



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTADO DE MEXICO ORIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 93, "CERRO GORDO"
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN Y EDUCACION
EN SALUD

CONDUCTAS DE RIESGO ALIMENTARIO Y SU RELACION CON DISFUNCION FAMILIAR EN ADOLESCENTES

**TRABAJO QUE PARA OBTENER TITULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A:

VICTORIA MUÑOZ ALTAMIRANO.

ESTADO DE MEXICO 2014



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.

**CONDUCTAS DE RIESGO ALIMENTARIO Y SU RELACION CON
DISFUNCION FAMILIAR EN ADOLESCENTES
TRABAJO QUE PARA OBTENER TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

P R E S E N T A:

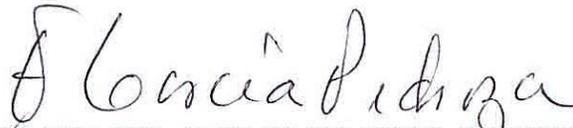
DRA. VICTORIA MUÑOZ ALTAMIRANO.

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA

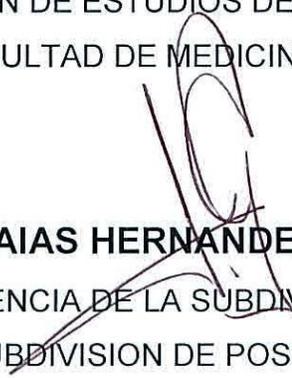
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA. UNAM.



DR. FÉLIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACION DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA
FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA. UNAM



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
SUBDIVISION DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA. UNAM

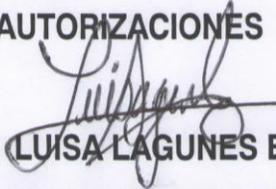
CONDUCTAS DE RIESGO ALIMENTARIO Y SU RELACION CON DISFUNCION FAMILIAR EN ADOLESCENTES

TRABAJO QUE PARA OBTENER TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

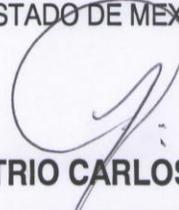
PRESENTA:

DRA. VICTORIA MUÑOZ ALTAMIRANO

AUTORIZACIONES


DRA ALMA LUISA LAGUNES ESPINOSA

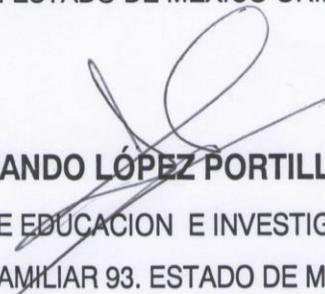
COORDINADORA DELEGACIONAL AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD
ESTADO DE MEXICO ORIENTE


DR. DEMETRIO CARLOS NAVARRO CORTEZ

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 93
ESTADO DE MEXICO ORIENTE


DRA. FLOR ARACELI NAVA AYALA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS. UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 93. ESTADO DE MEXICO ORIENTE


DR ARMANDO LÓPEZ PORTILLO

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 93. ESTADO DE MEXICO ORIENTE.

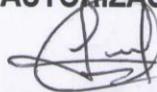
**CONDUCTAS DE RIESGO ALIMENTARIO Y SU RELACION
CON DISFUNCION FAMILIAR EN ADOLESCENTES**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. VICTORIA MUÑOZ ALTAMIRANO.

AUTORIZACIONES



DRA. FLOR ARACELI NAVA AYALA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR TEMATICO



DR. JOSE ARTURO PEREZ TUÑON
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR TEMATICO



DR ARMANDO LOPEZ PORTILLO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y EPIDEMIOLOGIA
ASESOR METODOLOGICO

ÍNDICE	pag
1.-Titulo	1
2.- Índice general	5
3.- Marco teórico	6
4.- Antecedentes	14
5.- Planteamiento del problema	16
6.- Justificación	17
7.- Objetivos	18
7.1.- Objetivo general	18
7.2.- Objetivos específicos	18
8.- Hipótesis	18
9.- Metodología	19
9.1.- Diseño	19
9.2.- Criterios de selección, exclusión y eliminación	19
9.3.- Tamaño de la muestra	20
9.4.- Variables	21
9.5.- Recolección de la información	24
9.6.- Aspectos éticos	25
10.- Resultados	26
11.- Discusión	31
12.- Conclusiones	33
13.- Referencias bibliográficas	35
14.- Anexos.	37

3.- MARCO TEORICO

Los trastornos de la conducta alimentaria, se definen como un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso, que lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Los trastornos de la conducta alimentaria son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos por atracón. La edad de presentación más frecuente es durante la adolescencia⁽¹⁾. Las conductas de riesgo alimentario se definen como aquellas conductas inapropiadas, características de los trastornos de la conducta alimentaria, definidas por el DSM IV, y que no cumplen con frecuencia y duración con los requerimientos diagnósticos⁽²⁾. Son manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad que los trastornos de la conducta alimentaria. Las conductas como la práctica de ejercicio, práctica de dietas restrictivas, atracones, son las prácticas más comunes. Las conductas excesivas como uso de laxantes, diuréticos y pastillas para reducir peso son menos comunes.^(3,4)

Trastornos de la conducta alimentaria.

Anorexia Nerviosa (DSM -IV)

- 1.- Rechazo por parte de la persona enferma a mantener un peso corporal igual o por encima de un mínimo normal,
- 2.- Pérdida de peso igual o superior a un 15 % del peso teórico.
- 3.- Miedo intenso a ganar peso aún estando por debajo de un peso normal.
- 4.- Alteraciones en la valoración del peso y de la silueta corporal: distorsión de la imagen corporal.
- 5.- En las chicas, pérdida de tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea si sus periodos únicamente se dan después de la administración de hormonas.

Subtipo bulímico: Durante el periodo de anorexia nerviosa la persona presenta episodios recurrentes de sobre ingesta.

Subtipo restrictivo: Durante el periodo de anorexias nerviosa no presenta episodios recurrentes de sobre ingesta.

Bulimia Nerviosa (DSM-IV):

1.- Episodios repetitivos de sobre ingesta compulsiva (atracones).

