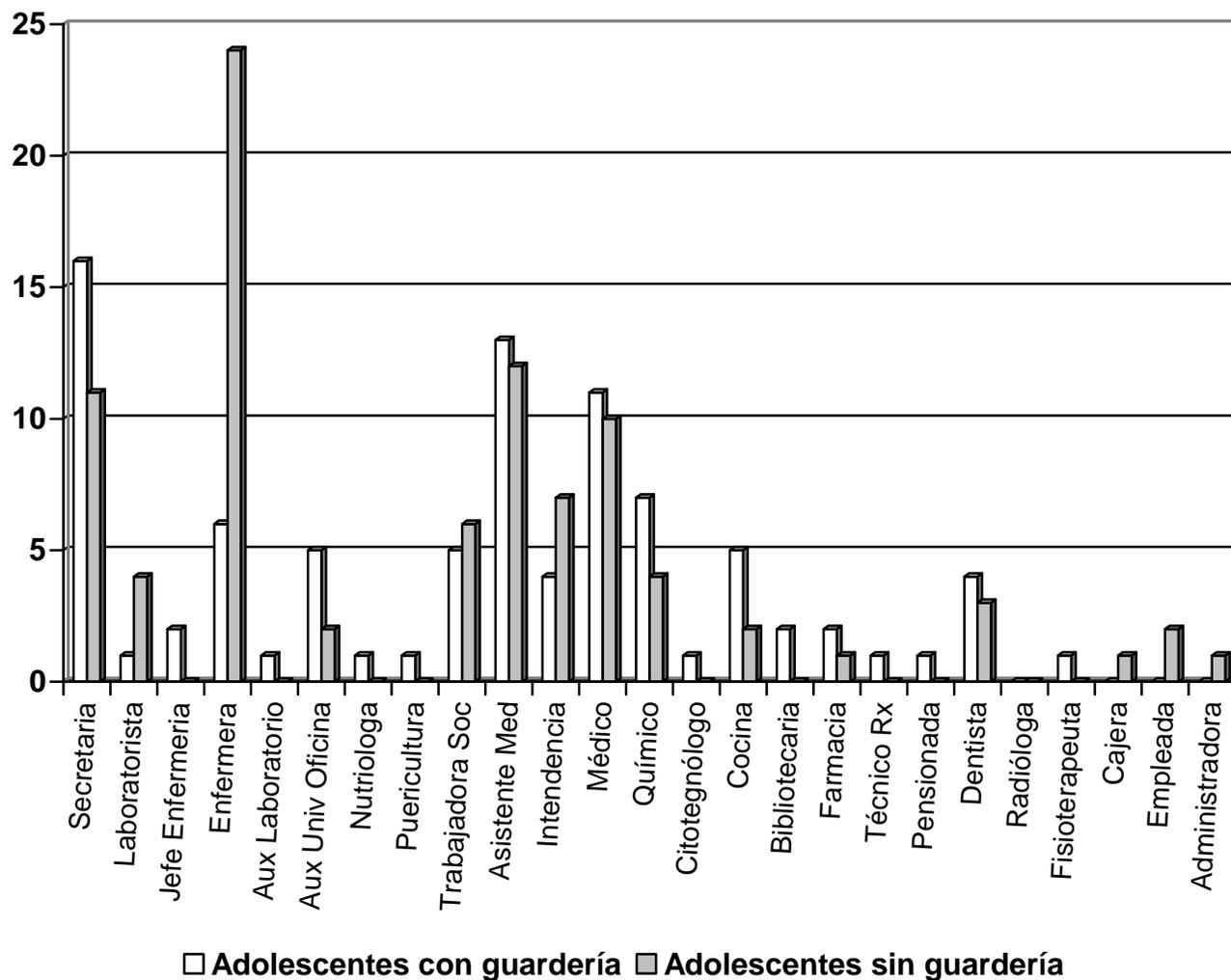
		Hombres		Mujeres		p
Trastorno disocial		n	%	n	%	
Adolescentes asistentes a guardería						
	No hay	29	32.2	51	56.7	.05*
	Riesgo para presentar TD	3	3.3	0	0	
	TD	4	4.4	3	3.3	
Adolescentes no asistentes a guardería						
	No hay	53	58.9	35	38.9	NS
	Riesgo para presentar TD	0	0	1	1.1	
	TD	1	1.1	0	0	

* Valor significativo cuando $p \leq .05$.

