



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO

**Funcionalidad familiar y su relación con conductas
de riesgo en los estudiantes del Colegio Ciudad de
Portovelo**

Tesis previa a la obtención
del título de Médico General

AUTORA: Gianela Lucía Apolo Aguilar

DIRECTORA: Dra. Alba Beatriz Pesántez González, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2017

Certificación

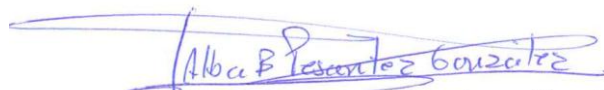
Dra. Alba Beatriz Pesántez González, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el trabajo de Tesis titulado: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO CIUDAD DE PORTOVELO**, presentado por la Señorita Gianela Lucía Apolo Aguilar, previo a la obtención del grado de Médico general, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi dirección en todo su desarrollo y cumple con la reglamentación pertinente, por lo que autorizo su presentación ante el respectivo tribunal.

Loja, 11 de octubre del 2017



Dra. Alba Beatriz Pesántez González, Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, **Gianela Lucía Apolo Aguilar**, con CI: **0706161007**, declaro que soy autora del presente trabajo de investigación y todos los criterios, ideas, conceptos, opiniones, análisis e información presentada en el desarrollo de este trabajo es personal y original.

Todas las consecuencias académicas y legales que se desprendan del mismo serán de mi exclusiva responsabilidad.

Autora: Gianela Lucía Apolo Aguilar

Firma:


Cédula: 0706161007

Fecha: Loja, 11 de octubre del 2017

Carta de autorización

Yo, **Apolo Aguilar Gianela Lucía**, declaro ser autora de la tesis titulada **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO CIUDAD DE PORTOVELO**, como requisito para obtener el grado de Médico General.

Autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual a través de la visibilidad de su contenido, en repositorio digital institucional - Biblioteca Virtual.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la presente tesis.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 11 días del mes de octubre del dos mil diecisiete.

Firma:

Autora: Gianela Lucía Apolo Aguilar

Cédula: 070616100

Dirección: Av. Manuel Agustín Aguirre y 10 de Agosto

Correo electrónico: nelit_7@yahoo.es

Teléfono: 073190856 - Celular: 0939120855

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dra. Alba Beatriz Pesantez González, Mg. Sc

Tribunal de grado:

Presidente: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.

Miembro del tribunal: Dr. Héctor Podalirio Velepucha Velepucha, Mg. Sc.

Miembro del tribunal: Dr. Ángel Vicente Ortega Gutiérrez, Mg. Sc.

Dedicatoria

A Dios por guiarme en cada paso y decisión, por brindarme la fortaleza para superar las situaciones difíciles y sobre todo por haber puesto en mi camino a personas maravillosas que han sido mi soporte y compañía durante esta etapa.

A mis padres Silvio Apolo y Elida Aguilar, por su confianza y apoyo, por ser el mejor ejemplo a seguir, por sus consejos tan valiosos en mi vida, ayudándome a ser una mejor persona y a luchar por alcanzar mis metas.

A mi compañero de vida y a mi pequeña/o angelito, mi mayor razón para nunca rendirme.

A mis hermanos, por su apoyo durante la carrera.

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Loja y Facultad de la Salud Humana por brindarme la oportunidad de realizar mis estudios y mi formación profesional y a mis docentes, por sus valiosos conocimientos que han contribuido para mi crecimiento a nivel personal como profesional.

Un agradecimiento especial y sincero a mi directora de tesis, Dra Alba Pesántez González, ya que con su paciencia y dedicación, su orientación y rigurosidad, han sido la clave para el desarrollo exitoso del presente trabajo

A todas aquellas personas e instituciones que me han facilitado los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas para que este trabajo llegue a un feliz término.

A mis padres y hermanos por brindarme el apoyo necesario para la culminación de mi carrera, por ser mi motivación y ejemplo.

A mi compañero de vida y a mi pequeña/o angelito, por estar para mí y por ser mi mayor razón para luchar.

¡Gracias!

Índice

Carátula	i
Certificación	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
Summary	3
3. Introducción	4
4. Revisión de literatura	7
1. Familia.....	7
1.1 Definición.....	7
1.2 Funciones de la familia	8
1.3 Tipo de familia	8
1.4 Familia funcional	9
1.5 Familia disfuncional.....	11
1.6 APGAR familiar	11
2. Adolescente	12
2.1 Definición.....	12
2.2 Cambios en la adolescencia	14
2.3 Adolescencia y familia.....	18
3. Conductas de riesgo	19
3.1 Consumo sustancias psicotrópicas	19
3.2 Violencia	23

3.3 Sexualidad.....	25
3.4 Trastornos de la conducta alimentaria (TAC).....	26
5. Materiales y métodos.....	30
1. Tipo de estudio.....	30
2. Área de estudio.....	30
3. Universo.....	30
4. Muestra.....	30
4.1 Criterios de inclusión:.....	30
4.2 Criterios de exclusión:.....	30
5. Instrumentos.....	31
6. Procedimientos de obtención de datos.....	31
7. Plan de análisis y tabulación de datos.....	32
6. Resultados.....	33
Tabla 1.....	33
Tabla 2.....	34
Tabla 3.....	35
Tabla 4.....	36
Tabla 5.....	37
Tabla 6.....	38
Tabla 7.....	39
Tabla 8.....	40
Tabla 9.....	41
Tabla 10.....	42
Tabla 11.....	43
Tabla 12.....	45
Tabla 13.....	47
Tabla 14.....	49
Tabla 15.....	51
Tabla 16.....	53

7.	Discusión	54
8.	Conclusiones	57
9.	Recomendaciones	58
10.	Bibliografía	59
11.	Anexos	64
	Anexo 1.	64
	Anexo 2	67
	Anexo 3	68
	Anexo 4	69
	Anexo 5	70
	Anexo 6	71
	Anexo 7	73

1. Título

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON CONDUCTAS DE RIESGO
EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO CIUDAD DE PORTOVELO**

2. Resumen

La adolescencia es una etapa de crecimiento, desarrollo y vulnerabilidad, en la que la familia cumple un papel fundamental, es el primer sistema de educación, donde se establecen conductas saludables o de riesgo; por lo cual el objetivo de la presente investigación es determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las conductas de riesgo en los estudiantes del Colegio Ciudad de Portovelo; la muestra estuvo constituida por 195 estudiantes de 12 a 19 años. Para la obtención de datos se empleó una encuesta, y se aplicó el Test SCOFF y el test APGAR Familiar. En los resultados el 56,9% de adolescentes presentan familias funcionales, el tipo de familia predominante es la nuclear (51,8%). Respecto a las conductas de riesgo, el 51,3 % ha consumido alcohol, el 27,2% tabaco y el 9,2 % drogas ilegales; el 33,3% presenta riesgo de trastornos de la conducta alimentaria; el 24,5% ha tenido relaciones sexuales; el 67,2 % no ha participado en violencia extrapersonal, el 18,5% ha practicado violencia autoinflingida y el 7,7% han portado un arma. Mediante la prueba de chi cuadrado se evidencio que no existe relación entre la funcionalidad familiar y el tipo de familia ($p=0,756$), también se excluyó la relación con el consumo de alcohol ($p=0,110$) y drogas ($p=0,102$); mientras que si se relaciona con el consumo de tabaco ($p=0,31$), con tener o no relaciones sexuales ($p=0,35$), con violencia extrapersonal ($p=0,41$) y autoinflingida ($p=0,009$) y con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria ($p=0,001$).

Palabras clave: Funcionalidad familiar, adolescentes, conductas de riesgo.

Summary

Adolescence is a stage of growth, development and vulnerability, in which the family plays a fundamental role; it is the first education system, where healthy or risky behaviors are established; therefore, the purpose of the present research is to determine the relation between the familiar functionality and the risk behaviors in the students of the Colegio Ciudad de Portovelo; the sample consisted of 195 students of 12 to 19 years old. To obtain data, a survey was used, and the SCOFF test and the APGAR Family test were applied. In the results, 56.9% of adolescents have functional families, the predominant family type is nuclear (51.8%). Regarding risk behaviors, 51.3% have consumed alcohol, 27.2% tobacco and 9.2% illegal drugs; 33.3% are at risk for Eating Disorders; 24.5% have had sex; 67.2% did not participate in extrapersonal violence, 18.5% had self-inflicted violence and 7.7% had carried a weapon. The chi-square test showed that there was no relationship between family function and family type ($p = 0.756$); the relationship with alcohol consumption ($p = 0.110$) and drugs ($p = 0.102$) was also excluded; ($p = 0.35$), with extrapersonal ($p = 0.41$) and self-inflicted violence ($p = 0.009$), and with risk of eating disorders ($p = 0.001$).

Key words: Family function, adolescents, risk behaviors.

3. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años; constituye una fase de gran vulnerabilidad, que puede llevar a conductas peligrosas, como la violencia interpersonal, el abuso de sustancias psicotrópicas, la nutrición deficiente, las prácticas sexuales tempranas y sin protección, comportamientos que pueden tener efectos negativos duraderos en la salud y bienestar actual y futuro. (OMS , 2016)

El contexto social, como la familia, comunidad, amistades, escuela y servicios de salud, tienen una influencia determinante en la prevención o desarrollo de conductas de riesgo. (OMS, 2016) La familia como célula fundamental de la sociedad, tiene una función educativa en la formación de las nuevas generaciones, es el agente intermediario entre el hombre y su medio social, en la cual se adquieren hábitos de conducta que pueden persistir durante toda la vida, la funcionalidad familiar es un determinante para el establecimiento de conductas saludables o de riesgo en los adolescentes. (Cid Monckton & Pedrão, 2011) (Álvarez Sintés, 2008) (Hernández, y otros, 2012) (Scott, y otros, 2015).

El funcionamiento familiar se ha relacionado con el tipo de familia, aceptándose que la nuclear es la más óptima para afrontar los cambios y para realizar las adaptaciones necesarias, sin embargo esta afirmación es controversial puesto que en algunos estudios se presentan porcentajes de función familiar similares para los distintos tipos. (Pérez Milena, y otros, 2009)

Los adolescentes representan alrededor de la sexta parte de la población mundial (1200 millones), en general tienen una buena salud, sin embargo son preocupantes la mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones, esto debido a conductas de riesgo; así en el 2012 se produjeron 3,3 millones de muertes, (el 5,9% de todas las muertes a nivel mundial) a causa del consumo de alcohol, el consumo se inicia a una edad temprana, en países de ingresos bajos y medios, el 14% de mujeres y el 18% de hombres de 13 a 15 años consumen alcohol; el consumo nocivo es mayor en los adolescentes en las regiones de América y de Europa con el 53% y el 70% respectivamente (World Health Organization (WHO), 2014) (Panamerican Health Organization (PAHO), 2012). En América en el 2012, el consumo de alcohol ocasionó aproximadamente una muerte cada 100 segundos. La mayoría de adolescentes tomaron la

primera copa antes de los 14 años de edad; en el 2010, alrededor de 14.000 defunciones de menores de 19 años fueron atribuidas al alcohol. (OPS & OMS, 2015)

El tabaco mata hasta a la mitad de sus consumidores, cada año mueren más de 7 millones de personas por su causa; la mayoría de los consumidores de tabaco empieza a fumar durante la adolescencia; a nivel mundial, al menos uno de cada diez adolescentes entre los 13 - 15 años, consume tabaco. (OMS, 2017). En la Región de América y el Caribe el 25% de adolescentes entre los 13 – 15 años fuman. (PAHO, 2012)

Las prácticas sexuales a una edad temprana y sin protección pueden resultar en enfermedades de transmisión sexual o embarazo no deseado. Aproximadamente el 11% de las mujeres y el 6% de los varones de 15 a 19 años han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2011) Alrededor de 16 millones de partos se producen en mujeres de entre 15 y 19 años (11% de los partos en el mundo), el 95% ocurre en países de ingresos bajos y medios. (OMS, 2012). El uso de preservativos por parte de los adolescentes es bajo: en Estados Unidos de Norteamérica es de 46 % y en América Latina varía entre 27 y 33 %. (Lavielle-Sotomayor, y otros, 2014)

La violencia es una causa importante de mortalidad entre adolescentes mayores de sexo masculino, representa un 43% de todas las defunciones de varones adolescentes registradas en países de ingresos bajos y medianos de la Región de las Américas. (OMS, 2017) (OMS, 2016)

Los Trastornos de la conducta alimentaria van en aumento y se presentan cada vez a edades más tempranas, con una prevalencia entre el 1% y 2% de mujeres adolescentes con anorexia nerviosa (AN), y un 2 a 4% con bulimia nerviosa (BN); una de cada dos adolescentes de entre 15 y 16 años cree que su peso es elevado. Con una relación de 10:1 entre mujeres y hombres (Urzúa, y otros, 2011). En EE.UU. cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes tienen síntomas de trastornos alimentarios; de los cuales, más del 90% son mujeres y más del 75% son adolescentes. (Torrent Font, 2012)

En Ecuador en el 2014 la población de niños, niñas y adolescentes es aproximadamente de 6 millones (37% de la población total); siendo los adolescentes el grupo mayoritario (55%). El 9% de los adolescentes no viven con su padre y madre, principalmente en las provincias de Los Ríos, Manabí, El Oro y Esmeraldas. El consumo de alcohol se inicia antes de los 14 años, cuatro de cada diez adolescentes hombres consumió alcohol en el último mes frente a tres de cada diez mujeres; el consumo de drogas ilegales registra un efecto multiplicador, siendo la

marihuana la sustancia más usada; el 9% de las adolescentes en Ecuador ya es madre antes de cumplir 18 años; en cuanto a la violencia, del total mujeres fallecidas en edades comprendidas entre los 11 y 17 años, el 13% se suicidó, mientras que en los hombres fue del 7%. Mientras que las muertes debidas a agresiones (homicidios) reporta 12% en hombres y 3% en mujeres. (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, Plan Internacional, & UNICEF, 2014)

En la Ciudad de Portovelo, no existen datos acerca de la situación de los adolescentes, ni sobre el entorno familiar en el que viven, sin embargo se observa una realidad que necesita ser estudiada.

Las principales causas de morbilidad y mortalidad comparte factores de riesgo y de protección interrelacionados y asociados con los determinantes sociales, principalmente la familia, por lo tanto su fortalecimiento es importante, especialmente en países de recursos limitados, donde la pobreza aumenta la probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo, situaciones presentes en nuestra región y País. (OPS, 2013).

La presente investigación es de significativa importancia, para fomentar la concientización sobre esta situación y a su vez promover intervenciones preventivas y correctivas, favoreciendo la participación de los adolescentes y de los actores sociales de los entornos en que estos viven, crecen y aprenden, como la familia, comunidad, institución educativa, sistema de salud, lo que contribuirá a mejorar la salud y vida del adolescente. La niñez y la adolescencia son el futuro de un país, por lo tanto las intervenciones en esta etapa contribuyen a un mayor bienestar individual, familiar y social; (Hernández, y otros, 2012) por todo ello, se considera necesario apoyar la familia, núcleo protector de niños y adolescentes, como la mejor inversión para el futuro. (Gobierno de España, 2015)

Por los motivos antes mencionados, la presente investigación tiene como objetivo general determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las conductas de riesgo en los estudiantes del Colegio Ciudad de Portovelo, durante el periodo mayo - octubre 2016, y como objetivos específicos: identificar el grado de funcionalidad familiar en los estudiantes, determinar el tipo de familias de los estudiantes y su relación con el grado de funcionalidad familiar, establecer la frecuencia de conductas de riesgo: consumo de alcohol, de tabaco y de drogas, conductas violentas, relaciones sexuales y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, y su relación con el grado de funcionalidad familiar y finalmente socializar los resultados de la investigación en la institución educativa.