Un atracón se caracteriza por:

a.- Comer durante un periodo de tiempo (por ejemplo durante dos horas) una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de gente comería, durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas.

b.- Sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante el episodio de atracón (Por ejemplo, sentir que no eres capaz de parar de comer o de controlar la cantidad que estas comiendo).

2.- Sentimientos de descontrol y culpa en relación a los atracones.

3.- Conductas recurrentes inadecuadas para compensar y prevenir el aumento de peso después de los episodios de atracón como el vómito, uso de laxantes, incremento del ejercicio físico o el ayuno.

4.- Una media de 2 episodios semanales de ingesta voraz durante un mínimo de 3 meses.

5.- Autoestima excesivamente influenciada por el peso y la silueta.

6.- El trastorno no tiene lugar exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Tipo purgativo: La persona usualmente se auto induce el vómito o abusa de laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso.

Tipo no purgativo: La persona utiliza otras conductas compensatorias, no purgativas como el ayuno o el ejercicio excesivo pero no provoca el vómito ni abusa de laxantes y/o diuréticos.

Trastorno por atracón (DSM-IV) trastornos no especificados

1.- Episodios repetitivos de sobre ingesta compulsiva (atracones).

Un atracón se caracteriza por:

a.- Comer durante un periodo de tiempo (por ejemplo. Durante dos horas) una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de gente comería durante un periodo de tiempo similar y en circunstancias parecidas.

b.- Sentimiento de falta de control sobre la ingesta durante un episodio de atracón (por ejemplo, sentir que no eres capaz de parar de comer o de controlar la cantidad que estas comiendo).

2.- Los atracones se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:

a.- Ingesta mucho más rápida de lo normal.

b.- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

c.- Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.

d.- Comer a solas para esconder su voracidad.

e.- Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o una gran culpabilidad después del atracón.

3.- Profundo malestar al recordar los atracones.

4.- Una media de 2 episodios semanales de ingesta voraz durante un mínimo de 6 meses.

5.- El atracón no se asocia a conductas compensatorias inadecuadas (por ejemplo, purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.⁽⁵⁾

La importancia de estudiar las conductas de riesgo alimentario esta relacionada no solamente con el reciente aumento de los trastornos de la conducta alimentaria, sino también, con la epidemia de obesidad tanto en México como en otras partes del mundo.⁽⁶⁾

Para valorar los riesgos de la conducta alimentaria se han diseñado instrumentos en base de criterios de diagnóstico del DSMIV y que miden los riesgos para presentar conductas de riesgo alimentario; cuestionario de actitudes alimentarias, cuestionario de bulimia de Edimburgo, cuestionario de imagen corporal, y cuestionario breve para identificar conductas de riesgo alimentario.⁽⁷⁾

El instrumento valora el riesgo de conducta de riesgo alimentario. Creado por el equipo Unikel, Santorini, Bojorquez, Carreño en el Instituto Nacional de Psiquiatría, aprobado el 6 de julio 2004, mide las conductas de riesgo alimentario características de los trastornos de la conducta alimentaria definidos por el DSM-IV, que consta de 10 preguntas y 4 opciones de respuesta sobre la frecuencia que se lleva a cabo la conducta, (0= nunca o casi nunca, 1= algunas veces, 2= con frecuencia 2 veces a la semana, 3= muy frecuentemente más de 2 veces a la semana), Con una confianza $\alpha=0.83$, varianza explicada de 64.7%. Se evalúa de acuerdo a cada dimensión: Atracón purga.- 2.3.4.5. Medidas compensatorias.- 8.9.10. Restricción.- 1.6.7.

En las tres últimas décadas del siglo XX, en los países occidentales, ocurre un cambio relacionado con ideales estéticos del cuerpo, considerando un cuerpo delgado como más estético y se considero a la obesidad como factor de riesgo para contraer múltiples enfermedades. Las mujeres jóvenes se sienten presionadas a ser delgadas y por lo general hacen dieta en respuesta a las demandas sociales y a los estándares propios de su sexo, alejarse de estos

patrones de conducta las pone en riesgo de recibir críticas negativas de los demás.⁽⁸⁾

La etapa de la adolescencia se relaciona con múltiples cambios físicos y psicológicos, y se ha considerado como un factor importante para el desarrollo adecuado de la imagen corporal. En la adolescencia aumenta la consciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos radicales, a los rasgos físicos y a la creciente tendencia a comportarse con las normas de origen cultural.⁽⁹⁾

La adolescencia es la etapa de mayor riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, dada la convergencia de los retos físicos y psicológicos, la preocupación por el peso y la figura se incrementan y la exigencia para lograr las metas de esta etapa puede ser difícil para muchos y puede tener un impacto significativo en la confianza y autoestima.⁽¹⁰⁾ Una autoestima baja puede conducir a una serie de trastornos de la conducta alimentaria, Las dietas que con frecuencia pueden provocar interrupción que terminan en atracones, pueden producir un efecto decadente de espiral reduciendo la autoestima.⁽¹¹⁾

La insatisfacción con la figura es un factor causal de los trastornos de la conducta alimentaria, provoca la práctica de dietas. La preocupación por el peso y ambos factores ayudan a predecir un trastorno de la conducta alimentaria.⁽¹²⁾

Los principales factores de riesgo involucrados en la aparición de conductas de riesgo alimentario son los cambios característicos de la pubertad, el inicio de las relaciones de pareja, el incremento en las exigencias académicas y la presión de la familia, compañeros y el medio social, para alcanzar un cuerpo idealmente más delgado, el seguimiento de dieta para bajar de peso es común entre los adolescentes aun cuando su peso corporal sea normal o inclusive bajo, y el uso de otras prácticas alimentarias de riesgo, como el vómito auto inducido, abuso de laxantes y diuréticos se presentan en porcentajes preocupantes.⁽¹³⁾

Se ha encontrado que los adolescentes que presenta conductas de riesgo alimentario, suelen tener dificultades en las relaciones interpersonales y tienden a

aislarse o establecer relaciones conflictivas, lo que dificulta establecer redes sociales y de apoyo⁽¹⁴⁾.