NS = No significativo, cuando $p > .05$.

Fuente: Entrevistas directas, Unidades médicas, hospitalarias y administrativas, IMSS, Ciudad Obregón, Sonora, 2006.

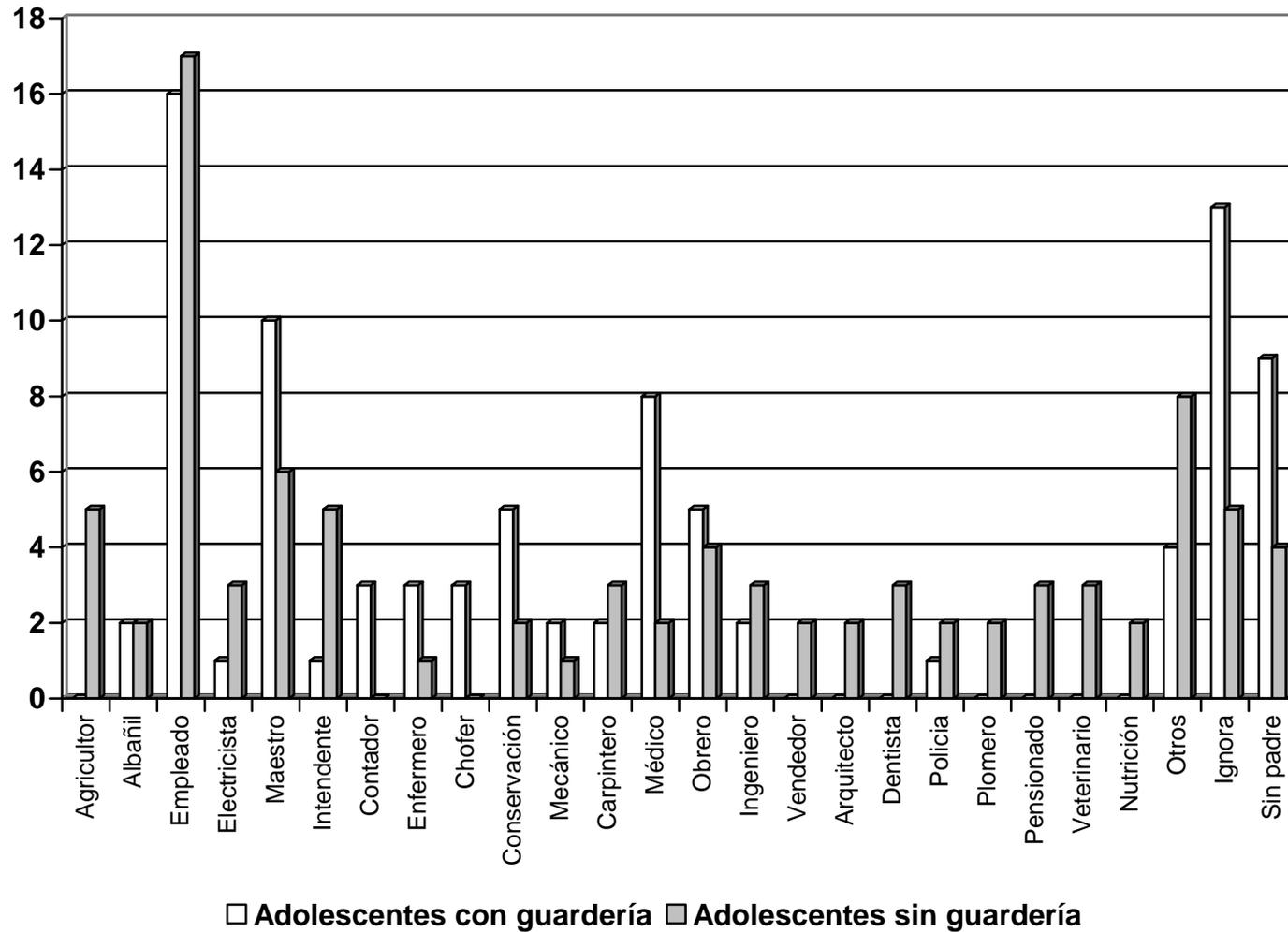
Figura 1. Distribución de la ocupación de las madres de ambos grupos.



Comparación significativa $p = .000$

Fuente: Entrevistas directas, Unidades médicas, hospitalarias y administrativas, IMSS, Ciudad Obregón, Sonora, 2006.