4. Revisión de literatura

1. Familia

1.1 Definición

La familia es comprendida desde diversas perspectivas como célula o núcleo básico de la sociedad, como la institución social primaria, como un subsistema social o como una relación social. (Ortiz Laguado & García Jaramillo, 2013)

En la declaración Universal de los Derechos Humanos se considera que *“la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”*. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1984)

La Organización de Naciones Unidas (ONU), manifiesta que la familia es el más básico de los conceptos de la vida social, ya que constituye un fenómeno universal del que toda persona ha sido testigo. (Álvarez Sintés, 2008)

La familia puede definirse también como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia, con sentimientos de pertenencia a dicho grupo, compromiso personal entre sus miembros e intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia (Carrillo, 2012)

La familia representa el primer contexto social que acoge al individuo e interviene en su inmersión social, es el entorno en el cual se establece por primera vez el comportamiento saludable y donde se moldean inicialmente la cultura, los valores y las normas sociales, constituye el medio natural y necesario para el desarrollo integral de sus miembros, principalmente los niños, niñas y adolescentes. (OPS, 2003). (Presidencia de la República del Ecuador, 2015)

La familia como elemento intermediario entre el individuo y la sociedad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso Salud-Enfermedad y por lo tanto ocupa un lugar prioritario en la atención primaria de salud, constituye el primer componente de intervención preventiva y terapéutica; es el más efectivo espacio de contención que tiene el individuo para tolerar las exigencias provenientes del proceso de su desarrollo, de los otros grupos e instituciones y de la vida social en la cual se encuentra inmerso. (Álvarez Sintés, 2008)

1.2 Funciones de la familia

La familia cumple funciones con el fin de dar respuesta a las necesidades biológicas y psicológicas de sus integrantes, para promover la salud, el bienestar y el desarrollo de estos, manteniendo la dinámica familiar y adaptándose a las situaciones de crisis.

Se describen las siguientes de funciones: biosocial, económica, educativo-cultural y afectiva.

- **Función biosocial:** tiene como fin la reproducción, cumpliendo la necesidad de la descendencia, se crean las condiciones para el desarrollo físico, psicológico y social de sus integrantes. La conducta reproductora incide en los indicadores demográficos, tales como densidad poblacional, fecundidad y natalidad.

- **Función económica:** tiene como objetivo la satisfacción de necesidades básicas de todos sus miembros, tales como, techo, alimento, vestido, atención médica; a través de la realización de actividades, con la obtención y administración de los recursos, tanto monetarios como bienes de consumo. Semeja una pequeña empresa encargada de la manutención, cuidado y desarrollo de sus integrantes.

- **Función educativo-cultural:** Hace referencia a la influencia de la familia en sus miembros, en el proceso de aprendizaje y desarrollo, a través de la transmisión de tradiciones, costumbres, conocimientos, valores, normas, etc. Contribuye en el desarrollo de la personalidad y en la formación ideológica de las generaciones. La familia tiene la importante responsabilidad de convertir a un niño en un individuo capaz de participar y transformar la sociedad en que vive.

- **Función afectiva:** La satisfacción de las necesidades afectivas permite el desarrollo de la confianza, la seguridad y la autoestima que requieren los individuos, para su sano crecimiento y desenvolvimiento en sociedad, es la base de apoyo y estabilidad psicológica. La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el hombre, y por tanto, ejerce una función amortiguadora ante las tensiones que genera la cotidianidad. (Álvarez Sintés, 2008) (Cid Rodríguez, y otrod, 2014)

1.3 Tipo de familia

Se puede clasificar según su estructura, en función de los miembros que la conforman:

3.4.1 *Por el número de miembros:*

- *Familia grande:* más de 6 miembros.
- *Familia mediana:* entre 4 y 6 miembros.
- *Familia pequeña:* de 1 a 3 miembros.

3.4.2 *Por la ontogénesis de la familia:*

– *Familia nuclear:* integrada de hasta dos generaciones, padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos.

– *Familia monoparental:* Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos, puede tener diversos orígenes: padres divorciados, madre soltera, viudos y viudas.

– *Familia extensa:* se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, yernos, suegros y demás; es decir, corresponde a un hogar nuclear, más otros parientes

– *Familia mixta o ampliada:* cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras; puede incluir otros parientes y amigos.

– *Familia unipersonal:* Es el hogar particular integrado por una sola persona.

– *Familia reconstituida o ensamblada:* es el resultado de la combinación del aumento de la ruptura de parejas y formación de parejas posteriores, y del establecimiento de nuevos núcleos familiares. Incluye a un integrante, madre o padre de un núcleo familiar, sus hijos y de la nueva pareja con o sin hijos. (Berzosa, y otros, 2011) (UNICEF, 2003) (Álvarez Sintés, 2008)

1.4 Familia funcional

Familia funcional es aquella que desempeña adecuadamente las funciones básicas de esta y satisface las necesidades individuales y colectivas de sus integrantes. Un sistema familiar equilibrado y bien estructurado favorece la realización y logro de las funciones de todos sus miembros. Se trata de un grupo, un todo coherente en el que los distintos elementos que lo componen interactúan, son interdependientes entre sí y, por lo tanto, están articulados, pueden crecer desde el interior y constituyen una unidad. (Salvador Cervera Enguix, 2004)

Se considera que una familia es funcional si cumple las siguientes condiciones:

- Satisfacer las necesidades esenciales de sus miembros.
- Desarrollar adecuadamente sus funciones.
- Adecuada distribución de roles
- Que la comunicación sea clara, directa, adecuada, oportuna y sincera
- Proporcionar apoyo, seguridad y estímulo a sus miembros
- Facilitar la expresión de las emociones y los sentimientos y se respete el *status*, autoridad y jerarquía de cada cual.
 - Hacer que prevalezca la armonía en función de la consecución de las metas trazadas y que estas sean adecuadas y accesibles.
 - Ejercer la cooperación y que existan mecanismos asertivos de afrontamiento, ante situaciones críticas, adecuadas estrategias para resolver situaciones de conflicto.
 - Practicar respeto mutuo e impulsar la autonomía y espontaneidad de sus miembros
 - Establecer formas de control y límites adecuados y que las reglas familiares no constriñan la individualidad y autonomía.
 - Estimular las relaciones humanas, el desarrollo personal, la autoestima y la creatividad.
 - Favorecer vínculos constructivos y armónicos con su medio ambiente natural y sociocultural
 - Usar una experiencia de crisis como una forma de crecimiento.

Trabajar la funcionalidad familiar es fomentar salud y prevenir trastornos emocionales, del aprendizaje, de la personalidad y del comportamiento, es prevenir adicciones, violencia y suicidio, es dar atención de calidad, participando en la rehabilitación psicosocial. La principal protección contra comportamientos de riesgo es la pertenencia a una familia funcional, equilibrada, que dé afecto y seguridad a sus integrantes, que propicie una educación adecuada y permita el desarrollo de una personalidad fuerte y saludable.

Otras consideraciones proponen que la funcionalidad de una familia se mide por la capacidad para resolver las crisis que se le presentan, unida como grupo, por las formas en que expresa sus afectos, en cómo se permite el crecimiento individual, y cómo se produce la interacción entre sus miembros para respetar la autonomía y el espacio individual, con el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los otros.

La familia funcional cumple con la misión social, sin afectar el proceso interno de interacción, la calidad de las relaciones internas y el desarrollo individual, según los requerimientos de cada etapa. (Álvarez Sintés, 2008) (León Aguilar, 2010)

1.5 Familia disfuncional

Este tipo de familia no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas de su entorno. Las familias disfuncionales son incapaces de expresar con libertad los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no son capaces de enfrentar las crisis, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, no permiten el desarrollo individual, la unión no es productiva y existe confusión de roles.

Características de la familia disfuncional:

- Su dinámica familiar no es saludable.
- Su funcionamiento familiar no es relacional ni compatible.
- Incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales de sus miembros.
- Generalmente sus miembros son psicológicamente rígidos, exigentes, críticos y desalentadores; no pueden, no quieren, o no saben reforzar y recompensar cálidamente los logros y premiar esfuerzos
- Destruyen la comunicación y la expresión natural y personal de cada uno y con ello, anulan su desarrollo como persona.
- Desarrolla y mantiene roles familiares contradictorios.
- No saben cómo discutir abierta y naturalmente los problemas que afectan al grupo familiar, recurren a la negación de estos.
- Se imponen prohibiciones o tabúes dentro del grupo, se desarrolla una sobreprotección que impide que el niño o adolescente pueda aprender de sus propios errores.
- Cuando un niño se desarrolla dentro de una familia disfuncional siente el abandono emocional y la privación. (León Aguilar, 2010)

1.6 APGAR familiar

Smilkstein y colaboradores en 1975, crearon el test APGAR familiar, para medir la percepción del funcionamiento familiar y con ello trabajar un programa de intervención

familiar. La escala contiene cinco preguntas que miden la percepción de satisfacción familiar de los adolescentes; usa cinco criterios para medir el funcionamiento de la familia:

- *Adaptabilidad*: Habilidad de utilizar los recursos familiares y comunitarios, para resolver situaciones de crisis.
- *Participación*: Facultad de compartir y resolver problemas, comunicándose con los demás para buscar la solución.
- *Gradiente de Crecimiento*: La capacidad de atravesar las diversas etapas del ciclo familiar, teniendo a la vez la individualización de los miembros en forma madura.
- *Afecto*: La capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de expresar emociones.
- *Resolución*: La capacidad de aplicar los elementos anteriores para compartir el tiempo y recursos con cada miembro de la familia.

Las respuestas para los ítems se califican: 0 = Nunca o casi nunca; 1 = A veces; 2 = Siempre o casi siempre, estos puntajes se suman; con un resultado que fluctúa entre 0 y 10 puntos. Puntajes altos indican mayor satisfacción o funcionalidad familiar:

0-3 Puntos: Disfunción Familiar Severa

4-6 Puntos: Disfunción Familiar Moderada

7-10 Puntos: Familia Funcional. (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2013)

2. Adolescente

2.1 Definición

La palabra adolescente viene del latín *adolescens, adolescentes* que significa que está en período de crecimiento. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, caracterizado por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios.

Cada adolescente es un ser único y está influenciado por las circunstancias del momento histórico y el medio sociocultural en el cual vive, por la geografía del lugar en el que vive, la

raza y el género al que pertenece, la genética y por la nutrición afectiva y alimentaria que recibió.

La adolescencia, es una etapa compleja y dentro de ese rango cronológico el desarrollo es diferente en cada adolescente, por lo que se han propuesto las fases siguientes:

- Adolescencia temprana. Entre los 10 y 14 años.
- Adolescencia tardía. Entre 15 y 19 años.

La adolescencia es una etapa de notable importancia en la vida del ser humano, es un período que se inicia con los cambios puberales y se caracteriza por grandes transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. (Álvarez Sintés, 2008) Este periodo finaliza con la adquisición de la madurez física, emocional, vocacional, laboral y económica de la adultez.

En la adolescencia el cuerpo se modifica, las funciones se tornan más complejas y se logra la capacidad de reproducción; se desarrolla el pensamiento abstracto y la posibilidad de proyectarse hacia el futuro y valorar las consecuencias de sus actos; cada individuo participa en una experiencia de descubrimiento personal y en el establecimiento de una identidad. La integración de principios y valores morales, el respeto a sí mismo y a los demás, a la naturaleza, así como la adopción de prácticas religiosas, contribuyen al desarrollo espiritual.

La adolescencia es un periodo de oportunidades y cambios durante el cual se desarrolla las capacidades para aprender, experimentar, utilizar el pensamiento crítico, expresar su libertad creativa y participar en procesos sociales y políticos, por lo que asegurar el pleno desarrollo de estas capacidades debe ser una prioridad. (UNICEF, 2015)

Vivencias positivas de la infancia contribuyen a facilitar el desarrollo en esta etapa, cumpliendo un papel fundamental la familia. Las instituciones en donde se desenvuelven como la escuela, club, iglesia e incluso la misma calle, dejan su huella favoreciendo o deteriorando el desarrollo individual. (Pasqualini & Llorens, 2010)

2.2 Cambios en la adolescencia

2.2.1 Crecimiento y desarrollo:

El crecimiento y desarrollo son indicadores del estado de salud de la población infantil y de los adolescentes. Se puede demostrar a través de estudios antropométricos, que consisten en pesar y medir a las personas, y en la evaluación del estado de bienestar.

El crecimiento es el proceso de aumento de la masa de un ser vivo, provocada por el incremento del número de células o de la masa celular. El desarrollo es un proceso por el cual se logra mayor capacidad funcional de los sistemas a través de la maduración, diferenciación e integración de funciones (Pasqualini & Llorens, 2010). El crecimiento y desarrollo de esta etapa es producto de la maduración del eje Sistema Nervioso-Hipotálamo-Hipófisis-Gonadal. (Ministerio de Salud Pública de Ecuador & República de Ecuador, 2009)

Crecimiento

- Aumento de peso y estatura.
- Cambio de las formas y dimensiones corporales (dimorfismo sexual), al inicio ocurre en forma disarmónica, produciendo cambios transitorios como incoordinación motriz.
- Ganancia y redistribución de la masa corporal.
- Crecimiento óseo.
- Maduración dentaria.
- Crecimiento de órganos y sistemas.

Desarrollo

- Cambios conductuales, psicosociales y sexuales
- Cambios en los hábitos alimentarios, de sueño y de actividad física.
- Obtención de nuevas habilidades psicomotrices
- En el área motriz se alcanza madurez fina y gruesa, con desarrollo en arte y deporte.
- Hay un incremento en el coeficiente intelectual (10-15%).
- Desarrollo del cerebro (lóbulo prefrontal).
- Cambio del pensamiento concreto al abstracto.
- Desarrollo del razonamiento, de la conducta e inhibición de las respuestas impulsivas, regulación de las emociones, balance de riesgos y recompensas, aprendizaje de la experiencia.
- Mayor rendimiento físico, capacidad y recuperación frente al ejercicio.

- Cambio en la respuesta inmunológica.

Factores que influyen en el crecimiento y desarrollo: Son endógenos y exógenos:

Externos o exógenos: Ambiente (nivel social y económico, educación, cultura, salud, familia, trabajo, círculo de pares, comunidad, medios de comunicación), enfermedades (especialmente crónicas o graves) y conductas alimentarias.

Internos o endógenos: Genéticos (determinan el inicio de la pubertad, la velocidad y el pico de crecimiento) y hormonales (hormonas tiroideas, hormona del crecimiento, esteroides sexuales) (Ministerio de Salud Pública de Ecuador & República de Ecuador, 2009)

Crecimiento corporal en la pubertad: El crecimiento varía según la época de la vida, el sexo y los diversos factores que influyen; el ritmo de crecimiento se acelera en el período puberal, denominado “estirón del crecimiento” se produce dos años antes en las mujeres que en los varones. La mayor velocidad de crecimiento en altura y peso se produce durante esta fase, se incrementa el 50% de su peso y de su masa esquelética, y el 20% de su altura.