La familia contribuye de manera importante en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria al admirar la delgadez y envidiar el control y disciplina necesarios para alcanzarla.⁽¹⁵⁾

Existen factores familiares predisponentes para desarrollar conductas alimentarias de riesgo. Según las guías de práctica clínica, una familia con límites no definidos o difusos, ocasiona que el espacio vital de las personas sea frecuentemente transgredido, por lo que es común que los padres presenten distintas expectativas y metas para sus hijos⁽¹⁶⁾

Familias que evitan los conflictos y que tienen conductas sobre protectoras, de aglutinación y rigidez, traen como consecuencia una baja tolerancia del sistema familiar para enfrentar y mantener adecuadamente situaciones estresantes. El medio ambiente familiar es uno de los factores protectores identificados, en estudios en adolescentes expuestos a marcado estrés; el ambiente familiar, particularmente la calidez parental y la calidad del vínculo han demostrado que reducen los efectos deletéreos del estrés y promueven un funcionamiento adaptativo.⁽¹⁷⁾

Al estudiar el funcionamiento familiar, entendido como las interrelaciones que establecen los integrantes del grupo familiar, se han encontrado diferencias entre las familias con o sin trastornos o conductas de riesgo alimentario, las familias afectadas muestran menor, cohesión, flexibilidad, expresión emocional y comunicación intrafamiliar, así como mayor rechazo y sobreprotección paterna.⁽¹⁸⁾

No se puede hablar de una familia normal o anormal, funcional y disfuncional.

Para fines prácticos se puede decir que las familias funcionales tienen las siguientes características: La capacidad que tiene la familia para resolver problemas

- El clima emocional que hay en ella
- La capacidad de cambio en el curso del ciclo vital de la familia
- Las preguntas se formulan con claridad y se responden con claridad
- La hostilidad y los conflictos son reconocidos e interpretados
- Los miembros de la familia tienen conciencia de si mismos y de cómo son percibidos por los demás.
- Cada miembro es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás

Y de comunicar las esperanzas, temores y expectativas que tiene con respecto a las partes interactuantes.

- Se admite la diferencia de opiniones

Por otra parte una familia disfuncional es aquella que:

- Tiene dificultad para resolver problemas
- Tienden a culpar a uno de sus miembros creando un chivo expiatorio
- No enfrentan sus conflictos
- Los problemas existentes se niegan
- Para resolver conflictos siempre recurren a las mismas estrategias a pesar de ser ineficaces
- Hay rigidez y poca capacidad para cambiar
- Hay dificultades en la comunicación.⁽¹⁹⁾

Existen varios métodos o instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar, son pocos los que tienen un valor práctico, dada la complejidad, extensión, limitación o dudosa confiabilidad y validez de la mayoría de los instrumentos existentes. Entre los que se encuentran los siguientes: Clasificación triaxial de la familia, APGAR familiar, Círculo familiar, FACEs, Modelo familiar Mac Master.

Escala de Mc Master para funcionalidad familiar. El instrumento evalúa riesgo de función familiar en 12 preguntas, mide 4 dimensiones; funcionalidad familiar, comunicación, compromiso afectivo y resolución de conflictos con 4 opciones de respuesta, 1.-siempre, 2.- a veces, 3.- casi nunca, 4.- nunca. Se evalúa de acuerdo a cada dimensión; Funcionamiento familiar.- 1, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12 Compromiso afectivo.- 2, 3. Comunicación 6,10.⁽¹⁴⁾. El puntaje se obtiene al sacar un promedio entre cada dimensión⁽²⁰⁾

4.- ANTECEDENTES

Los trastornos de la conducta alimentaria, se han convertido en un problema de salud pública desde hace 2 décadas aproximadamente lo que ha motivado que se realicen estudios para investigar su prevalencia. Las conductas de riesgo alimentario como la practica de ejercicio, práctica de dietas restrictivas, atracones, son las prácticas más comunes. Las conductas excesivas como uso de laxantes, diuréticos y pastillas para reducir peso son menos comunes.⁽²¹⁾

En México se han encontrado frecuencias desde 5 hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo en muestras de mujeres estudiantes universitarias, adolescentes y estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México. En la encuesta nacional de nutrición del 2006 en México, los datos muestran una prevalencia de conductas de riesgo alimentario, de 0.9% para mujeres y 0.4% para hombres. El porcentaje de preocupación para engordar alcanzo 7% en hombres y 26 % para mujeres, la práctica de atracones fue de 9 % en hombres y de 12 % para mujeres, la práctica de ejercicio excesivo alcanzó 2.4 % para hombres, mientras que la práctica de ayunos las mujeres registraron 7 %, practica de dietas 2.5 % y el uso de diuréticos fue de 1%.⁽²²⁾

Unikel y Saucedo en un estudio en la ciudad de México en población estudiantil concluyen que 1.5% de los hombres de 13 a 15 años y 2.2% de los hombres de 16 a 18 años se encuentran en riesgo de desarrollar una patología alimentaria, mientras que en las mujeres, estos porcentajes llegan hasta 5.4% en las de 13 a 15 años y a 16.1% en las de 16 a 18 años⁽²³⁾

En un estudio realizado en la ciudad de México por el equipo Vazquez-Arevalo, en una muestra de 580 adolescentes de diferentes escuelas y edades entre 15 y 16 años, encontraron que 4.19% presento conductas de riesgo alimentario, 19 casos, que representa el 6.60 % del total de la muestra de mujeres y 3 hombres que representa el 1.70% del total de hombres. Siendo las conductas compensatorias las mas comunes; ejercicio excesivo mas frecuente en hombres 17.60% y el ayuno y dietas restrictivas rígidas mas frecuente en mujeres 17.8%⁽²⁴⁾

Le Grange, Toro & Vilardell, , 2011 en un estudio realizado en Chile en adolescentes estudiantes de preparatoria, reconoce que la disfuncionalidad de la familia quizá no sea un antecedente que propicie el trastorno alimentario, sino el resultado de sentirse amenazados y culpables de los síntomas que presenta el adolescente. Por lo que se cuestiona si la disfuncionalidad es un antecedente o una consecuencia o si la familia en un proceso dialéctico ha encontrado en estas discrepancias y carencias una forma de funcionar y convivir ante una problemática que los rebasa.⁽²⁵⁾