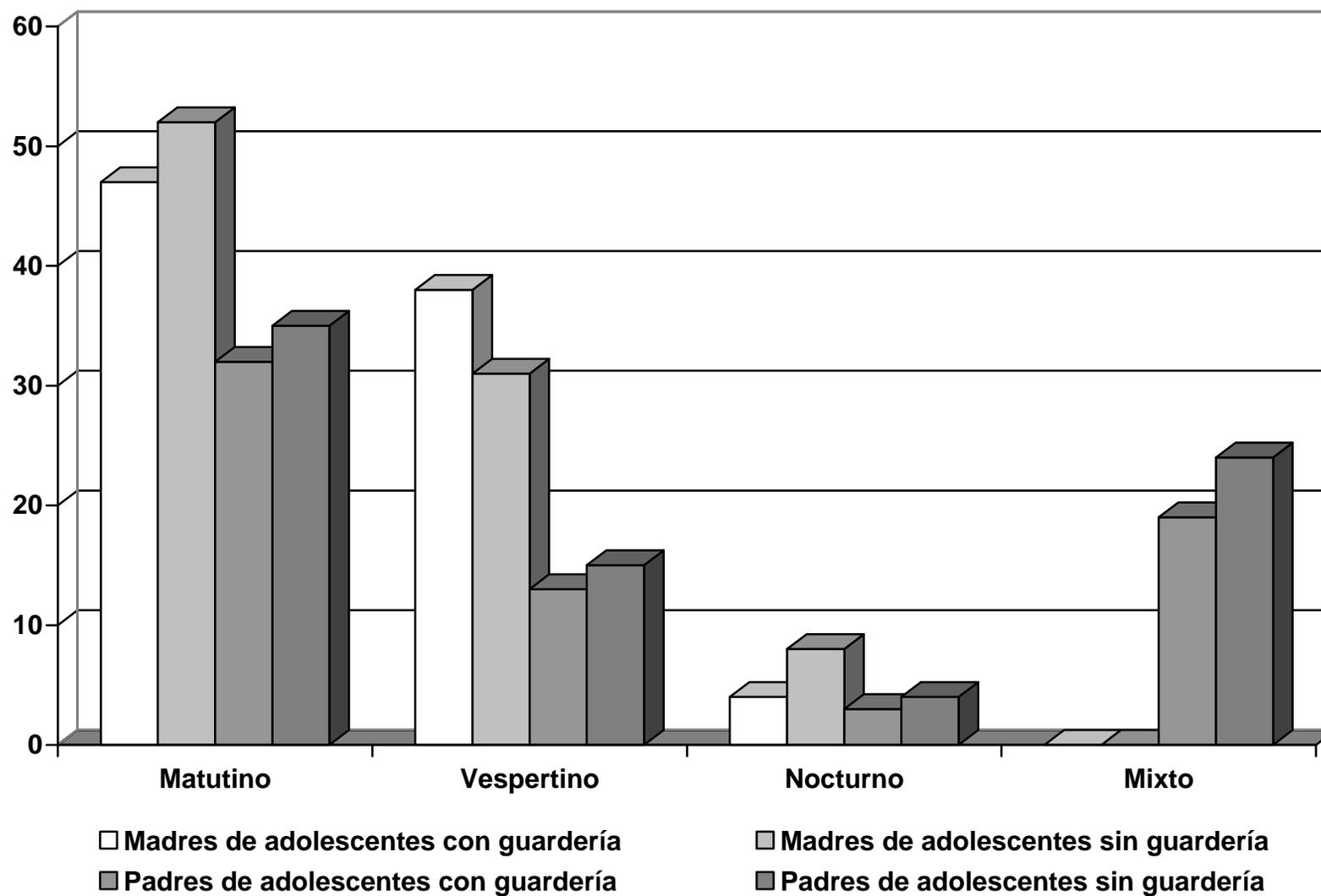
Figura 2. Distribución de la ocupación de los padres por grupos.



Comparación significativa $p = .000$

Fuente: Entrevistas directas, Unidades médicas, hospitalarias y administrativas, IMSS, Ciudad Obregón, Sonora, 2006.

Figura 3. Distribución de los turnos de los padres de la población en estudio.



Fuente: Entrevistas directas, Unidades médicas, hospitalarias y administrativas, IMSS, Ciudad Obregón, Sonora, 2006.