En las mujeres, la aceleración del crecimiento comienza al aparecer el botón mamario (edad promedio 10,8 años) y en los varones, al alcanzar un volumen testicular de 4 cm³ (edad promedio 11,8 años). En la adolescencia, las mujeres crecen entre 20 y 25 cm, y los varones entre 25 y 30 cm; la edad promedio de mayor crecimiento en las mujeres, es decir, el pico de velocidad máxima de crecimiento, es a los 12 años, pudiendo alcanzar un crecimiento de 9 cm/año, tiene lugar después de la telarca y antes de la menarca, y coincide con el estadio 3 de Tanner. En los hombres el pico de velocidad máxima de talla, tiene lugar a los 14 años, crecen un promedio de 10 cm/año, coincide con el estadio 4 de genitales de Tanner. Mientras que en los hombres, el aumento máximo de peso coincide con el de la talla, en las mujeres, ocurre de 6 a 9 meses después del de talla. (Pasqualini & Llorens, 2010)

Desarrollo sexual: Son los cambios secuenciales que el niño o niña experimentan en su anatomía y a la aparición y funcionamiento de las características sexuales secundarias. El desarrollo puberal se presenta con dos eventos importantes y secuenciales:

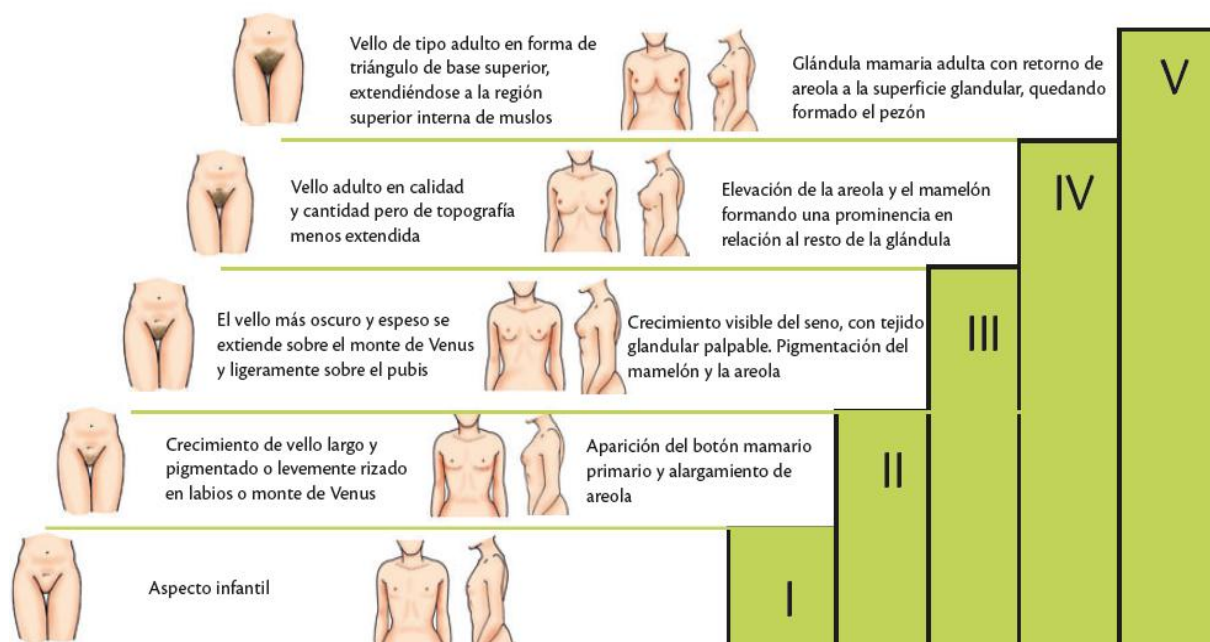
Adrenarquia: Efecto de la secreción de andrógenos suprarrenales que ocurre entre los 6 y los 8 años, precede a la aparición de la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y es independiente de él. Es responsable de la aparición de vello púbico y axilar, y de cambios en el olor del sudor axilar.

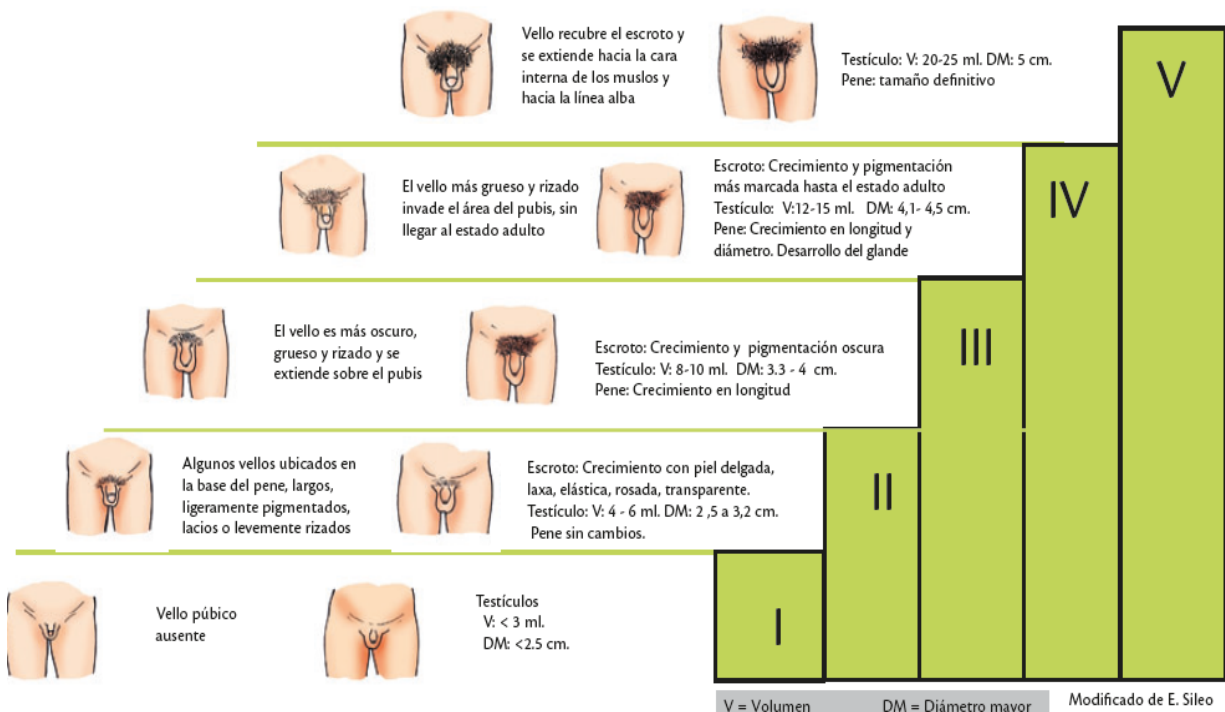
Gonadarquia: Cambio hormonal más importante, consiste en la reactivación del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, que coincide con el estímulo del eje del crecimiento. Las gonadotrofinas estimulan la síntesis y secreción de los esteroides gonadales:

- En el varón la testosterona induce el crecimiento de genitales externos, desarrollo de vello púbico, facial y axilar, acné, desarrollo muscular y laríngeo, estímulo del crecimiento óseo y cierre epifisiario.
- En la mujer los estrógenos promueven el desarrollo mamario, uterino y vaginal, el crecimiento estatural y el cierre epifisiario. (Ministerio de Salud Pública de Ecuador & República de Ecuador, 2009) (Iglesias Diz, 2013)

Las etapas de Tanner, que compara el examen clínico del adolescente con escalas preestablecidas, son muy útiles en el diagnóstico y seguimiento de la pubertad normal y sus variantes y trastornos.

EVALUACIÓN DE LA MADURACIÓN SEXUAL: ESTADÍOS DE TANNER





Fuente: Ministerio de Salud Pública, *Protocolos de Atención Integral a Adolescentes*.
Año: 2009

2.2.2 Cambios psicosociales:

Las transformaciones a nivel psicosocial comprenden:

La lucha independencia-dependencia: Entre los 12 a 14 años, la relación con los padres se hace difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un “vacío” emocional. De los 15 a 17 años estos conflictos llegan a su punto máximo para ir disminuyendo, con una mayor integración, independencia y madurez, con una vuelta a los valores de la familia.

Preocupación por el aspecto corporal: Los cambios físicos y psicológicos generan preocupación, especialmente en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad con relación a su atractivo, a su vez crece el interés por la sexualidad, posteriormente se produce una mejor aceptación del cuerpo pero sigue preocupándoles la apariencia externa. Las relaciones sexuales son más frecuentes. Entre los 18 y 21 años el aspecto externo tiene menor importancia, con mayor aceptación de la propia corporalidad.

Integración en el grupo de amigos: La amistad desplaza el apego por los padres, es importante para el desarrollo de aptitudes sociales, las relaciones son emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto. Surgen las pandillas, los clubs; se definen los gustos por la

música, se adoptan signos comunes de identidad (tatuajes, moda, conductas de riesgo), posteriormente la relación con los amigos se vuelve más débil, centrándose en pocas personas y/o en relaciones de pareja.

Desarrollo de la identidad: Entre los 12 a 14 años hay una visión ilusoria del mundo, con objetivos irreales, poco control de los impulsos y dudas; necesidad de mayor intimidad y rechazo a la intervención de los padres. Posteriormente, aparece mayor empatía, creatividad y un progreso cognitivo con pensamiento abstracto más acentuado, se sienten “omnipotentes” y asumen conductas de riesgo. Entre los 18 y 21 años suelen ser más realistas, racionales y comprometidos, con objetivos vocacionales prácticos, consolidándose sus valores morales, religiosos y sexuales así como comportamientos próximos a los del adulto. (Iglesias Diz, 2013)

2.3 Adolescencia y familia

La globalización ha producido cambios en los roles del hombre y de la mujer, nueva comprensión del matrimonio, del trabajo de la mujer y de los recursos alternativos del cuidado del niño. El tamaño de la familia se ha reducido, el divorcio y el nuevo matrimonio, el cuidado por extraños, por familiares adultos, o por los hermanos, son situaciones a las que se enfrentan los hijos. Los diferentes procesos de crianza y de sociabilización impactan en el desarrollo infantil y del adolescente; de la familia, depende la elección de la escuela primaria, y tanto hogar como escuela influirán en la elección de los grupos sociales en la adolescencia.

Se ha observado, que la carencia de diálogo en el hogar y la violencia se asocian a mayor depresión, baja autoestima, falta de proyectos en la adolescencia y, por lo tanto, a mayor probabilidad de conductas de riesgo.

La familia ha experimentado cambios, ha perdido jerarquía, ya no es la más importante y única fuente de transmisión de valores a los hijos y los cambios en cuanto a las relaciones padre-madre (cuando existen ambos) y las relaciones padre-hijos, madre-hijos, sobre la demanda de una mayor relación entre los miembros y la responsabilidad por la crianza y las normas familiares influyen en que los límites que se establecen sean más confusos y frágiles, lo cual repercute negativamente sobre el desarrollo psicosocial de los adolescentes.

La alta frecuencia de familias monoparentales (con habitual ausencia del padre), la existencia de violencia intrafamiliar, el índice de divorcios en aumento, repercuten para que la

familia como “valor” sea más cuestionado por los adolescentes y jóvenes. (Álvarez Sintés, 2008) (Pasqualini & Llorens, 2010)

El vínculo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca cambios en los otros, los problemas que puedan originarse son debido a deficiencias en la interacción familiar es decir a la disfuncionalidad de la familia como sistema afectando no solamente a uno de sus miembros sino a todos. (Guamàn Paladines & Quinde Guamàn, 2010)

3. Conductas de riesgo

Las conductas de riesgo son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo, que pueden llevar a consecuencias nocivas. Se considera como cualquier alteración de la conducta o actuación, que por su reiteración, agresividad y/o por su cuestionamiento de límites adecuados, puede comprometer o desviar el desarrollo biopsicosocial normal o la vida actual. (Pasqualini & Llorens, 2010) La adolescencia constituye una etapa de cambios psicológicos, biológicos y sociales; generalmente bruscos, creando ansiedad e inquietud, que pueden llevar a conductas de riesgo. En el desarrollo del adolescente, contribuyen características propias de la edad, como la subestimación de los riesgos, la necesidad de experimentación, la susceptibilidad a influencia y presión de los pares con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para considerar consecuencias futuras.

Constituyen grandes riesgos en los adolescentes: la nutrición y actividad física inadecuada, actividad sexual que pueda conducir a embarazo no deseado o infección, el uso y abuso de sustancias y las conductas que contribuyan a lesiones no intencionales y violencia (homicidio/suicidio). (Rosabal García, y otros, 2015) (Vivo, y otros, 2013)

3.1 Consumo sustancias psicotrópicas

Son compuestos naturales o sintéticos, cuyos efectos se manifiestan particularmente en el sistema nervioso central y que, por su perfil de acción farmacológica, poseen la capacidad de crear estados de abuso o dependencia que llevan al sujeto al consumo recurrente (López de Victoria, 2012)

El consumo abusivo de sustancias constituye un serio problema de salud, conduce a graves efectos, en términos de mortalidad y morbilidad, afectación del potencial futuro y los devastadores efectos en la familia; provoca importantes alteraciones físicas, psicológicas y sociales, además de su asociación con accidentes de tráfico, homicidios y suicidios, también se la relaciona con una actividad sexual temprana, fracaso escolar, trastornos mentales y delincuencia, además de las posibles consecuencias en la edad adulta. Es importante destacar que el inicio temprano del consumo está asociado con un mayor riesgo de dependencia y de otros problemas, (Vivo, y otros, 2013) por lo cual es crucial la detección e intervención precoz.

Algunos términos importantes que definir son:

- *Abuso*, es un “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”. (OMS & Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008)
- *Tolerancia*, es el proceso por el cual el organismo se habitúa al uso continuado de una sustancia, de tal manera que para conseguir los mismos efectos a nivel orgánico o psicológico que se obtenían anteriormente con una dosis menor, se precisa una dosis más elevada.
- *Dependencia*, es la “necesidad” o un impulso irreprimible de consumir una sustancia, para poder, en un inicio, sentirse bien y experimentar sus efectos, y en un segundo momento, para evitar la sensación de malestar que provoca la falta del consumo o la privación.
- *Abstinencia*, es la serie de signos y síntomas usualmente displacenteros que presenta el sujeto cuando detiene la ingesta de una sustancia, lo que lo lleva a reiniciar el consumo.

Las drogas según sus efectos sobre el sistema nervioso central se clasifican:

- **Drogas depresoras:** las sustancias depresoras del sistema nervioso central son aquellas que atenúan o inhiben los mecanismos cerebrales de la vigilia y pueden producir distintos grados de inactivación, desde relajación, sedación y somnolencia,

hasta hipnosis, anestesia y coma, dependiendo de la dosis. Las más frecuentes: alcohol, ansiolíticos (barbitúricos, tranquilizantes), y opiáceos (opio y derivados: morfina, heroína, codeína).