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la literatura consultada, existen pocos estudios que relacionen las conductas de riesgo alimentario como consecuencia de una disfunción familiar, los cuales no son concluyentes, no encontraron una relación directa entre ambas variables. La identificación de conductas de riesgo alimentarios y sus complicaciones pueden causar un cambio en la salud individual y familiar del afectado encontrándose más frecuente entre la población joven. Las conductas de riesgo alimentario se presentan con mayor frecuencia en jóvenes quienes se encuentran sometidos a presiones sociales y familiares. A pesar de que se cuentan con diversos programas preventivos para detección para su prevención continua siendo un problema creciente de salud pública en nuestra población. En el sentido familiar se presume que las alteraciones en la dinámica familiar pueden ser factores predisponentes para la aparición de conductas de riesgo alimentario, tales como límites mal definidos o difusos, rigidez ante los cambios y evitación de conflictos, porque reduce la capacidad de superar y enfrentar dicho padecimiento.

Una detección oportuna y el conocimiento del funcionamiento familiar podrían evitar que los adolescentes inicien con conductas de riesgo alimentario que puede poner en peligro su vida. Si se detecta a tiempo se puede prevenir o modificar.

De acuerdo a esto nos surge la siguiente pregunta.-

¿Existe relación entre conductas de riesgo alimentario y disfunción familiar?

6.- JUSTIFICACION.

Las prácticas de conductas de riesgo alimentario, es un problema de salud de gran magnitud en la población adolescente. Se inician durante la etapa de adaptación y de cambios físicos, lo que convierte a la detección temprana de casos en una tarea por demás importante.

Un estudio para conocer la frecuencia de conductas de riesgo alimentario en adolescentes es relevante porque la detección temprana permite la prevención.

Es interesante porque se podrán identificar síndromes parciales y medir como se acumulan las conductas de riesgo alimentario antes de fundamentar el diagnóstico.

Establecer su relación con disfunción familiar es novedoso ya que existen pocos estudios que lo avalen.

Es factible en población escolar cautiva de nivel bachillerato y no tiene implicaciones éticas

7.- OBJETIVOS

7.1.-OBJETIVO GENERAL. Identificar la relación entre conductas de riesgo alimentario y disfunción familiar en adolescentes.

7.2.- Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de conductas de riesgo alimentario en adolescentes
- Identificar la frecuencia de disfunción familiar en adolescentes.
- Comparar la frecuencia de conductas de acuerdo al género
- Establecer diferencias en las conductas de riesgo alimentarias en población urbana y suburbana.

8.- HIPOTESIS GENERAL. Las conductas de riesgo alimentario se relacionan con disfunción familiar en adolescentes

Hipótesis específicas

- La frecuencia de conductas de riesgo alimentario en adolescentes es mayor del 10%.
- Las conductas de riesgo alimentario son mas frecuentes en adolescentes del sexo femenino
- Las conductas de riesgo alimentarias son mas frecuentes población urbana comparada con población suburbana.

9.- Metodología

9.1. Diseño. Prospectivo, transversal, observacional y comparativo

Universo de estudio: Adolescentes de nivel medio superior de población urbana, suburbana y rural

Lugar: COLEGIO DE BACHILLERES 19 de Ecatepec Estado de México, El Bachillerato General Oficial “Juan Galindo”. De Necaxa Puebla. Y la Escuela preparatoria Alberto Einstein de Nuevo Necaxa. Puebla.

Tiempo: De Marzo a Diciembre del 2013.

9.2.- Criterios de selección.

Criterios de inclusión.

- Alumnos inscritos regulares en las escuelas participantes
- Edad de 15 a 18 años.
- Que aceptaron participar y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Que tenga una enfermedad que exija cambios en la dieta
- Que no tengan familia.
- Que tengan diagnóstico de anorexia y bulimia

Criterios de eliminación.

- Encuestas incompletas o ilegibles.

9.3.- Tamaño de la muestra:

Formula- Se uso fórmula de tamaño de muestra para proporciones con una confianza del 95%, probabilidad de variación del 5%, población estimada 800 alumnos.

$$N = Z^2 (p) (q) / d^2$$

Donde:

N = número de pacientes 1550

Z= Nivel de confianza = 1.96

P= proporción esperada.- 0.5

q= 1-p= 0.50

d= precisión = 0.05

Universo de población.- 1550 alumnos

Resultando una población total de 300 alumnos, 100 alumnos para cada escuela.

Muestreo. Aleatorio simple a través de una rifa procedente de una lista de asistencia.

9.4.- VARIABLES

Variable dependiente: Conductas de riesgo alimentario

Definición conceptual. Manifestaciones similares en forma, pero menores en intensidad a la de los trastornos de la conducta alimentaria.

Definición operativa. Se aplico el cuestionario breve para detectar conductas de riesgo alimentario, que consta de 10 preguntas con 4 opciones de respuesta 0. Nunca, 1. A veces, 2. Con frecuencia dos veces a la semana, 3. Con mucha frecuencia mas de 2 veces a la semana.

Tipo de variable.- cualitativa se uso instrumento de medición con respuestas tipo Likert.

Escala de medición.- Nominal

Indicador.- 1.- con riesgo, si suma 11 puntos ó más 2.- sin riesgo si suma menos de 11 puntos

Variable independiente. Disfunción familiar.

Definición conceptual: Familia que no es capaz de funcionar normalmente. Familia en la que la comunicación, el respeto, la capacidad de resolver problemas se encuentra alterada o estos se evitan.

Definición operacional.- Se aplicó la escala de funcionamiento familiar de McMaster que consta de 12 preguntas con 4 opciones de respuesta, 1. Siempre, 2. A veces, 3. Casi nunca, 4. Nunca. .

Tipo de variable.- Cualitativa, instrumento con respuestas tipo Likert.

Escala de medición.- Nominal

Indicador.- 1.- de 1 a 2.5.- Funcional, 2.- de 2.6 a 4.- Disfuncional.

Variables sociodemográficas:

Edad.

Definición conceptual.- Tiempo transcurrido en años desde la fecha de nacimiento hasta la fecha en que se realizara la entrevista.

Definición operacional.- Se evaluó con la ficha de identificación del cuestionario aplicado para el estudio y fecha de nacimiento.

Tipo de variable.- Cuantitativa

Escala de medición.- Nominal

Indicador.- Años cumplidos.

Sexo

Definición conceptual.- Fenotipo del humano con sus características físicas, biológicas, sociales que establecen diferencias entre hombres y mujeres.

Definición operacional.- Se evaluó a través de las características de fenotipo observado en el entrevistado.

Tipo de variable.- Cualitativa.

Escala de medición.- Nominal.

Indicador.- 1.- Mujer, 2.- Hombre.

Zona escolar:

Definición conceptual.- Una escuela urbana es aquella que se establece dentro de una ciudad, cuenta con una organización compleja dependiendo del tipo de escuela. Pueden ser privadas o publicas.

Una escuela rural o suburbana es aquella que se establece en la periferia de las ciudades o en comunidades pequeñas, con una organización simple, muchas veces no cuentan con edificios propios.

Definición operacional.- Se evaluó en ficha de identificación.

Tipo de variable.- Cualitativa

Escala de medición.- Nominal

Indicador.- 1.- urbana, 2.- suburbana.

9.- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.- Se solicito registro y autorización del CLIS 1402 una vez obtenido se presento a las autoridades de las instituciones educativas seleccionadas, se obtuvo su apoyo. Se les invito a los alumnos a participar previa información, en una junta posterior se entrego consentimiento informado a los padres. Las encuestas se realizaron en grupo y se analizaron para informar resultados posteriormente

Análisis estadístico.

Forma de captura y validación de información en la computadora.

Para capturar la información se elaboró una base de datos en Excel los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS. Como medida de efecto se usaron frecuencias para establecer diferencias la X^2 con nivel de confianza al 0.05. Como medida de asociación la RM con IC 95%. Se realizo un análisis descriptivo estadístico con medidas de tendencia central, con el propósito de obtener la variabilidad de las variables bajo estudio, se realizo un análisis en tablas de contingencia correlacionando el riesgo alimentario con la funcionalidad familiar, por edad, género y escuela.

9.6.- ASPECTOS ÉTICOS: Artículo 21 del capítulo 1, este apartado especifica que el sujeto de investigación recibirá una explicación clara y completa de la investigación a la cual será sometido, fracción VII donde claramente se le explica al sujeto de estudio la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento; del mismo artículo y capítulo solo que de la fracción VIII donde determina la seguridad de que no se identificara al sujeto de estudio y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

El estudio se efectuó según las disposiciones generales del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (secretaría de salud. 2007)

Aplicando los siguientes artículos:

Artículo 13 del capítulo I, donde se refiere que prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio.

Artículo 17. del capítulo I fracción I donde se menciona que el sujeto a investigar no sufrirá daños en el estudio

Artículo 20 del capítulo I donde se menciona que el sujeto de estudio tendrá un consentimiento informado con el cual autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento

Recursos humanos, Se contó con el apoyo de autoridades, maestros y alumnos para la aplicación de los cuestionarios.

Financiamiento. Los gastos corrieron a cargo de la investigadora.

10.- RESULTADOS.

La población encuestada en las tres escuelas seleccionadas fue de 320 alumnos, se descartaron 4 alumnos por rebasar la edad límite y 12 por contestar los cuestionarios en forma incompleta, la muestra final fue de 304 alumnos. El análisis de por edad arroja una media de 16 años, moda 17, mediana 16, rango de 14 a 18 años.

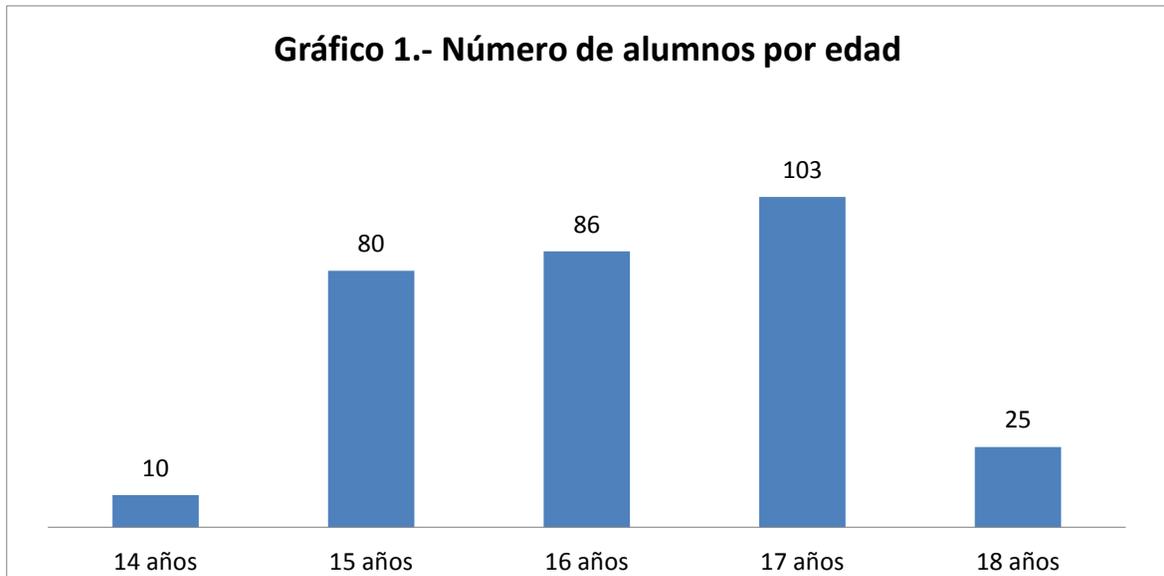
El porcentaje de alumnos en la zona rural fue mayor que el porcentaje de la zona suburbana y urbana, con predominio de mujeres, encontrando una población femenina de 160 (54%) y una población masculina de 144(46%).