- **Drogas estimulantes:** Son sustancias que afectan al Sistema Nervioso Central causando hiperactividad, producen euforia que se manifiesta con bienestar y mejoría del humor, aumento de la energía y del estado de alerta, así como un aumento de la actividad motriz y una estimulación del sistema cardiovascular. Produciéndose una disminución de la sensación subjetiva de fatiga y apetito. Se asocian a aumento de la frecuencia cardiaca, tensión arterial y midriasis. Estimulantes mayores serían la cocaína y anfetaminas y, estimulantes menores, la nicotina y la cafeína.
- **Psicodislépticos:** también llamadas **alucinógenas**. Alteran la percepción de la realidad, producen sensaciones extrañas, ilusiones e incluso alucinaciones visuales y auditivas. Ejemplos son: hongos alucinógenos, LSD, cannabis (marihuana) (Molina Prado, 2013)

El alcohol: El alcohol etílico es una sustancia depresora del sistema nervioso central con capacidad para producir tolerancia, y dependencia. Las bebidas con contenido alcohólico se pueden obtener mediante dos procedimientos: fermentación y destilación; la fermentación consiste en la degradación de sustancias orgánicas por la acción de enzimas microbianos, acompañada de desprendimientos gaseosos, transforma los jugos azucarados de los frutos en bebidas alcohólicas, obteniéndose bebidas como el vino o la cerveza; la destilación es la operación que consiste en vaporizar parcialmente un líquido y en condensar los vapores formados para separarlos, se aplica este proceso a una bebida fermentada, así obtenemos el whisky, el ron, el coñac, entre otros. (OMS & Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008)

El alcohol ha sido considerado por la OMS como una de las drogas más peligrosas para la salud física, psíquica y social de las personas, por encima de sustancias como la cocaína, los estimulantes sintéticos, los alucinógenos o los derivados del cannabis, debido a la toxicidad asociada a sus características farmacológicas, a las alteraciones sensoriales y motoras derivadas de su ingesta excesiva, y a su enorme capacidad adictiva.

El consumo de alcohol, además de estar asociado con la violencia y ser una de las principales causas de mortalidad entre jóvenes (por accidentes de tránsito), está vinculado con

un pobre rendimiento académico, mayor probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual, depresión, ansiedad, desórdenes de personalidad y participación en pandillas. (Vivo, y otros, 2013).

Presenta efectos tanto a corto como a mediano y largo plazo, entre ellos tenemos: irritación de la mucosa gástrica que puede llevar a gastritis o úlcera gastroduodenal; trastornos de la visión, de los reflejos, del pensamiento y del habla; intoxicación aguda, favorece conductas de riesgo, aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular especialmente de hipertensión arterial, provoca deterioro cognitivo, alteraciones del sueño, agresividad, depresión, ansiedad, produce daño hepático pudiendo llegar a cirrosis hepática, encefalopatías, se ha relacionado también con disfunciones sexuales y aumento del riesgo de cáncer de boca, garganta o esófago; puede llegar a producir dependencia (tolerancia y síndrome de abstinencia), el consumo excesivo puede provocar conflictos familiares y sociales.

El tabaco o cigarrillo: Es una droga estimulante del sistema nervioso central que genera adicción, tolerancia y dependencia. Deriva de una planta de la familia de las Solanáceas, del género Nicotiniana, sintetiza y luego conserva en sus hojas secas un potente alcaloide, llamado nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. El humo del tabaco contiene más de 4000 productos químicos, de los cuales al menos 250 son nocivos, y más de 50 causan cáncer.

El tabaco mata hasta a la mitad de sus consumidores, cada año mueren más de 7 millones de personas, de las que más de 6 millones son consumidores y aproximadamente 890 000 son personas expuestas al humo de tabaco ajeno. Casi el 80% de los fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios. (OMS, 2017)

Las personas que empiezan a fumar durante la adolescencia (en más del 70% de los casos) y siguen haciéndolo durante 20 años o más vivirán entre 20 y 25 años menos que quienes nunca hayan probado el tabaco. (OMS, 2004)

De las defunciones asociadas con las Enfermedades No Transmisibles, el tabaco es responsable de 16% de las muertes por enfermedades cardiovasculares, 25% de las muertes por cáncer y 52% de las muertes por enfermedades crónicas respiratorias. (OMS & OPS, 2016)

Algunos de los efectos que provoca son a corto plazo son el incremento en la atención, disminución de la ansiedad, sensación de placer, aumento de presión arterial, de la frecuencia

cardíaca y frecuencia respiratoria. A mediano y largo plazo puede producir dependencia y síndrome de abstinencia, disminución en el gusto y el olfato, halitosis, enfermedades dentales y de encías (manchas en los dientes, periodontitis, estomatitis del fumador, candidiasis oral, infecciones y caries dentales), enfermedades respiratorias (infecciones de las vías respiratorias altas y bajas, se relaciona con enfermedades crónicas como enfisema pulmonar y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), además se relaciona con asma en niños y adolescentes), enfermedades cardiovasculares (enfermedades coronarias, infartos y eventos vasculares cerebrales y enfermedad vascular periférica), incremento significativo en el riesgo de cáncer (pulmón, boca, laringe, gástrico, páncreas, vejiga, hígado, colorrectal, próstata etc.), disminución del rendimiento físico e intelectual, envejecimiento prematuro, alteraciones en la piel y anexos (hiperpigmentación en uñas y dedos, caída de cabello, coloración grisácea de la piel que constituye el llamado “rostro del fumador”), problemas sexuales y de reproducción, cataratas y degeneración macular, síndrome de muerte súbita del lactante y úlceras gástricas en fumadores con *Helicobacter pylori*. (OMS, 2004)

3.2 Violencia

La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte. (OMS, 2016). La violencia es toda acción u omisión intencional que, dirigida a una persona, tiende a causarle daño físico, psicológico, sexual o económico y, dirigida a objetos o animales, tiende a dañar su integridad.

Freud escribió: «La inclinación a la agresión es una disposición instintual original en el ser humano que constituye el mayor impedimento a la civilización.». Otros mantienen que, aunque el ser humano pueda tener una propensión a ser agresivo, como parte de su herencia natural, esto no quiere decir que sea violento. (Morillas, 2013)

La violencia juvenil es un problema mundial de salud pública, incluye una serie de actos que van desde la intimidación y las riñas al homicidio, pasando por agresiones sexuales y físicas graves. Cada año se cometen en todo el mundo 200 000 homicidios entre jóvenes de 10 a 29 años, lo que supone un 43% del total mundial anual de homicidios, el cual es la cuarta causa de muerte en este grupo de edad, y el 83% de estas víctimas son del sexo masculino; por

cada joven asesinado, muchos sufren lesiones que requieren hospitalización, pudiendo tener repercusiones graves, que a menudo perduran toda la vida, en el funcionamiento físico, psicológico y social de una persona. (OMS, 2016)

3.2.1 Tipos de violencia

Según las características de los que cometen el acto violento

- ***Violencia autoinflingida:*** El comportamiento suicida, que incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado. Comprende también las autolesiones o el automaltrato, que incluye actos como la automutilación.
- ***Violencia interpersonal:*** La violencia interpersonal puede definirse como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, efectivo o de amenaza, contra otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga una alta probabilidad de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, desarrollo anormal o privaciones” (Vivo, y otros, 2013)
- ***Violencia colectiva:*** Indica la violencia cometida por grupos más grandes de personas o por el Estado, y puede obedecer a causas sociales, políticas y económicas, entre otras. (Espín Falcón, y otros, 2008)

Según la naturaleza de los actos de violencia

- ***Física:*** toda agresión intencional que ocasione daños a la integridad física, este abuso puede provocar lesiones como traumatismos, hematomas, cortaduras, quemaduras o fracturas entre otras
- ***Sexual:*** acto de coacción hacia una persona para que esta lleve a cabo una determinada conducta sexual; como ejemplos de violencia sexual tenemos los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona
- ***Psicológica:*** actos u omisiones expresadas a través de prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias y de abandono, insultos, burlas, silencio y gestos agresivos. Las agresiones tienden a

humillar, ofender, asustar y tienen graves repercusiones en la autoestima, seguridad y estabilidad emocional. (Orbegoso Delgado, 2014)

Causas de la violencia en los adolescentes:

- Ausencia parental
- Familia desestructurada.
- Estilos educativos inadecuados (autoritarios o demasiado permisivo)
- Consumo de sustancias (alcohol y drogas ilegales)
- Falta de atención individualizada en los colegios
- Deseos de aceptación del grupo de iguales. (Gonzalez, 2017)

3.3 Sexualidad

El término sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del hecho de un ser humano: Basada en el sexo incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo la vinculación afectiva y el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. (Zapata, 2016)

Salud sexual: La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (OMS, 2017).

Orientación sexual: La orientación sexual es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros. Se distingue fácilmente de otros componentes de la sexualidad que incluyen sexo biológico, identidad sexual (el sentido psicológico de ser hombre o mujer) y el rol social del sexo (respeto de las normas culturales de conducta femenina y masculina). La orientación sexual va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad. Las personas pueden o no expresar su orientación sexual en sus conductas. (Asociación Americana de Psicología , 2017)

Conducta sexual de riesgo: Se define como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la

posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado. Según esta definición podemos establecer como prácticas sexuales de riesgo el sexo oral, el coito vaginal y el anal, la promiscuidad y el consumo de drogas (incluido alcohol) dado de forma concomitante a estas prácticas. (García Vega, 2012)

3.4 Trastornos de la conducta alimentaria (TAC)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas, vinculadas a una percepción distorsionada del propio cuerpo, una insatisfacción corporal, y están caracterizadas por marcadas alteraciones en el comportamiento y una excesiva preocupación por el peso y/o con la forma del cuerpo. Se consideran como TCA, la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno por Atracón (TA) y el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCA-NE).

Los TCA predisponen a la desnutrición o a la obesidad, y se relacionan con una baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y riesgo de mortalidad prematura, se asocian con frecuencia con otras morbilidades, especialmente con la depresión, ansiedad y el consumo de sustancias (Martínez González, L. 2014).

En el 2014 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM V) se da una nueva denominación como Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en este se define como una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. (Vázquez Arévalo, y otros, 2015)

3.4.1 *Anorexia Nerviosa*

Se caracteriza por una restricción voluntaria e injustificada de los alimentos, acompañada de otras medidas orientadas a la pérdida deliberada de peso. Hay dos tipos de anorexia: la denominada restrictiva (reducción selectiva y continuada de la ingesta de alimentos) y la purgativa-compulsiva (conductas de sobreingesta que son compensadas a través de mecanismos inapropiados (laxantes, vómitos, diuréticos, excesivo ejercicio físico)

Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa en el DSM-5

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado

B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especificar si:

Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o utilización de laxantes, diuréticos o enemas). La pérdida de peso es debida, sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo

Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16-16.99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $IMC 15-15.99 \text{ kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$ (Vázquez Arévalo, y otros, 2015)

3.4.2 Bulimia Nerviosa

Consistente en episodios de ingesta desmesurada “atracones” de alimentos durante un corto espacio de tiempo donde la persona no es capaz de controlar la ingesta y sólo es capaz de poner fin a la ingesta cuando presenta molestias estomacales y disconfort físico, más no por

sensación de saciedad. Si tras la sobreingesta la persona se induce el vómito o bien utiliza laxantes o diuréticos, es un trastorno por bulimia nerviosa de tipo purgativo, pero si recurre a otros tipos de conductas compensatorias inapropiadas tales como el ayuno, el excesivo ejercicio físico, nos encontramos ante un trastorno por bulimia nerviosa no purgativa (Familia Nova Schola , 2016)

Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa en el DSM-5

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1.- Ingestión, en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. 2.- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo

C. Los atracones y los comportamientos compensatorio inapropiadas se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

Moderado: 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

Grave: 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

Extremo: 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana (Vázquez Arévalo, y otros, 2015)

3.4.3 *Encuesta SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire)*

Elaborado por Morgan, Reid y Lacey en el año de 1999, el SCOFF (Anexo 2) es un instrumento de cribado de TCA que consta sólo de cinco preguntas dicotómicas (Sí/No) que valoran la pérdida de control sobre la ingesta, las purgas e insatisfacción corporal lo que permite su aplicación en la atención primaria. El rango de puntuación oscila de 0 a 5 puntos (No=0 y Sí=1), una puntuación total de 2 o más puntos identifica personas de riesgo de TCA. Presenta una sensibilidad AN:100%; BN: 100%; especificidad para AN y para BN: 85% y 80%, respectivamente; tasa de falsos positivos 7,3% para AN y 8% para BN. Estos resultados son excelentes y más, debido a la brevedad del instrumento. Con mínimas diferencias en el poder de detección en cuanto a ser autoadministrado (escrito) o administrado por el médico (oral).

Dispone de una versión española adaptada y validada por García Campayo J, et al., 2004; la sensibilidad fue del 98% (IC 95%: 93,5 a 99,5) y la especificidad del 94% (IC 95%: 86,4% a 98,5%). Para cada TCA específico las sensibilidades para una especificidad del 94% fueron las siguientes: BN, 98%; AN, 93%; y TCANE, 100%

La encuesta SCOFF puede ser un cuestionario útil, ya que permite de forma rápida y fácil la detección en atención primaria de grupos de riesgo de TCA entre la comunidad. (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009)

5. Materiales y métodos

1. Tipo de estudio

El presente trabajo investigativo fue de tipo correlacional y de corte transversal.

2. Área de estudio

El Área de estudio estuvo constituida por el Colegio Ciudad de Portovelo, localizado en la Provincia de El Oro, Ciudad de Portovelo, ciudadela Cima, en la calle 10 de agosto entre Welmer Quezada y Rosa Vivar.

3. Universo

Estudiantes del Colegio mixto Ciudad de Portovelo, que cursan entre 9no año de educación básica y 3er año de bachillerato, matriculados y que asisten a clases durante el periodo mayo – octubre del 2016, correspondientes a 204 estudiantes.

4. Muestra

La muestra fue de tipo censal debido a que representa a toda la población de estudiantes entre 9no año de educación básica y 3er año de bachillerato, constituida por 195 estudiantes, puesto que se excluyeron 9 estudiantes: 2 por edad mayor de 19 años, 4 porque no asistieron a clases y 3 estudiantes que no respondieron la encuesta.

4.1 Criterios de inclusión:

- ✓ Estudiantes adolescentes comprendidos entre las edades de 12 a 19 años.
- ✓ Estudiantes que deseen participar en la investigación, previa la firma del consentimiento informado.
- ✓ Estudiantes que se encuentren al momento de aplicar los instrumentos de recolección de datos.

4.2 Criterios de exclusión:

- ✓ Estudiantes menores de 12 años o mayores de 19 años.
- ✓ Estudiantes que no deseen participar en la investigación

5. Instrumentos

Para la obtención de datos se empleó una encuesta (Anexo 1), elaborada por el autor, constituida por 18 preguntas, en las que se recoge información sobre la edad, sexo, personas con las que vive el adolescente (tipo de familia: nuclear, monoparental, extensa, reconstituida, con padres ausentes) y conductas de riesgo, tales como: consumo de alcohol, de tabaco y de drogas ilegales, conductas violentas y relaciones sexuales, dicha encuesta previamente fue validada a través de una prueba piloto aplicada a 40 estudiantes. Para la información sobre trastornos de la conducta alimentaria se aplicó el Test de SCOFF (Anexo 2), instrumento que consta de cinco preguntas dicotómicas (Sí/No) que valoran la pérdida de control sobre la ingesta, las purgas e insatisfacción corporal, el rango de puntuación oscila de 0 a 5 puntos (No=0 y Sí=1), una puntuación total de 2 o más puntos identifica personas de riesgo de TCA (sensibilidad Anorexia Nerviosa:100%; Bulimia: 100%; especificidad para AN y para B: 85% y 80%, respectivamente; tasa de falsos positivos 7,3% para AN y 8% para BN), se usará la versión española del mismo, adaptada y validada por García-Campayo J, et al., con sensibilidad del 98% y especificidad del 94%. Para evaluar la funcionalidad familiar, se empleó el test APGAR Familiar (Anexo 3) de Smilkstein (1978), conformado por cinco preguntas que miden la percepción de satisfacción familiar de los adolescentes. La escala usa cinco criterios para medir el funcionamiento de la familia: adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución. Las opciones de contestación del Test son: 0= Nunca o casi nunca, 1 = A veces, 2 = Siempre o casi siempre. El puntaje de los ítems se suma, resultando valores entre 0 y 10 puntos, cuyos resultados significan: 0-3 Puntos: Disfunción Familiar Severa; 4-6 Puntos: Disfunción Familiar Moderada; 7-10 Puntos: Familia Funcional. (OPS, 2013)

6. Procedimientos de obtención de datos

Para el desarrollo del presente trabajo investigativo, se solicitó autorización al Dr. Fabricio Largo, Rector del Colegio Ciudad de Portovelo (Anexo 4), posteriormente se entregó el consentimiento informado (Anexo 5) a los estudiantes, mismo que fue firmado por sus representantes y finalmente se aplicó, en las aulas de clases con los estudiantes que se encontraron presentes en ese momento, los instrumentos de recolección de datos.

7. Plan de análisis y tabulación de datos

Para la tabulación y análisis de los resultados se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22. Se aplicó una prueba piloto a 40 estudiantes y se obtuvieron las confiabilidades de la encuesta y las escalas empleadas, mediante el coeficiente alfa de Cronbach (descrito en 1951 por Lee J. Cronbach, es un índice usado para medir la confiabilidad de una escala, es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados; una medición es confiable de acuerdo con el grado que puede ofrecer resultados consistentes o libre de errores. El valor mínimo aceptable es 0.7, por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja, el valor máximo esperado es 0,90; por encima de este valor se considera que hay redundancia o duplicación. (Bojórquez Molina, López Aranda, Hernández Flores, & Jiménez López, 2013))

Estadísticas de fiabilidad de
Encuesta

Alfa de Cronbach	N de elementos
,742	18

Estadísticas de fiabilidad del
test SCOFF

Alfa de Cronbach	N de elementos
,781	6

Estadísticas de fiabilidad del
test APGAR FAMILIAR

Alfa de Cronbach	N de elementos
,736	6

Tras la recolección de los datos y la validación de la información se creó una base de datos en el Paquete estadístico SPSS y se llevó a cabo el análisis mediante técnicas descriptivas como son tablas de frecuencia simple, se analizan los resultados mediante el cruce de variables para determinar su asociación mediante el estadístico Chi-cuadrado de Pearson y el nivel de significación estadística se determinó con $p < 0.05$, cuyo valor inferior excluye la independencia entre las variables, mientras que valores superiores ratifica la independencia de las mismas. Finalmente para la representación gráfica de los resultados obtenidos se utilizó tablas de frecuencia simple.

6. Resultados

Tabla 1

Edad y sexo de los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo, periodo mayo - octubre del 2016

		Edad				Total	
		12 – 13	14-15	16-17	18-19		
Sexo	Masculino	Nro de casos	13	41	34	9	97
		Porcentaje	6,7%	21,0%	17,4%	4,6%	49,7%
	Femenino	Nro de casos	25	37	30	6	98
		Porcentaje	12,8%	19,0%	15,4%	3,1%	50,3%
Total		Nro de casos	38	78	64	15	195
		Porcentaje	19,5%	40,0%	32,8%	7,7%	100,0%

*Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo
Elaborado por Gianela Apolo*

Análisis:

Del total de adolescentes, correspondientes a 195 estudiantes, en cuanto al género, predomina el femenino con 50,3 % (98), mientras que el masculino corresponde al 49,7% (97), respecto a los grupos etarios la mayoría de adolescentes, el 40,0 % (78), se encuentran entre 14 y 15 años de edad, seguido del grupo de 16 y 17 años con el 32,8 % (64), mientras que el grupo minoritario son los adolescentes entre los 18 y 19 años que corresponden al 7,7 % (15).

Tabla 2

***Grado de funcionalidad familiar en los adolescentes del Colegio
Ciudad de Portovelo, periodo mayo – octubre del 2016***

	Nro de casos	Porcentaje
Disfuncionalidad grave	23	11,8%
Disfuncionalidad moderada	61	31,3%
Familia funcional	111	56,9%
<u>Total</u>	<u>195</u>	<u>100,0%</u>

*Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo
Elaborado por Gianela Apolo*

Análisis:

El grado de funcionalidad familiar presente en los estudiantes del Colegio Ciudad de Portovelo corresponde en su mayor porcentaje a familias funcionales con 56,9 % (111), seguido de familias con disfuncionalidad moderada con 31,3% (61), y en menor porcentaje se presentan las familias con disfuncionalidad grave en el 11,8 % (23) del total de estudiantes.

Tabla 3

Tipo de familia de los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo, periodo mayo – octubre del 2016

	Nro de casos	Porcentaje
Nuclear	101	51,8%
Monoparental	49	25,1%
Extensa	12	6,2%
Ausencia de Padres	12	6,2%
Reconstituida	21	10,8%
<u>Total</u>	<u>195</u>	<u>100,0%</u>

*Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo
Elaborado por Gianela Apolo*

Análisis:

Del total de adolescentes (n = 195) el tipo de familia que se presenta con mayor frecuencia es la familia nuclear que corresponde al 51,8% (101), seguida por la familia monoparental con un 25,1% (49) y con menor frecuencia se presenta la familia con ausencia de padres y la familia extensa que aportan con 6,2 % (12), del total de casos, cada una.

Tabla 4
***Consumo de alcohol en los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo,
 periodo mayo – octubre del 2016***

		Nro de casos	Porcentaje
¿Alguna vez has tomado una copa (no tan sólo unos sorbitos) de alcohol?	No	95	48,7%
	Si	100	51,3%
	<u>Total</u>	<u>195</u>	<u>100,0%</u>
¿Qué edad tenías cuando tomaste una copa de alcohol por primera vez?	18 – 19 años	2	2,0%
	16 – 17 años	17	17,0%
	14 – 15 años	47	47,0%
	12 – 13 años	27	27,0%
	10 – 11 años	4	4,0%
	9 años o menos	3	3,0%
	<u>Total</u>	<u>100</u>	<u>100,0%</u>
¿Te has embriagado/ emborrachado alguna vez?	No	59	59,0%
	Si	41	41,0%
	<u>Total</u>	<u>100</u>	<u>100,0%</u>
¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	No consumo bebidas alcohólicas actualmente	34	34,0%
	1 vez al mes	27	27,0%
	1 vez por semana	6	6,0%
	Varias veces por semana	2	2,0%
	Diariamente	1	1,0%
	En eventos sociales	30	30,0%
	<u>Total</u>	<u>100</u>	<u>100,0%</u>

*Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo
 Elaborado por Gianela Apolo*

Análisis:

En referencia al consumo de alcohol, en la tabla 4 se puede evidenciar que el 51,3% (100) de los estudiantes han consumido alcohol, de los cuales el 47% (47) de los casos inició el consumo entre los 14 y 15 años de edad, mientras que un 3% (3) inició a los 9 años o menos; el 59% (59) del total de estudiantes que han consumido alcohol no han llegado a la embriaguez y 34% de ellos, actualmente no consume alcohol, mientras un 1 % afirma consumir alcohol diariamente.

Tabla 5

**Consumo de Cigarrillo en los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo,
periodo mayo – octubre del 2016**

		Nro de casos	Porcentaje
¿Alguna vez has fumado un cigarrillo/tabaco, aunque no lo hayas terminado, y solamente le hayas dado una o dos fumadas?	No	141	72,3%
	Si	54	27,7%
	<u>Total</u>	<u>195</u>	<u>100,0%</u>
¿Cuántos años tenías la primera vez que fumaste un cigarrillo?	18 – 19 años	2	3,7%
	16 – 17 años	10	18,5%
	14 – 15 años	20	37,0%
	12 – 13 años	14	25,9%
	10 – 11 años	4	7,4%
	9 años o menos	4	7,4%
	<u>Total</u>	<u>54</u>	<u>100,0%</u>
¿Cuántos cigarrillos fumas diarios?	No fumo cigarrillos actualmente	32	59,3%
	1 vez al mes	6	11,1%
	Un cigarrillo diario	12	22,2%
	2 a 5 cigarrillos diarios	4	7,4%
	6 a 10 cigarrillos diarios	0	0,0%
	<u>Total</u>	<u>54</u>	<u>100,0%</u>

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo

Elaborado por Gianela Apolo

Análisis:

Acerca del consumo de cigarrillo, el porcentaje de estudiantes que han fumado alguna vez, es bajo, correspondiendo al 27,7% (54) del total de casos, de los cuales el 37% (20) fumo por primera vez entre los 14 y 15 años de edad, presentándose un 7,4% (4) que lo hicieron a los 9 años o menos; actualmente el 59,3% de ellos no fuman (32), existiendo un 7,4% que consume de 2 a 5 cigarrillos diarios (4).

Tabla 6

Consumo de drogas ilegales en los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo, periodo mayo – octubre del 2016

		Nro de casos	Porcentaje
¿Has consumido algún tipo de droga ilegal alguna vez?	No	177	90,8%
	Si	18	9,2%
	<u>Total</u>	<u>195</u>	<u>100,0%</u>
¿Qué tipo de droga consumiste?	Marihuana	15	83,3%
	Éxtasis	0	0,0%
	Cocaína	1	5,6%
	Heroína	0	0,0%
	2 o más drogas	2	11,1%
	<u>Total</u>	<u>18</u>	<u>100,0%</u>
¿A qué edad consumiste droga por primera vez?	18 – 19 años	3	16,7%
	16 – 17 años	7	38,9%
	14 – 15 años	6	33,3%
	12 – 13 años	2	11,1%
	11 años o menos	0	0,0%
	<u>Total</u>	<u>18</u>	<u>100,0%</u>
¿Con que frecuencia consume drogas?	No consumo drogas actualmente	3	16,7%
	una vez al año	2	11,1%
	1 vez cada 6 meses	5	27,8%
	1 vez al mes	3	16,7%
	varias veces por mes	3	16,7%
	1 vez por semana	0	0,0%
	Varias veces por semana	2	11,1%
	<u>Total</u>	<u>18</u>	<u>100,0%</u>

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo

Elaborado por Gianela Apolo

Análisis:

Del total de casos (n =195) los adolescentes que han consumido drogas ilegales alguna vez, corresponden al 9,2 % (18), de este grupo el 38,9% (7) inició el consumo entre los 16 – 17 años de edad, mientras que un 11,1% (2) inició a los 12 – 13 años; la sustancia más consumida es la Marihuana con el 83,3% (15); en cuanto al consumo actual el 27,8 % (5) consumen droga una vez al mes, y un 11,1 % (2) consume varias veces por semana.

Tabla 7

***Conductas violentas en los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo,
periodo mayo – octubre del 2016***

	Nro de casos	Porcentaje	
¿Cuántas veces has participado en un episodio de maltrato/agresión física o verbal en los últimos 12 meses?	No he participado	131	67,2%
	Una vez al mes	41	21,0%
	Varias veces al mes	6	3,1%
	Una vez por semana	7	3,6%
	Varias veces a la semana	8	4,1%
	Una vez cada 6 meses	2	1,0%
	<u>Total</u>	<u>195</u>	<u>100,0%</u>
¿Alguna vez has intentado hacerte daño físico (cortes, quemaduras, rasguños) a tí mismo?	No	159	81,5%
	Si	36	18,5%
	<u>Total</u>	<u>195</u>	<u>100,0%</u>
¿Alguna vez has portado un arma, como una pistola, navaja o garrote?	No	180	92,3%
	Si	15	7,7%
	<u>Total</u>	<u>195</u>	<u>100,0%</u>

*Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo
Elaborado por Gianela Apolo*

Análisis:

En referencia a la violencia, del total de estudiantes, el 67,2 % (131) no ha participado en ningún acto de violencia extra personal en los últimos 12 meses, mientras que un 21,0 % (41) participa una vez al mes, en cuanto a violencia autoinflingida, el 18,5% (36) de estudiantes han intentado hacerse daño a sí mismos; el 7,7% (15) de los estudiantes han portado algún tipo de arma alguna vez.

Tabla 8

***Conductas sexuales de riesgo en los adolescentes del Colegio
Ciudad de Portovelo, periodo mayo – octubre del 2016***

		Nro de casos	Porcentaje
¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez?	No	147	75,4%
	Si	48	24,6%
	<u>Total</u>	<u>195</u>	<u>100,0%</u>
¿A qué edad tuvo su primera relación sexual	18 – 19 años	1	2,1%
	16 – 17 años	15	31,3%
	14 – 15 años	25	52,1%
	12 – 13 años	2	4,2%
	11 años o menos	5	10,4%
	<u>Total</u>	<u>48</u>	<u>100,0%</u>
¿Con que frecuencia usted o su pareja usan preservativo (condón) en la relación sexual?	Siempre	17	35,4%
	A veces	12	25,0%
	Rara vez	11	22,9%
	Nunca	8	16,7%
	<u>Total</u>	<u>48</u>	<u>100,0%</u>

*Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo
Elaborado por Gianela Apolo*

Análisis:

Acerca de las conductas sexuales de los estudiantes, el 24,5% (48) ha tenido relaciones sexuales, de los cuales el 31,3% (15) tuvo su primera relación sexual entre los 16 y 17 años de edad y un 10,4% (5) a los 11 años o menos; el 35,4% (17) de los estudiantes afirma haber usado preservativo siempre durante las relaciones sexuales, mientras que un 16,7% (8) afirma nunca haber usado preservativo.

Tabla 9

*Trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes del
Colegio Ciudad de Portovelo, periodo mayo – octubre del 2016*

	Nro de casos	Porcentaje
Sin riesgo de TCA	130	66,7%
Riesgo de TCA	65	33,3%
<u>Total</u>	<u>195</u>	<u>100,0%</u>

*Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo
Elaborado por Gianela Apolo*

Análisis:

Del total de casos de adolescentes (195), el 66,7 % correspondiente a 130 estudiantes, no presentan riesgo de Trastornos de la Conducta alimentaria, mientras que el restante 33,3% (65) presentan riesgo de Trastornos de la Conducta alimentaria.