El número de alumnos por escuelas, quedó distribuido de la siguiente manera:

Escuela rural 132 (43%), escuela suburbana 107 (35%) y escuela urbana 65(22%)

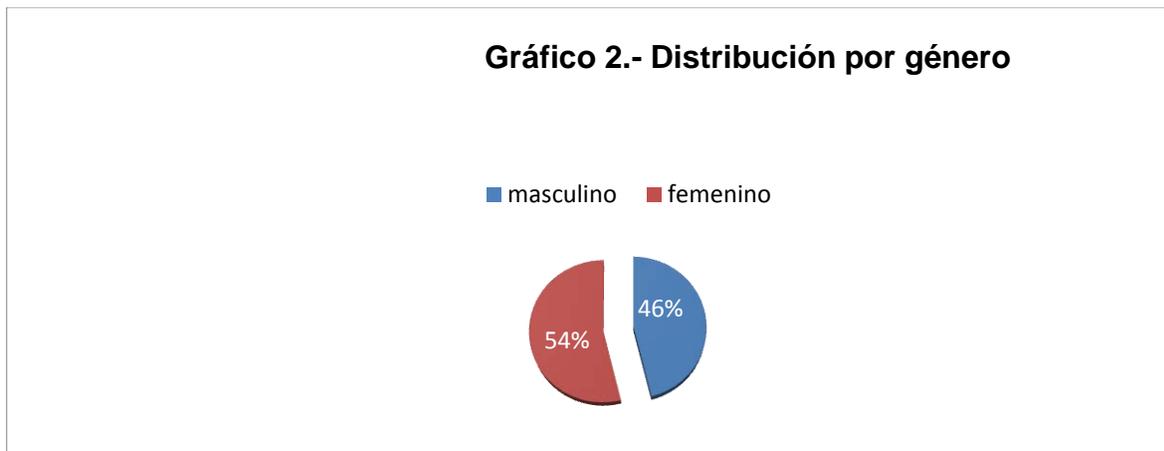
La frecuencia de conductas de riesgo alimentario fue de 12 alumnos (3.94%), la frecuencia para los hombres fue de 2.14% y para mujeres de 5.48%. Solo 32 alumnos pertenecen a familias disfuncionales, con diferencias de acuerdo a la zona geográfica a la que pertenecen rural 12.93%, suburbana 13.82%, urbana 6.55% y global 11.76%; 2 alumnas con familias disfuncionales presentan conductas de riesgo alimentaria (6.25%) comparado con 10 de 272 alumnos con familias funcionales que representa la mitad (3.67%), en este grupo la mayor frecuencia de conductas de riesgo alimentario se presentó a los 17 años.

La frecuencia de conductas de riesgo alimentario por tipo de escuela fue de 4.6%, para la urbana, por arriba de la rural con 3.78%, la suburbana 3.73% y global 3.94% ($p=0.46$).



Fuente: cuestionario de datos personales. base de datos excel.

La mayoría de alumnos encuestados se encuentra en las edades entre 15, 16 y 17 años, siendo más frecuente la edad de 17 años.



Fuente: cuestionario de datos personales, base de datos excel, sistema spss.

La distribución por género, es a favor de mujeres con 54 % y 46 % para los hombres.

tabla 1.- frecuencia de conductas riesgo alimentario de acuerdo a genero

	con riesgo	%	sin riesgo	%	Total	%
Masculino	3	2.40%	137	97.60%	140	100%
Femenino	9	5.48%	155	94.50%	164	100%
Total	12	3.94%	292	96.06%	304	100%

Fuente: cuestionario de conductas de riesgo alimentario, base de datos excel y sistema spss.

Las conductas de riesgo alimentario fueron más frecuentes en la población femenina en una proporción de 3:1, la presencia de conductas de riesgo alimentario del total de la población encuestada es del 3.94 % solo 12 alumnos de un total de 304 alumnos.

tabla 2.- Riesgo alimentario por escuela

	rural	Suburbana	Urbana	Total
con riesgo	5	4	3	12
sin riesgo	127	103	62	292
	132	107	65	304

Fuente; análisis spss y base de datos cuestionario breve para detectar conductas de riesgo alimentario

Las conductas de riesgo alimentario fueron ligeramente más frecuentes en la escuela rural.

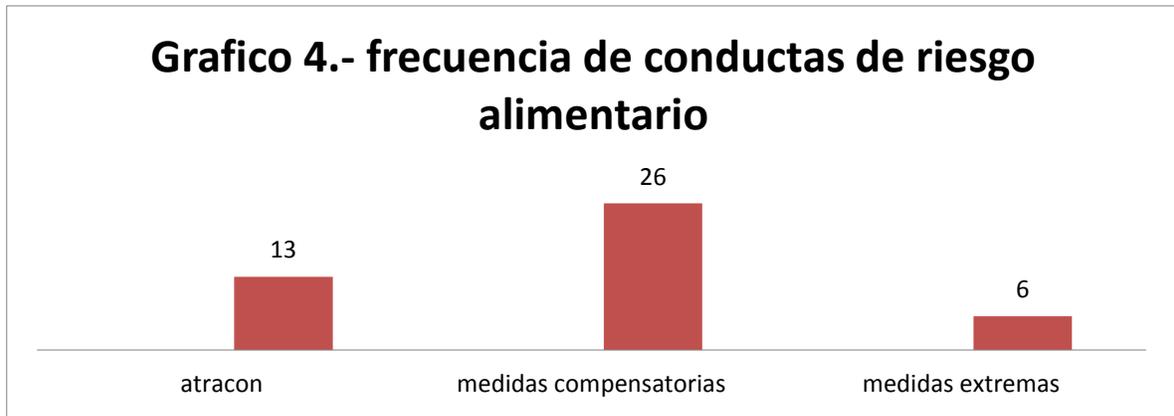
Tabla no 3. Funcionalidad familiar por escuela

	Escuela			Total
	Rural	Suburbana	Urbana	
familia funcional	116	94	61	272
familia disfuncional	15	13	4	32
Total	132	107	65	304

Fuente: cuestionario para valorar funcionalidad familiar de Mac Master. Sistema operativo SPSS

La disfunción familiar resulto más frecuente en la escuela rural y menos frecuente en la escuela urbana.