Tabla 10

Relación entre el tipo de familia y el grado de funcionalidad familiar en el Colegio Ciudad de Portovelo, periodo mayo – octubre del 2016

Tipo de Familia	Disfuncionalidad grave %	Disfuncionalidad moderada %	Familia funcional %	Total %	Chi cuadrado de Pearson
Nuclear	43,5%	54,1%	52,3%	51,8%	,756
Monoparental	17,4%	26,2%	26,1%	25,1%	
Extensa	8,7%	6,6%	5,4%	6,2%	
Ausencia de Padres	13,0%	3,3%	6,3%	6,2%	
Reconstituida	17,4%	9,8%	9,9%	10,8%	
Total	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	

Fuente: Encuesta realizada a los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo
Elaborado por Gianela Apolo

Análisis:

La relación que existe entre el tipo de familia y el grado de funcionalidad familiar mediante la prueba de chi – cuadrado ($p=0,756$), excluye la relación de dependencia de las variables.

En las familias funcionales y con moderada disfuncionalidad los datos son similares, la mayor parte corresponde a familias nucleares, con el 52,3% y el 54,1% respectivamente, este porcentaje disminuye en las familias con disfuncionalidad grave, donde el 43,5% son familias nucleares, mientras que respecto al resto de tipologías familiares, se presentan en mayor porcentaje en las familias con disfuncionalidad grave (ausencia de padres: 13,0% y familias reconstituidas: 17,4%) en relación con las familias con disfuncionalidad moderada (6,3% y 9,9%) y familias funcionales (3,3% y 9,8 %).

Tabla 11

Relación entre el consumo de alcohol y el grado de funcionalidad familiar en el Colegio Ciudad de Portovelo, periodo mayo – octubre del 2016

Consumo de alcohol		Disfuncionalidad grave	Disfuncionalidad moderada	Familia funcional	Total	Chi cuadrado de Pearson
		%	%	%	%	
¿Alguna vez has tomado una copa (no tan sólo unos sorbitos) de alcohol?	No	34,8%	42,6%	55,0%	48,7%	,110
	Si	65,2%	57,4%	45,0%	51,3%	
	<u>Total</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	
¿Qué edad tenías cuando tomaste una copa de alcohol por primera vez?	18 – 19 años	0,0%	2,9%	2,0%	2,0%	,637
	16 – 17 años	33,3%	11,4%	16,0%	17,0%	
	14 – 15 años	40,0%	48,6%	48,0%	47,0%	
	12 – 13 años	26,7%	31,4%	24,0%	27,0%	
	10 – 11 años	0,0%	5,7%	4,0%	4,0%	
	9 años o menos	0,0%	0,0%	6,0%	3,0%	
<u>Total</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>		
¿Te has embriagado/ emborrachado alguna vez?	No	46,7%	62,9%	60,0%	59,0%	,555
	Si	53,3%	37,1%	40,0%	41,0%	
	<u>Total</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	
¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	No consumo alcohol actualmente	13,3%	25,7%	46,0%	34,0%	,219
	1 vez al mes	46,7%	34,3%	16,0%	27,0%	
	1 vez por semana	0,0%	8,6%	6,0%	6,0%	
	Varias veces por semana	0,0%	2,9%	2,0%	2,0%	
	Diariamente	0,0%	0,0%	2,0%	1,0%	
	En eventos sociales	40,0%	28,6%	28,0%	30,0%	
	<u>Total</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	

Fuente Base de datos y aplicación de encuesta en los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo

Elaborado por Gianela Apolo

Análisis:

La relación que existe entre el consumo de alcohol y el grado de funcionalidad familiar, mediante la prueba de chi cuadrado, excluye la relación de dependencia para las 4 variables

estudiadas (consumir alcohol alguna vez ($p= 0,110$), edad de inicio del consumo ($p=0,637$), llegar al estado de embriaguez ($p=0,555$) y la frecuencia de consumo ($p=0,219$).

Se puede evidenciar que en los adolescentes con familias funcionales el consumo de alcohol es menor (45,0%) en relación a las familias con disfuncionalidad moderada y grave (57,4% y 65,2% respectivamente); En cuanto a la edad de inicio del consumo, se presentan datos similares en los tres grados de funcionalidad, con poca diferencias significativa; en los adolescentes con familias funcionales el 60,0 % no ha llegado a la embriaguez, mientras que en las familias con moderada y grave disfuncionalidad el 62,9% y el 46,7%. En el caso de la frecuencia de consumo en familias funcionales la mayor parte no consume bebidas alcohólicas actualmente (46,0%) en relación con las familias con moderada y grave disfuncionalidad (25,7% y 13,3%).

Tabla 12

Relación entre el consumo de tabaco y el grado de funcionalidad familiar en el Colegio Ciudad de Portovelo, periodo mayo – octubre del 2016

Consumo de Cigarrillo		Disfuncionalidad grave %	Disfuncionalidad moderada %	Familia funcional %	Total %	Chi cuadrado de Pearson
¿Alguna vez has fumado un cigarrillo/tabaco, aunque no lo hayas terminado, y solo hayas dado una o dos fumadas?	No	56,5%	65,6%	79,3%	72,3%	,031
	Si	43,5%	34,4%	20,7%	27,7%	
	<u>Total</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	
¿Cuántos años tenías la primera vez que fumaste?	18 – 19 años	0,0%	4,8%	4,3%	3,7%	,820
	16 – 17 años	30,0%	19,0%	13,0%	18,5%	
	14 – 15 años	40,0%	42,9%	30,4%	37,0%	
	12 – 13 años	20,0%	23,8%	30,4%	25,9%	
	10 – 11 años	0,0%	9,5%	8,7%	7,4%	
	9 años o menos	10,0%	0,0%	13,0%	7,4%	
	<u>Total</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	
¿Con qué frecuencia fumas?	No fumo actualmente	60,0%	52,4%	65,2%	59,3%	,634
	1 vez al mes	10,0%	14,3%	8,7%	11,1%	
	1 cigarrillo diario	10,0%	28,6%	21,7%	22,2%	
	2 a 5 cigarrillos diarios	20,0%	4,8%	4,3%	7,4%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

*Fuente: Base de datos y aplicación de encuesta en los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo
Elaborado por Gianela Apolo*

Análisis:

La relación que existe entre el Consumo de tabaco y el grado de Funcionalidad familiar, mediante la prueba de chi cuadrado, demuestra que en cuanto a la variable de consumir tabaco ($p= 0,031$), se ratifica la relación de dependencia con el grado de funcionalidad familiar, sin embargo con respecto al resto de variables, se excluye la relación (edad de inicio del consumo ($p=0,820$) y frecuencia de consumo ($p=0,634$)).

En las familias funcionales el 79,3% de estudiantes no han fumado, cifras que disminuyen en las familias con disfuncionalidad moderada y grave, con el 65,6% y 56,5% respectivamente; la edad de inicio de consumo presenta diferencia poco significativa en los tres grados de funcionalidad; en cuanto a la frecuencia de consumo, actualmente no fuman el 65,2% de los adolescentes con familias funcionales, el 52,4% con moderada disfuncionalidad y el 60,0% con grave disfuncionalidad.

Tabla 13

Relación entre el consumo de drogas y el grado de funcionalidad familiar en el Colegio Ciudad de Portovelo, periodo mayo – octubre del 2016

Consumo de Drogas		Disfuncionalidad grave	Disfuncionalidad moderada	Familia funcional	Total	Chi cuadrado de Pearson
		%	%	%	%	
¿Has consumido algún tipo de droga alguna vez?	No	87,0%	85,2%	94,6%	90,8%	,102
	Si	13,0%	14,8%	5,4%	9,2%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
¿Qué tipo de droga consumiste?	Marihuana	66,7%	88,9%	83,3%	83,3%	,388
	Cocaína	0,0%	0,0%	16,7%	5,6%	
	2 o más drogas	33,3%	11,1%	0,0%	11,1%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
¿A qué edad consumiste droga por primera vez?	18 – 19 años	0,0%	11,1%	33,3%	16,7%	,702
	16 – 17 años	33,3%	44,4%	33,3%	38,9%	
	14 – 15 años	66,7%	33,3%	16,7%	33,3%	
	12 – 13 años	0,0%	11,1%	16,7%	11,1%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
¿Con que frecuencia consume drogas?	No consumo drogas actualmente	0,0%	11,1%	33,3%	16,7%	,036
	1 vez al año	0,0%	22,2%	0,0%	11,1%	
	1 vez cada 6 meses	33,3%	11,1%	50,0%	27,8%	
	1 vez al mes	0,0%	33,3%	0,0%	16,7%	
	varias veces por mes	0,0%	22,2%	16,7%	16,7%	
	Varias veces por semana	66,7%	0,0%	0,0%	11,1%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

*Fuente: Base de datos y aplicación de encuesta en los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo
Elaborado por Gianela Apolo*

Análisis:

La relación que existe entre el consumo de drogas y el grado de funcionalidad familiar mediante la prueba de chi – cuadrado, demuestra que consumir droga alguna vez ($p=0,102$), el tipo de droga consumida ($p=0,388$), y la edad de inicio del consumo ($p=0,702$) no presenta relación de dependencia con el grado de funcionalidad familiar, sin embargo la frecuencia de consumo ($p=0,036$), si presenta relación.

Los adolescentes con familias funcionales es el grupo que menos ha consumido algún tipo de droga (5,6%), en relación a las familias con moderada y severa disfuncionalidad (14,8% y

13,0% respetivamente); en cuanto al tipo de droga consumido y a la edad de inicio de consumo se presenta diferencia poco significativa para los grados de funcionalidad familiar; en los adolescentes con familias funcionales son el grupo en el que más han dejado de consumir drogas actualmente (33.3%) en relación a las familias con disfuncionalidad moderada (11,1%), y grave (0,0 %); el mayor consumo corresponde a varias veces por semana presente únicamente en el grupo de disfuncionalidad grave (66,7%).

Tabla 14

Relación entre conductas violentas y el grado de funcionalidad familiar en el Colegio Ciudad de Portovelo, periodo mayo – octubre del 2016

Conductas violentas		Disfuncionalidad grave %	Disfuncionalidad moderada %	Familia funcional %	Total %	Chi cuadrado de Pearson
¿Cuántas veces has participado en un episodio de maltrato/agresión física o verbal en los últimos 12 meses?	No he participado	43,5%	60,7%	75,7%	67,2%	,041
	Una vez al mes	34,8%	26,2%	15,3%	21,0%	
	Varias veces al mes	4,3%	6,6%	0,9%	3,1%	
	Una vez por semana	8,7%	4,9%	1,8%	3,6%	
	Varias veces a la semana	8,7%	1,6%	4,5%	4,1%	
	Una vez cada 6 meses	0,0%	0,0%	1,8%	1,0%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
¿Alguna vez has intentado hacerte daño físico a ti mismo?	No	60,9%	78,7%	87,4%	81,5%	,009
	Si	39,1%	21,3%	12,6%	18,5%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
¿Alguna vez has portado un arma (pistola, navaja o garrote)?	No	91,3%	91,8%	92,8%	92,3%	,955
	Si	8,7%	8,2%	7,2%	7,7%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Base de datos y aplicación de encuesta en los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo
Elaborado por Gianela Apolo

Análisis:

La relación que existe entre conductas violentas y el grado de funcionalidad familiar, mediante la prueba de chi – cuadrado, confirma la relación de dependencia tanto con la violencia extrapersonal ($p= 0,041$) como con la violencia autoinflingida ($p= 0,009$), sin embargo se excluye la dependencia con el portar arnas ($p=0,955$).

Los adolescentes con familias funcionales son el grupo que con mayor frecuencia afirma no haber participado en actos de violencia extrapersonal (75,7%), a diferencia de las familias con disfuncionalidad moderada y grave (60,7% y 43,5% respectivamente), situación similar ocurre en cuanto a la violencia autoinflingida, donde el menor porcentaje corresponde a

familias funcionales (12,6%) valores que aumentan en las familias con moderada disfuncionalidad (21,3%) y con grave disfuncionalidad (39,1%); en cuanto a portar armas los datos no presentan diferencia significativa, así: Familia funcional: 7,2% moderada disfuncionalidad; 8,2 y grave disfuncionalidad: 8,7%

Tabla 15

Relación entre conductas sexuales y el grado de funcionalidad familiar en el Colegio Ciudad de Portovelo, periodo mayo – octubre del 2016

		Disfuncionalidad grave	Disfuncionalidad moderada	Familia funcional	Total	Chi cuadrado de Pearson
Conductas sexuales		Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	
¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez?	No	56,5%	72,1%	81,1%	75,4%	,035
	Si	43,5%	27,9%	18,9%	24,6%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
¿A qué edad tuvo su primera relación sexual	18 – 19 años	0,0%	0,0%	4,8%	2,1%	,616
	16 – 17 años	40,0%	29,4%	28,6%	31,3%	
	14 – 15 años	40,0%	64,7%	47,6%	52,1%	
	12 – 13 años	0,0%	0,0%	9,5%	4,2%	
	11 años o menos	20,0%	5,9%	9,5%	10,4%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
¿Con que frecuencia usted o su pareja usan preservativo (condón) en la relación sexual?	Siempre	20,0%	41,2%	38,1%	35,4%	,478
	A veces	20,0%	23,5%	28,6%	25,0%	
	Rara vez	50,0%	17,6%	14,3%	22,9%	
	Nunca	10,0%	17,6%	19,0%	16,7%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Base de datos y aplicación de encuesta en los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo

Elaborado por Gianela Apolo

Análisis:

La relación que existe entre las conductas sexuales y el grado de funcionalidad familiar, mediante la prueba de chi – cuadrado, ratifica la relación en cuanto a tener relaciones sexuales ($p=0,035$), mientras que excluye la relación con la edad de la primera relación sexual ($p=0,616$) y con el uso de preservativo ($p=0,478$).

Los adolescentes con familias funcionales son los que presentan menor porcentaje de haber tenido relaciones sexuales (18,9%), valores que aumentan en las familias con moderada disfuncionalidad (27,9%) y con grave disfuncionalidad (43,5%); la edad de la primera relación

sexual no presenta diferencias significativas entre los grados de funcionalidad; en cuanto al uso de preservativo, el mayor porcentaje tanto en familias funcionales como con disfuncionalidad moderada (38,1% y 41,2% respectivamente) afirman usar siempre, mientras que en las familias con disfuncionalidad grave la mayoría (50,0%) afirma usar rara vez.

Tabla 16

Relación entre riesgo de trastornos de la conducta alimentaria y el grado de funcionalidad familiar en el Colegio Ciudad de Portovelo, periodo mayo – octubre del 2016

Trastornos de la Conducta alimentaria (TCA)	Disfuncionalidad grave Porcentaje	Disfuncionalidad moderada Porcentaje	Familia funcional Porcentaje	Total Porcentaje	Chi cuadrado de Pearson
Sin riesgo de TCA	52,2%	52,5%	77,5%	66,7%	
Riesgo de TCA	47,8%	47,5%	22,5%	33,3%	,001
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

*Fuente: Base de datos y aplicación de encuesta en los adolescentes del Colegio Ciudad de Portovelo
Elaborado por Gianela Apolo*

Análisis:

La relación que existe entre las variables Riesgo de presentar algún trastorno de la conducta alimentaria (TAC) y el grado de funcionalidad familiar mediante la prueba de chi – cuadrado ($p=0,001$), ratifica la relación entre las dos variables y excluye la independencia de las mismas.

La mayor parte de adolescentes de las familias funcionales no presentan riesgo de presentar algún tipo de TCA (77,5%), en relación con las familias con moderada y grave disfuncionalidad (52,5% y 52,2% respectivamente) con una diferencia muy significativa.

7. Discusión

En el presente estudio se aporta con datos sobre la relación de la funcionalidad familiar con las conductas de riesgo en adolescentes y con el tipo de familia. Encontramos que las familias de los adolescentes en su mayoría son funcionales con 56,9%, presentando disfuncionalidad moderada y grave el 31,3% y 11,8%; mientras que en una investigación realizada en adolescentes de un colegio público de la ciudad de Bogotá por (Moreno Méndez, y otros, 2014) el 39,7% son familias funcionales, el 44,4 % y 15,9 % con disfuncionalidad moderada y severa; en la investigación realizada en estudiantes de secundaria en la Ciudad de Loja por (Castillo Maza, 2016), se obtuvo valores de 43,52%, 37,04% y 19,44% respectivamente. En los adolescentes del actual estudio la familia nuclear predomina con 51,8 % seguida por la monoparental con 25,1%, estos datos presentan similitud con otras investigaciones, así en una investigación realizada en adolescentes en la Ciudad de Ibarra por (Landázuri Cerón & Pupiales Páez, 2011), predomina la familia nuclear (54%), seguida de la familia reconstituida (27%); en un estudio realizado en adolescentes de la localidad de Suba, Bogotá, por (González & de la Hoz, 2011) la familia nuclear fue del 56% y la monoparental del 31%; mientras que en la investigación de (Pacheco, y otros, 2014) el 82,9% de los adolescentes de Loja y el 77,9% de Zamora presentan familia nuclear. El funcionamiento familiar se ha relacionado con el tipo de familia, constituyendo la nuclear la más adecuada para afrontar cambios y realizar adaptaciones, sin embargo existe controversia puesto que en algunos estudios deja de ser clave el tipo de familia, como es el caso de la presente investigación ($p=0,756$) en la cual se excluye la relación entre estas variables al igual que en el estudio realizado en adolescentes de secundaria en España por (Pérez Milena, y otros, 2007) que concluye que la disfunción familiar presenta una distribución similar independientemente del tipo de estructura familiar, al contrario (Gómez Bustamante, y otros, 2013) en su investigación realizada en adolescentes escolarizados de Cartagena, refiere que una familia no nuclear ($OR = 1,71$) es predictor de disfunción familiar.

Con respecto a las conductas de riesgo, en nuestro estudio el mayor consumo de sustancias psicotrópicas corresponde al alcohol (51,3%), seguido del tabaco (27,2%) y finalmente drogas ilegales (9,2%), datos que presentan semejanza con el estudio realizado por (Pérez Milena, y otros, 2007), donde el $44 \pm 2,5\%$ bebe alcohol, el $24 \pm 2,2\%$ fuma y un $12 \pm 1,7\%$

ha consumido drogas no legales; en un estudio realizado en estudiantes chilenos y mexicanos por (Huitrón Bravo, y otros, 2011) el consumo más alto es de alcohol (64,3% y 54,1% para Chile y México respectivamente) seguido del tabaco (57,5 y 38,7 %), y finalmente de sustancias ilícitas con el uso de marihuana de 24,1 % en Chile y de 4,8 % en México. En el presente estudio, mediante la prueba de chi cuadrado ($p = >0,05$), muestra que no existe relación entre el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar; resultados que se correlacionan con diversos estudios como la señalada por (Trujillo-Guerrero, y otros, 2016) en adolescentes y sus padres, en Puebla, México, donde la prueba estadística D de Somers da un valor de 0,094 y una $p=0,072$, en el estudio realizado en Portoviejo por (Giler Marcela, 2016) fue ($p=0,0886$ para χ^2) lo que determina que la funcionalidad familiar no incide en el riesgo de consumo de alcohol; mientras que existen estudios que demuestran una relación significativa como el realizado en adolescentes de secundaria en Nuevo León, México, de (Alonso-Castillo, y otros, 2017) con valores de $r_s=0,204$ y $p=0,021$ y para (Torres Mercedes, 2017) en estudiantes universitarios en Piura, con un odds ratio de 2,2. Respecto al consumo de tabaco y la funcionalidad familiar se evidencia que existe correlación entre las variables en cuanto a si ha consumido alguna vez tabaco ($p=0,031$), mientras que no se relaciona con la edad de inicio ni con la frecuencia de su consumo, en relación con otros estudios como el de (Cabrera, 2017) en estudiantes bachilleres de la Zona 7 de Ecuador, que señala que el consumo de tabaco se asoció con el pertenecer a una familia disfuncional (OR: 1,66 y $p=0,00$ de χ^2), y para (Pérez Milena, y otros, 2007) con $p < 0,01$ en el test de la χ^2 . Los datos presentes indican que no hay relación respecto al consumo de drogas y grado de funcionalidad familiar ($p=0,102$), ni con la edad de inicio de consumo ($p=0,388$); mientras que si existe relación con la frecuencia de consumo ($p=0,036$); estudios relacionados como el realizado en estudiantes de secundaria en Iquitos, Perú, por (Trigozo Parra, y otros, 2016) muestra que existe relación significativa entre funcionalidad familiar y consumo de drogas psicoactivas ($p = 0,047$ para χ^2); en un estudio en Cuenca por (Altamirano, y otros, 2013) indica una relación de ($p= 0,013$).

En el presente estudio el 33,3% de adolescentes presentan riesgo de TCA; en relación con un estudio realizado en adolescentes de la zona 7 por (Iñiguez Ordoñez, 2017), donde se presenta en el 25,3% y en el estudio de (Castillo Maza, 2016) refiere el 43,52%, en los estudios realizados por los mismos autores en referencia a la relación de TCA y funcionalidad familiar, Iñiguez Ordoñez refiere que no hay relación significativa ($p=0,176$ para χ^2 y $or=0,796$),

mientras que Castillo Maza menciona que si existe relación ($p=0,000$ para χ^2), así mismo en la presente investigación se ratifica la relación de estas variables ($p=0,001$ para χ^2).

Acerca de la sexualidad en el presente estudio, el 24,5% ha tenido relaciones sexuales, de los cuales el 31,3% inicio a los 16 y 17 años; el 35,4% afirma haber usado preservativo siempre y el 16,7% afirma nunca haber usado preservativo, en un estudio realizado en adolescentes en la Ciudad de México, en el Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Vallejo por (Lavielle-Sotomayor, y otros, 2014), un 29,9% tenía vida sexual activa, de los cuales la mayoría (68,8%) la inició antes de los 15 años, poco menos de la mitad no utilizaba condón siempre (48,2%). En referencia a la relación que existe entre el comportamiento sexual y la funcionalidad familiar, en la presente investigación se ratifica la relación entre tener relaciones sexuales ($p=0,049$), no así respecto a la edad de inicio ni al uso de preservativo, estudios relacionados muestran resultados similares así Lavielle Sotomayor concluye que el inicio de la vida sexual estuvo relacionado con el grado de satisfacción familiar ($p = 0,017$ para χ^2); en un estudio realizado en adolescentes que acuden a una maternidad en San Marcos, Perú, (Rafael Chávez, 2016) encontró que el número parejas no se asoció a la disfuncionalidad familiar ($p>0,05$); mientras que el uso de métodos anticonceptivos de barrera ($p=0,007$), haber presentado alguna ITS” ($p=0,015$) y una menor edad de inicio de relaciones ($p=0,015$) si se asoció.

En referencia a la violencia, en el actual estudio el 32,8 % ha participado en algún acto de violencia extra personal en los últimos 12 meses, el 18,5% ha practicado violencia autoinflingida y el 7,7% han portado un arma alguna vez, además se confirma que existe una relación evidente entre la funcionalidad familiar y la violencia extrapersonal ($p=0,041$) y autoinflingida ($p=0,009$), pero no con portar armas ($p= 0,955$), similar a resultados de la investigación realizada por (González & de la Hoz, 2011) en la cual el 31% de adolescentes afirmó haber golpeado físicamente a alguien durante el último año y el 9% afirmó llevar un arma, además se ratifica la relación entre percepción de funcionalidad familiar y comportamientos violentos ($OR=4,1$), así mismo en una estudio en adolescentes de Trujillo por (Gonzales Flores, y otros, 2017) donde mediante el cálculo del coeficiente de asociación tau C de kendall resultó un estadístico -0,142 con una significancia de 0,026, lo que determina una relación significativa, al igual que en el estudio realizado en Ambato por (Sarabia López, 2017) donde el valor de X^2 de Pearson es de $p=008$.

8. Conclusiones

- Los estudiantes del Colegio Ciudad de Portovelo presentan con mayor frecuencia familias funcionales
- El tipo de familia predominante es la familia nuclear, no existe relación entre el grado de funcionalidad familiar y el tipo de familia.
- En cuanto a las conductas de riesgo: el consumo más alto de sustancias psicotrópicas corresponde al alcohol, seguido por el consumo de tabaco y finalmente en menor frecuencia se consumen drogas ilegales; la mayor parte de adolescentes no presentan riesgo de trastornos de la conducta alimentaria; existe un bajo porcentaje de adolescentes que han tenido relaciones sexuales; el mayor porcentaje de adolescentes no ha participado en ningún acto de violencia extra personal en los últimos 12 meses, presentándose un bajo porcentaje que han practicado violencia autoinfligida y que han portado algún arma.
- No existe relación del grado de funcionalidad familiar con el consumo de alcohol y de drogas, mientras que si existe con el consumo de cigarrillo, con tener o no relaciones sexuales, con la violencia tanto extrapersonal como autoinfligida y con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.
- La socialización se realizó a las autoridades de la institución educativa, mediante la entrega del informe de tesis final con su respectiva explicación.

9. Recomendaciones

A la Institución educativa:

- Realizar eventos deportivos, culturales o de ocio con el fin de promover la vinculación entre padres de familia y adolescentes, mejorando la relación entre los mismos y a su vez ofrecer conferencias a los mismos sobre conductas de riesgo y sus consecuencias.
- Implementar métodos de control sobre el expendio de sustancias psicotrópicas dentro de la institución, así como realizar inspección y requisa de armas.
- Tramitar con las autoridades que correspondan, para el contrato de un profesional de la salud permanente en la institución, quien realice entrevistas periódicas a los estudiantes con el objetivo de identificar y tratar los problemas encontrados.

A los padres de familia:

- Participar activamente en la vida del adolescente, propiciando conductas saludables a través del ejemplo, la comunicación y el establecimiento de límites en la familia.

A los adolescentes:

- Realizar concienciación sobre las repercusiones de las conductas de riesgo en su vida actual y futura.

10. Bibliografía

- Alonso-Castillo, M., Yañez-Lozano, A., & Armendáriz-García, N. (01 de 2017). Family functionality and alcohol use among high school teenagers. *Health and Addictions*, 17(1), 87-88.
- Altamirano, J., Abad, A., & Arias, J. (2013). *Prevalencia de la disfuncionalidad familiar y factores asociados en pacientes del CEDIUC*, Cuenca 2013. *Repositorio ucuenca*, 85-87.
- Álvarez Sintés, R. (2008). *Medicina General Integral. Salud y medicina* (2da Edición ed., Vol. Volumen 1). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Araiza, V., Silva, A., Coffin, N., & Jiménez, L. (2009). Hábitos de estudio, ambiente familiar y su relación con el consumo de drogas en estudiantes. *Psicología y Salud*, Vol. 19(Núm. 2), 237 - 245.
- Asamblea General de las Naciones Unidas, O. (1984). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado el 29 de junio de 2016, de Naciones Unidas: <http://www.un.org/es/documents/udhr/#tabs-16>
- Asociación Americana de Psicología . (2017). *Orientación sexual e identidad de género*. Washington DC.
- Berzosa, J., Santamaría, L., & Regodón, C. (2011). *La familia: un concepto siempre moderno*. Madrid: Centro Regional de Formación e Investigación en Servicios Sociales “Beatriz Galindo”.
- Bojórquez Molina, J., López Aranda, L., Hernández Flores, M., & Jiménez López, E. (2013). *Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab*. 2(1), 62-77. Cancún, México: 11th Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology (LACCED).
- Cabrera, M. (Enero de 2017). *La funcionalidad familiar y su relación con el consumo de tabaco en los adolescentes de bachillerato de la zona 7 del Ecuador 2016*. Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja.
- Carrillo, R. (2012). *Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de 2012. Las políticas sociales y públicas hacia las familias*. . Montevideo. doi:978-959-212-811-8
- Castillo Maza, J. F. (2016). *Trastornos de la conducta ali,alimentaria y su relación con la disfuncionalidad familiar en adolescentes del colegio 27 de Febrero en el periodo enero - junio 2016*. pág. 53 Loja, Ecuador.
- Centro de Prensa de la OMS. (2016). *Violencia juvenil*. Ginebra: OMS.
- Cid Monckton, P., & Pedrão, L. J. (2011). *Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes*. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, Vol. 19(Nº 7), 38 - 45.
- Cid Rodríguez, M., Montes de Oca, R., & Hernandez Díaz, O. (2014). *La familia en el cuidado de la salud*. *Revista Médica*, 36(4), 462 - 472.
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, (Plan Internacional, I. O., & UNICEF. (2014). *La niñez y adolescencia en el Ecuador contemporáneo: avances y brechas en el ejercicio de derechos*. Quito.

- España Gobierno de España, .. (2015). *Plan Integral de Apoyo a la Familia 2015 - 2017*. España.
- Esparza Mauricio, e. a. (2 de marzo de 2011). *Family characteristics and eating disorders in a sample of female adolescent inpatients in a psychiatric hospital*. Scielo, XXXIV(3), 203-204.
- Espín Falcón, J., Valladares González, A., Abad Araujo, J., Presno Labrador, C., & Gener, N. (2008). *La violencia, un problema de salud*. Revista cubana de Medicina general Integral, 2-3.
- Familia Nova Schola . (2016). *Trastornos de la conducta alimentaria* . Fundacion Nova Sageta , 1.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2003). *Nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales*. . Montevideo. doi:92-806-3793-6
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.. (febrero de 2011). *Estado mundial de la Infancia 2011*. Nueva York.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2015). *Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América latina y el Caribe*. Panamá.
- García Vega, E. (2012). *Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Giler Marcela, V. D. (2016). *Rol familiar y el consumo de alcohol y/o drogas en adolescentes de la unidad educativa Simón Bolívar de Portoviejo, periodo septiembre a diciembre del 2016*. 53-57. Quito. Obtenido de repositorio puce.
- Gómez Bustamante, E., Castillo Ávila, I., & Cogollo, Z. (2013). *Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 42(1), 72-80.
- Gómez Cobos, E. (2008). *Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección*. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Vol 10(Nº2), pp. 105-122.
- Gonzales Flores, E., Díaz Muñoz, V., & Cueva Loyola, F. (2017). *Violencia escolar y funcionalidad familiar en adolescentes de la institución educativa Santa Edelmira. Trujillo, 2015*. Pueblo Cont., 28(1), 87-95.
- González, J. C., & de la Hoz, F. (2011). *Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá*. Revista Salud pública., 13(1), 67-78.
- Gonzalez, M. J. (2017). *Violencia en la Adolescencia: Causas, Consecuencias y Prevención*. Obtenido de LIFEDER: <https://www.lifeder.com/violencia-en-la-adolescencia/>
- Guamàn Paladines, M., & Quinde Guamàn, M. (2010). *Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Hernández, L., Cargill, N., & Gutiérrez, G. (2012). *Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011*. Salud en Tabasco, Vol. 18(Nº. 1), 14-23.