En el análisis por dominios del cuestionario de conductas de riesgo se encontró frecuencia mayor para conductas de atracón purga (12.7%) y medidas compensatorias (22.03%), fue menor la frecuencia para medidas extremas (0.65%). Entre las conductas más frecuentes del dominio de medidas compensatorias, se encontraron el uso de dietas para bajar de peso en (4.9%) y preocupación por el peso (17.4%), en este último el 11.1% de las mujeres y con 6.25 % hombres en el dominio ejercicio para bajar de peso, las mujeres presentan una frecuencia de 11.5 % y los hombres 11.18 %.



fuelle: cuestionario de conductas de riesgo alimentario. Sistema operativo SPSS

Las medidas compensatorias como dietas, ejercicio, preocupación por el peso, son más frecuentes en ambos sexos.

Tabla 4.- Factores asociados a conductas de riesgo alimentario

	RM	IC 95%	P
Familia funcional	2.10	0.84 a 5.30 %	0.001
Escuela urbana	1.80	1.09 a 2.99 %	0.01
Género femenino	2.13	1.30 a 2.50%	0.002
Edad 17 años	1.20	0.35 a 4.08	Ns

Fuente: cuestionario de conductas de riesgo alimentario, test de macmaster, análisis bivariado sistema spss .

Los factores de riesgo, asociados a la presencia de conductas de riesgo alimentario, resultaron: pertenecer a familia funcional, escuela urbana, género femenino y edad de 17 años.

11.- DISCUSIÓN.

Los hallazgos se compararon con los reportados por la Encuesta Nacional de Salud 2012 donde se utilizó el mismo instrumento, existe similitud de resultados, la frecuencia de conductas de riesgo alimentario en adolescentes en la encuesta nacional de salud llegó a 5% en 2006, 8.2% en 2012, comparado con el presente estudio de 3.94%, probablemente porque su muestra incluye adolescentes de 10 a 19 y el rango de edad que se usamos fue de 14 a 18 porque es el rango de edad de nuestro ámbito de trabajo, y concuerda en que el evento es mas frecuente en las mujeres. En la encuesta Nacional de Salud 2012 se menciona que los hombres son dedicados al ejercicio con frecuencias de 12.7 %, similar al obtenido en este estudio de 11.18 %. En el estudio del equipo Vázquez – Mancilla. Se menciona con frecuencias del 17 %.

En el estudio de Unikel-Saucedo mencionan la edad como factor de riesgo siendo la población entre 16 y 18 años la más susceptible, en la presente investigación este dato se corrobora ya que es mas frecuente la presencia de conductas de riesgo alimentario en adolescentes de 17 años.

Aunque el evento conductas de riesgo alimentario tiene frecuencias bajas, al realizar el análisis por dominios, si se encuentran presentes con indicadores altos en los ítems, ejercicio para bajar de peso, atascones, preocupación por engordar practica de dietas restrictivas, con similitud a estudios de el grupo del Instituto Nacional de Psiquiatría, llama la atención que, aunque comúnmente estas conductas se consideran mas frecuentes en mujeres, los resultados de diversos estudios han hallado que ya se presentan también en hombres, algunos indicadores muestran similitud de frecuencias en ambos sexos.

Al realizar el análisis por escuelas se encontraron diferencias significativas, a favor de la escuela urbana con porcentaje mayor de indicadores, no existen estudios que comparen zonas geográficas con la presencia de conductas de riesgo alimentario, lo cual hace novedoso este trabajo.

Al comparar las conclusiones de Le Grange, Toro y Vilardell con los resultados de la presente investigación hay similitudes al no encontrar relación con la disfunción familiar, ya que de una muestra de 304 alumnos solo 32 pertenecen a familias disfuncionales y solo 2 de estos presentan conductas de riesgo alimentario. Lo que indica que la funcionalidad familiar no está relacionada con la presencia de conductas de riesgo alimentario.

Los resultados nos permiten definir un perfil de riesgo para presentar conductas de riesgo alimentario, pertenecer al sexo femenino, a escuela urbana, edad de 17 años y familia funcional.

12.- CONCLUSIONES.

La presencia de conductas de riesgo alimentario no está relacionada con la disfunción familiar.

Las conductas de riesgo alimentario son más frecuentes en las mujeres y de áreas urbanas.

Recomendaciones.

Se debe ahondar en este problema de salud, realizando investigaciones que permitan detectar a los adolescentes que puedan presentar conductas de riesgo alimentario y los factores que se asocian.

Los cuestionarios deben ser aplicados en forma personal, ya que en la presente investigación se produjo un sesgo debido a que se aplicaron por grupos, los alumnos no fueron muy veraces en sus respuestas.

13.- BIBLIOGRAFÍA :

- 1.- Unikel C. Caballero A. Guía Clínica para trastornos de la conducta alimentaria, Instituto Nacional de psiquiatría. Serie guías clínicas para la atención de trastornos mentales, México, 2008.
- 2.- Unikel C. Nuño . conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. Revista de investigación clínica. México. Vol. 62 No 5, sept-oct. 2010. P.442-432.
- 3.- Unikel C, Bojorquez L, Carreño-García S validación de un cuestionario sobre conductas de riesgo alimentario. Salud pública México 2004, 46-509-515.
- 4.- Unikel C, Saucedo T, Villatoro J, Conductas alimentarias de riesgo y distribución de índice de masa corporal en estudiantes de 13-18 años. Salud mental México vol 25 No 2 abril 2005.
- 5.- Asociación americana de Psiquiatría, manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-IV.
- 6.- .- Nuño B. Celis. Unikel C. Prevalencia y factores asociados a las conductas de riesgo alimentario en adolescentes escolares de Guadalajara, según género. Revista Médica clínica. México 2009. Vol 61. 289-293.
- 7.- Castaño J, Giraldo D, Guevara J, Prevalencia de riesgo de trastorno de comportamiento alimentario en una población femenina de estudiantes de secundaria Manizales, Colombia. Universidad de Manizales Colombia 2011
- 8.- Pares A, Brindis D, Argos I, factores de riesgo de depresión mayor en la adolescencia México quarter review, Nueva época 2007
- 9.- Del bosque J, caballero A. Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y Bulimia, Boletín médico de hospital infantil de México, vol 66 No 5 México sep/oct 2009.
- 10.- López C, Triasura J, trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, descripción y manejo. Revista medica clínica condes. 2011, 22 (1) 85-97.
- 11.- Herrera S.P. Rol de género y funcionamiento familiar, Revista cubana medicina general Vol. 16 No. 56 La habana, 2006.