- Huitrón Bravo, G., Denova Gutiérrez, E., Halley Castillo, E., Santander Rigollet, S., Bórquez Puga, M., Zapata Pérez, L., Zubarew, T. (2011). *Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo*. Papeles de población, Vol. 17 (N° 70), 33-47.
- Iglesias Diz, J. (2013). *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Pediatría Integral, XVII(2), 88-93.
- Iñiguez Ordoñez, C. (2017). *Funcionalidad familiar y su relación con las conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de bachillerato. Zona 7, Ecuador*. Loja, Ecuador : Universidad Nacional de Loja.
- Landázuri Cerón, R., & Pupiales Páez, L. (2011). *Factores de riesgo y protectores en el consumo de tabaco y alcohol en los adolescentes de cuartos a sextos años de bachillerato del Colegio Fiscal Mixto Víctor Manuel Peñaherrera de la ciudad de Ibarra periodo septiembre 2010 - julio del 2011*. Ibarra, Ecuador : Universidad Tecnica del Norte .
- Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vázquez-Rodríguez, A., Aguirre-García, M., Castillo-Trejo, M., & Vega Mendoza, S. (2014). *Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes*. Revista Medica del Instituto Mexicano de Seguridad Social., 52(1), 38-43.
- León Aguilar, P. (2010). *Influencia de las familias disfuncionales en el desarrollo de conductas problemáticas en niños de 4 a 10 años del centro de apoyo integrado educativo y familiar "Kusly"*. Quito, Ecuador: Universidad de las Américas .
- López de Victoria, I. (27 de Mayo de 2012). *El uso y abuso de sustancias psicotrópicas y farmacológicas en la sociedad actual: causas y efectos*. Obtenido de Revista Reporte Medico : <http://revistareportemedico.com/home/?p=682>
- Martínez González, Leticia. (2014). *Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados*. Nutric. Hosp. 30 (4), 927-934
- Ministerio de Salud Publica de Ecuador, & Republica de Ecuador, (2009). *Protocolos de Atención Integral al Adolescente*. Quito.
- Molina Prado, R. (2013). *Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia*. Pediatría Integral, XVII(03), 205 - 216.
- Moreno Méndez, J., Echavarría Llano, K., Pardo, A., & Quiñones, Y. (2014). *Funcionalidad familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá*. Psychologia. Avances de la disciplina, 8(2), 37- 46.
- Morillas, J. M. (2013). *Qué es la violencia*. Manual de paz y Conflictos, 228-229.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *El cuerpo del Fumador*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud & y Organización Panamericana de la Salud (2016). *Informe sobre el control del tabaco en la Región de la Américas* . Washington DC.
- Orbegoso Delgado, B. I. (2014). *Conductas de riesgo convencionales*. Seguridad Ciudadana, pág. 9-13
- Organización Mundial de la Salud,. (2012). *Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias*. Ginebra, Suiza.

- Organización Mundial de la Salud,. (2016). *Salud del adolscente: Desarrollo en la adolescencia*. Ginebra, Siuza. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud,. (2016). *Violencia juvenil*. Ginebra, Suiza. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs356/es/>
- Organización Mundial de la Salud,. (2017). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Ginebra, Siuza.
- Organización Mundial de la Salud,. (Mayo de 2017). *Tabaco*. Ginebra, Suiza. Obtenido de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- Organización Mundial de la Salud, & Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Gobierno de España.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS),. (2013). *Familias Latinas y jóvenes: Un Compendio de Herramientas de Evaluación*. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud,. (2003). *La Familia y la Salud*. Washigton D.C.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Washington, DC.
- Ortiz Laguado, C., & García Jaramillo, M. (2013). *Aspectos claves Familia* (Primera ed.). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Pacheco, A., Paladines, B., Pineda, N., Ruisoto, P., Toprres, C., & Vaca, S. (Noviembre de 2014). *Variables psicosociales y consumo de alcohol en adolescentes de Loja y Zamora*. Loja, Ecuador: Departamento de Psicología. Universidad Técnica Particular de Loja.
- Panamerican Health Organization (PHAO). (2012). *Adolescents & Non-Communicable Diseases at a GLANCE*. Washington, DC.
- Pasqualini, D., & Llorens, A. (2010). *Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral*. Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud .
- Pérez Milena, A., Martínez Fernández, M. L., Mesa Gallardo, I., Pérez Milena, R., Leal Helmling, F. J., & Jiménez Pulido, I. (2009). *Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997–2007)*. Atención Primaria, Vol. 41(Nº 9), 479–485.
- Pérez Milena, A., Pérez Milena, R., Martínez Fernández, M. L., Leal Helmling, F. J., Mesa Gallardo, I., & Jiménez Pulido, I. (2007). *Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico*. Atención Primaria, Vol. 39(Nº 2), 61 - 65.
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria* . Madrid: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- Presidencia de la República del Ecuador,. (2015). *Proyecto "Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia"*. Quito.

- Rafael Chávez, M. H. (2016). *Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 7-9.
- Rosabal García, E., Romero Muñoz, N., Gaquín Ramírez, K., & Hernández Mérida, R. (2015). *Conductas de riesgo en los adolescentes*. Revista Cubana de Medicina Militar, 44(2).
- Salvador Cervera Enguix, S. (2004). *La familia funcional*. Obtenido de Vivir en familia.net:
http://www.vivirenfamilia.net/html/contenido.php?id_cont=69&id_tipo=1
- Sarabia López, F. D. (2017). *Funcionalidad familiar y su relación con la hostilidad en adolescentes*. Ambato, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato .
- Scott, M. E., Bradford, W., Ryberg, R., & DeRose, L. (2015). *World family map 2015. Mapping family change and child well-being outcomes*. Child Trends , New York.
- Torrent Font, C. (Junio de 2012). *Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar*. 2(2), 10-11. Barcelona, España: Sociedad Iberoamericana de Información Científica.
- Torres Mercedes, D. (2017). *Disfunción familiar como factor asociado a consumo de alcohol en estudiantes de una universidad*. Obtenido de Universidad Privada Antenor Orrego.
- Trigozo Parra, M., Alván Lozano, C., & Santillán Bicerra, K. (2016).. *Factores familiares asociados al consumo de drogas psicoactivas, en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Simón Bolívar, Iquitos 2016*: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
- Trujillo-Guerrero, T., Vázquez-Cruz, E., & Córdova-Soriano, J. (2016). *Perception of Family Functionality and Alcohol Use in Adolescents*. Science Direct, 1-2. doi:org/10.1016/j.af.2016.07.003
- Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., & Leal, C. (Junio de 2011). *Prevalencia de Riesgo de Trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del Norte de Chile*. Revista Chilena de Nutrición, 38(2), 128 - 135.
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez, M., & Mancilla-Díaz, J. (2015). *Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5*. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 6, 108 - 120.
- Vivo, S., Sarič, D., Muñoz, R., McCoy, S., López, P., & y Bautista, S. (2013). *Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes*. Corea, Finlandia: Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud.
- World Health Organization, W. (2014). *Global status report on alcohol and health*. Ginebra, Suiza.
- Zapata, R. M. (2016). *Salud sexual y reproductiva* (pág. 45). Almería: Universidad de Almería.

11. Anexos

Anexo 1.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA

Señor, señorita estudiante, la presente investigación tiene como objetivo principal determinar la relación entre la funcionalidad familiar y conductas de riesgo en los estudiantes del colegio Ciudad de Portovelo. La información será utilizada específicamente con fines investigativos y será de carácter confidencial.

Edad: Sexo: Femenino () Masculino ()

1. En tu casa ¿vives con?
 - a. Papá y mamá ()
 - b. Con mamá ()
 - c. Con papá ()
 - d. Papá, mamá y abuelos/as, tíos u otros familiares ()
 - e. Abuelo, tíos u otros familiares ()
 - f. Papá y su pareja ()
 - g. Mamá y su pareja ()
 - h. Otras personas ()
 - i. Solo ()
2. ¿Alguna vez has tomado una copa (no tan sólo unos sorbitos) de alcohol?
 - a. Si ()
 - b. No ()
3. ¿Qué edad tenías cuando tomaste una copa de alcohol por primera vez?
 - a. 9 años o menos ()
 - b. 10 – 11 años ()
 - c. 12 – 13 años ()
 - d. 14 – 15 años ()
 - e. 16 – 17 años ()
 - f. 18 – 19 años ()
4. ¿Te has embriagado/ emborrachado alguna vez?
 - a. Si ()
 - b. No ()
5. ¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?
 - a. Diariamente ()
 - b. 2 veces por semana ()
 - c. 1 vez por semana ()

- d. 1 vez al mes ()
 - e. 1 vez cada 6 meses ()
 - f. Otros.....
6. ¿Alguna vez has fumado un cigarrillo de tabaco, aunque no lo hayas terminado, y solamente le hayas dado una o dos fumadas? a. Si () b. No ()
7. ¿Cuántos años tenías la primera vez que fumaste un cigarrillo?
- a. 9 años o menos ()
 - b. 10 – 11 años ()
 - c. 12 – 13 años ()
 - d. 14 – 15 años ()
 - e. 16 – 17 años ()
 - f. 18 – 19 años ()
8. ¿Con qué frecuencia fumas?
- a. Varias veces por semana ()
 - b. 1 vez por semana ()
 - c. 1 vez por mes ()
 - d. 1 cigarrillo diario ()
 - e. 2 a 5 cigarrillos diarios ()
 - f. Otros
9. ¿Has consumido algún tipo de droga alguna vez? a. Si () b. No ()
10. ¿Qué tipo de droga consumiste?
- a. Marihuana o Hachís ()
 - b. Éxtasis ()
 - c. Cocaína ()
 - d. Heroína ()
 - e. Otros.....
11. ¿A qué edad consumiste droga por primera vez ?
- a. 9 años o menos ()
 - b. 10 – 11 años ()
 - c. 12 – 13 años ()
 - d. 14 – 15 años ()
 - e. 16 – 17 años ()
 - f. 18 – 19 años ()

12. ¿Con que frecuencia consume drogas?
- a. No consumo drogas
 - b. 1 vez por semana ()
 - c. varias veces por mes
 - d. 1 vez cada 6 meses ()
 - e. varias veces por semana ()
 - f. 1 vez por mes ()
 - g. Otros
13. ¿Cuántas veces has participado en un episodio de maltrato/agresión física o verbal en tu colegio en los últimos 12 meses?
- a. No he participado
 - b. Una vez por semana
 - c. Varias veces al mes. ()
 - d. Varias veces a la semana ()
 - e. Una vez al mes ()
 - f. Otros:.....
14. ¿Alguna vez has intentado hacerte daño físico (cortes, quemaduras, rasguños) a ti mismo? a. Si () b. No ()
15. ¿Alguna vez has portado un arma, como una pistola, navaja o garrote?
- a. Sí () a. No ()
16. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez?: a. Si () b. No ()
17. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
- a. 11 años o menos ()
 - b. 12 – 13 años ()
 - c. 14 – 15 años ()
 - d. 16 – 17 años ()
 - e. 18 – 19 años ()
18. 20. ¿Con que frecuencia usted o su pareja usan preservativo (condón) en la relación sexual?
- a. Siempre () b. A veces () c. Rara vez () d. Nunca ()

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

Responsable: Gianela Apolo

Anexo 2**VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ENCUESTA SCOFF**

1. ¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?

SÍ () NO ()

2. ¿Está preocupado porque siente que tiene que controlar cuánto come?

SÍ () NO ()

3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un período de tres meses?

SÍ () NO ()

4. ¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado/a delgado/a?

SÍ () NO ()

5. ¿Diría que la comida domina su vida?

SÍ () NO ()

Anexo 3

APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

CRITERIOS DE UBICACIÓN	0 CASI NUN CA	1 A VECES	2 CASI SIEMP RE
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia, cuando algo le perturba?			
2. ¿Está satisfecho con la forma en que su familia discute áreas de interés común y comparten problemas resolviéndolos juntos?			
3. ¿Encuentra que su familia acepta sus deseos de hacer nuevas actividades o cambios en su estilo de vida?			
4. ¿Está de acuerdo con la forma en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos de angustia, amor, pena...?			
5. ¿Está satisfecho con la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

Anexo 4



Loja, 10 de junio del 2016

Dr. Fabricio Largo

RECTOR DEL COLEGIO CIUDAD DE PORTOVELO

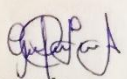
Ciudad.

De mi consideración

Yo, **Gianela Lucía Apolo Aguilar** portadora de CI **0706161007**; estudiante del X ciclo, paralelo A2, a través de la presente expreso un atento y cordial saludo, deseándole éxito en las labores a usted confiadas, y a la vez que me permito solicitar de la manera más comedida se me autorice desarrollar el estudio investigativo de mi Tema de Tesis denominado **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO CIUDAD DE PORTOVELO”**, cuyos resultados serán entregados al colegio en lo que a bien convenga a sus intereses, para el desarrollo del mismo se aplicara una encuesta a los estudiantes.

Por la favorable acogida que le dé a la presente desde ya le anticipo mis sinceros agradecimientos.

ATENTAMENTE


GIANELA LUCÍA APOLO AGUILAR

CI: 0706161007

RECIBIDO 13 JUN 2016

Anexo 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Considerando que los cambios que se están produciendo en la sociedad tienen efectos sobre la familia, uno de los elementos más relevantes en la vida del ser humano, donde se transmiten valores, creencias, normas, derechos, obligaciones y roles; constituye una influencia en el comportamiento y en el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de una persona, especialmente en los adolescentes; etapa donde se establecen conductas protectoras o de riesgo que pueden tener efectos positivos o negativos en su salud y bienestar, tales como el consumo o no consumo de alcohol, tabaco y drogas, conductas violentas o la adopción de riesgos o medidas de protección en las prácticas sexuales, etc. Razones por las cuales la presente investigación tiene como objetivo determinar *la relación entre la funcionalidad familiar y las conductas de riesgo en los estudiantes del Colegio Ciudad de Portovelo.*

Por lo expuesto, informo a ustedes padres de familia que la investigación en el Colegio Ciudad de Portovelo, será realizada por la Señorita Gianela Lucía Apolo Aguilar, estudiante de la Universidad Nacional de Loja de la carrera de Medicina Humana. Este estudio es dirigido y coordinado por docentes del área de la salud Humana de la Universidad nacional de Loja.

La recolección de los datos se realizará a través de la aplicación de encuestas, los datos obtenidos serán utilizados específicamente con fines investigativos y serán de carácter confidencial.

Después de haber sido informado sobre la investigación que se realizará y los beneficios de la misma, comprendo y estoy satisfecho con la información recibida. Por tanto, yo con CI padre de familia del alumno/a autorizo que mi hijo/a participe en el protocolo de la investigación.

Firma del representante

Gianela Lucía Apolo Aguilar (Responsable)
Teléfono: 0939120855. Email: nelit_7@yahoo.es

Anexo 6



Colegio Ciudad de Portovelo



Permiso para aplicación de encuestas



Aplicación de encuestas





Socialización de los resultados finales

Anexo 7

Lic. Andrés Loja Vega
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO CIUDAD DE PORTOVELO" autoría de la Srta. Gianela Lucía Apolo Aguilar, egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 10 de Octubre de 2017

Lic. Andrés Loja Vega
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