- 12.- Moral J, Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno Biopsicosocial. Revista salud publica y nutrición México vol. 3 No 3 julio/ sep 2008.
- 13.- Ramírez IM, Fernández R, Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios, zona Xalapa de la universidad veracruzana. Revista de salud pública/ UV.Vol 1 No 5, junio. 2009.
- 14.- Vazquez M. estudio de conductas alimentarias de riesgo en mujeres estudiantes de preparatoria y universidad y su relación con factores familiares y de personalidad. Tesis de maestría en salud mental pública. México. D.F. facultad de medicina 2009.
- 15.- León H, Gómez P, Plata S. Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. Salud mental Vol 31, No 6 México. Nov/ Dic. 2008
- 16.- Altamirano MB, Vizcamanos LB, Continuo de Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes en México. Revista Salud publica 30(5) México 2011.
- 17.- Amaya A, Alvarez GL. Mancilla JM. Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva. Una revisión. Revista México trastornos alimentarios, 2010; 1 (1) ; 76-89.
- 18.- Ruiz. AL. Vazquez. A. funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. Univ. Psychol. Vol. 9. No 2. Bogota 2010.
- 19.- Loubat MO, USACH. Conductas alimentarias: un factor de riesgo en la adolescencia, resultados preliminares en base a grupos focales en adolescentes y profesores. Revista terapia psicología. Chile, 2006 Vol. 24 no 1.
- 20.- - Manual de guías clínicas, guía clínica de orientación y psicoterapia familiar. Secretaría de salud. México 2011.
- 21.- Gonzales J, De la Hoz F, relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogota. Salud publica colombia, 13 (1): 67-78-2011.
- 22.- Sepulveda-Amor J. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. Instituto nacional de salud publica, México 2006.

23.- Unikel C, Villatoro JA, Medina MF, Bautista CF. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanas. Datos en población estudiantil. Revista investigación clínica, México. Vol. 52. No. 2 mar/abril 2000 140- 147.

24.- Vazquez R, Mancilla- J. funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. Univeritas Psychologica 9 (2) 447,455 facultad de estudios superiores Iztacala, UNAM, Mexico 2010

25.- Le grange y toro. Viladuell. Factores familiares asociados a trastornos alimentarios. Revista mexicana de trastornos alimentarios, Vol. 4. No. 1 enero-junio 2011 Mexico.

Anexos



CUESTIONARIO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

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

0.- Nunca o casi nunca 1.- a veces, 2.- con frecuencia dos veces en una semana

3.- con mucha frecuencia mas de 2 veces en una semana

	0	1	2	3
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 cual? _____				
9 He tomado diuréticos para tratar de bajar de peso .cual ¿ _____				
10 He tomado laxantes para tratar de bajar de peso. _____				



ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE MAC MASTER

Contesta marcando la opción que mas se acerque	siempre	A veces	Casi nunca	nunca
1.- Es difícil planear cosas porque no nos ponemos de acuerdo				
2.- Cuando tenemos un problema nos apoyamos unos a otros.				
3.- Cuando sentimos tristeza no nos lo decimos.				
4.- Se respeta la manera de ser de los demás.				
5.- Evitamos discutir nuestros miedos				
6.- Nos decimos lo que sentimos unos y otros.				
7.- Hay muchos rencores.				
8.- Nos sentimos aceptados como somos				
9.-Llegar a una decisión es un verdadero problema				
10.- Somos capaces de tomar decisiones para resolver problemas				
11.- No nos llevamos bien cuando estamos juntos				
12.- Nos tenemos confianza unos a otros				



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICA DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACION EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Nombre del estudio: **CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y SU RELACION CON
DISFUNCION FAMILIAR EN ADOLESCENTES**
Patrocinador externo (si aplica):
Lugar y fecha:
Numero de registro:
Justificación y objetivo del estudio: **identificar conductas de riesgo alimentario en adolescentes y su relación con
disfunción familiar**
Procedimientos: **encuesta**
Posibles riesgos y molestias: **ninguna**
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: **identificar población en riesgo**
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento : **se avisara**
Participación o retiro:
Privacidad y confidencialidad:
En caso de colección de material biológico (si aplica)

<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término de estudios: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: **DRA. VICTORIA MUÑOZ ALTAMIRANO.**

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de investigadores de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso del bloque "B" de la unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, DF, CP06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma



CARTA DE ACEPTACION POR PARTE DE LAS AUTORIDADES ESCOLARES

A: profesor.

Director de

Su servidora, Dra: Victoria Muñoz Altamirano, Medico general adscrito a la UMF 68 del IMSS; alumna del curso de especialiacion para médicos generales del imss. Me encuentro realizando la investigación, **Conductas de riesgo alimentario y su relación con disfunción familiar en adolescentes**, la cual tiene como objetivo detectar problemas alimentarios en población adolescente, para que sean canalizados a una institución de salud y reciban atención oportuna.

Solicito a usted autorización para realizar las encuestas dentro de la población estudiantil de la escuela a su digno cargo.

Anexo a usted protocolo de estudio, esperando contar con su aprobación quedo de usted.

ATENTAMENTE

Dra Victoria Muñoz Altamirano

Alumna de segundo año del curso de especialización para médicos generales de IMSS.

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1402
HOSP GRAL DE ZONA NUM 68, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA 11/07/2013

DRA. VICTORIA MUÑOZ ALTAMIRANO

PRESENTE

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

conductas de riesgo alimentario y su relacion con disfuncion familiar en adolescentes

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en 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-2013-1402-10

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSÉ CESAR VELAZQUEZ CASTILLO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1402