

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

PLAN DE DISERTACIÓN

**ALTERACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN
CON LA PRESENCIA DE CONDUCTAS DE RIESGO Y LA DISMINUCIÓN EN
LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN
ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 18 AÑOS DE EDAD, EN UN COLEGIO DE LA
CIUDAD DE QUITO, EN EL PERÍODO LECTIVO 2015-2016, PICHINCHA –
ECUADOR**

Mayra Fernanda Beltrán Ortiz

Katherine Melisa Játiva Vega

Quito, 2016

Agradecimientos:

La presente investigación se la dedicamos a nuestro tutor Dr. Paúl Herrera, por su apoyo incondicional y por el tiempo que siempre nos brindó al realizar el presente trabajo.

A nuestras familias porque siempre han estado en todo momento con nosotras y por ser el pilar fundamental para poder salir adelante, no solo con la realización de esta investigación sino también en toda nuestra carrera Universitaria.

A los directores y personal del colegio: Unidad Educativa Geovanny Farina por brindarnos su apoyo para realización de nuestro proyecto.

Y de manera muy especial le agradecemos a nuestro amigo y colega Md. David Rodríguez por no solo apoyarnos sino también por guiarnos al estructurar la investigación y por estar junto a nosotras en todo momento.

Contenido

LISTA DE TÉRMINOS.....	5
LISTA DE TABLAS.....	6
LISTA DE GRÁFICOS	8
GRÁFICO NO. 1: RELACIONES SEXUALES PREMATURAS EN ADOLESCENTES ENCUESTADOS	8
53.....	8
RESUMEN:.....	9
ABSTRACT:.....	10
1. CAPÍTULO I.....	12
1.1 INTRODUCCIÓN:.....	12
2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	17
2.1. ADOLESCENCIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.	17
2.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.....	18
2.3. PROBLEMÁTICA SOCIAL DEL ADOLESCENTE.....	19
2.4. ADOLESCENCIA, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA PRESENCIA DE CONDUCTAS DE RIESGO	19
2.5. DISFUNCIÓN FAMILIAR, PRESENCIA DE CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES Y SU IMPACTO EN LA CVRS.	25
2.6. FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS Y SU IMPACTO EN LA CVRS EN EL ADOLESCENTE.....	26
2.7. PRESENCIA DE DISCAPACIDAD Y/O MORBILIDAD EN ADOLESCENTES Y SU IMPACTO EN LA CVRS	28
2.8. SITUACIÓN DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES EN LATINOAMÉRICA Y ECUADOR	29
3. CAPÍTULO III.....	31
3.1. MATERIALES Y MÉTODOS.....	31
3.1.1. <i>Problema de investigación:</i>	31
3.1.2. <i>Objetivos:</i>	31
3.2. JUSTIFICACIÓN:	32
3.3. HIPÓTESIS:.....	33
3.4. METODOLOGÍA:.....	34
3.4.1. <i>Operacionalización de variables del estudio</i>	34
3.4.2. <i>Análisis de las variables:</i>	40
3.4.3. MUESTREO.....	41
3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN	42
3.6. SELECCIÓN DE PACIENTES:	42
3.6.1. <i>Criterio de inclusión:</i>	42
3.6.2. <i>Criterios de exclusión:</i>	42
3.7. <i>Instrumentos de apoyo</i>	43
3.7.1. <i>WHOQOL- Bref.</i>	43
3.7.2. <i>Cuestionario de funcionamiento familiar (FF SIL):</i>	44
3.8. PLAN DE ANÁLISIS.....	45
3.9. ASPECTOS BIOÉTICOS:	48
4. CAPÍTULO IV.....	50
4.1. RESULTADOS	50
4.1.1. <i>Análisis datos univariado.</i>	50
4.1.2. <i>Análisis Multivariado.</i>	54

<i>Relación entre el Sexo y la CVRS</i>	61
<i>Asociación de edad y la CVRS</i>	62
<i>4.1.3. Asociación entre Disfunción familiar y la disminución en la CVRS en adolescentes sin conductas de riesgo</i>	68
<i>4.1.4. Impacto de las Conductas de riesgo en la calidad de vida relacionada con la salud en los adolescentes con Familia Funcional</i>	69
5. CAPÍTULO V	71
5.1. DISCUSIÓN:.....	71
6. CAPITULO VI	78
6.1. CONCLUSIONES – RECOMENDACIONES – LIMITACIONES.....	78
6.1.1. Conclusiones:.....	78
6.1.2. Recomendaciones:.....	80
6.1.3. Limitaciones del estudio.....	81
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:	82
ANEXOS:	86

Lista de Términos.

CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
CV	Calidad de Vida
OMS	Organización Mundial de la Salud
WHOQOL- BREF	The World Health Organization Quality of Life
FF	Funcionalidad Familiar
ENSANUT-ECU	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Ecuador
MSP	Ministerio de Salud Pública
FF SIL	Cuestionario de Funcionamiento Familiar
CVRSDF	Dominio Físico
CVRSDP	Dominio Psicosocial
CVRSDRS	Dominio Relaciones Sociales
CVRSDMA	Dominio Medio Ambiente
CVRS AV	Auto percepción de Calidad de Vida
CVRS AS	Auto percepción de salud
K. W	Kruskal Wallis
U. de M. W.	U de Mann-Whitney
RR	Riesgo relativo
DE	Desviación estándar
N	Número de muestra
X	Media o promedio

Lista de Tablas

Tabla No. 1: Caracterización socio demográfica sexo y edad de los adolescentes encuestadas.	50
Tabla No. 2: Función familiar en adolescentes encuestados.	51
Tabla No. 3: Consumo de Drogas licitas e ilícitas en los adolescentes encuestados.	52
Tabla No. 4: Scores de la CVRS en adolescentes encuestados.	54
Tabla No. 5: Asociación y Riesgo entre disfunción Familiar y consumo de alcohol y/o tabaco.	55
Tabla No. 6: Asociación y Riesgo entre disfunción Familiar y consumo de marihuana.	56
Tabla No. 7: Asociación y Riesgo entre disfunción Familiar y consumo de cocaína.	57
Tabla No. 8: Asociación y Riesgo entre disfunción Familiar y consumo de otras drogas (LSD/ Éxtasis/ Heroína).	57
Tabla No. 9: Asociación y Riesgo entre disfunción Familiar y relaciones sexuales prematuras.	58
Tabla No. 10: Asociación entre la edad y presencia de conductas de riesgo.	59
Tabla No. 11: Asociación entre sexo y presencia de conductas de riesgo (Consumo de drogas licitas, ilícitas y actividad sexual prematura).	60
Tabla No. 12: Asociación entre la Función Familiar y la CVRS.	61

Tabla No. 13: Asociación entre el sexo y la CVRS (Dominios Fisco, Psicológico, Relaciones Sociales, Medio ambiente y la auto-percepción de calidad de vida y salud).	62
Tabla No. 14: Relación entre la edad y la CVRS (Dominios Fisco, Psicológico, Relaciones Sociales, Medio ambiente y CVRS).	63
Tabla No. 15: Asociación entre el consumo de alcohol/tabaco y la CVRS.	64
Tabla No. 16: Asociación entre el consumo de marihuana y la CVRS.	65
Tabla No. 17: Asociación entre el consumo de cocaína y la CVRS.	66
Tabla No. 18: Asociación entre el consumo de otras drogas (LSD/éxtasis/heroína) y la CVRS.	67
Tabla No. 19: Asociación entre relaciones sexuales prematuras y la CVRS.	68
Tabla No. 20: Asociación entre Disfunción familiar y la disminución en la CVRS en adolescentes sin conductas de riesgo.	69
Tabla No. 21: Asociación entre la presencia de conductas de Riesgo y CVRS en adolescentes con Familia Funcional.	70

Lista de Gráficos

Gráfico No. 1: Relaciones sexuales prematuras en adolescentes encuestados 53

Resumen:

Introducción: En la actualidad la disfunción familiar es uno de los problemas de salud pública con mayor impacto sobre los individuos, con una prevalencia de 37% a nivel nacional, siendo de vital importancia asociarla al grupo etario que define a los adolescentes, pues, al ser la adolescencia una etapa de madurez física, emocional, y cognitiva hacen de esta una población vulnerable, en quienes se evidencia, en los distintos estudios a nivel internacional, cambios en el desarrollo que pueden influir en la aparición de distintas conductas de riesgo con repercusiones físicas y psicosociales que deterioran la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). **Objetivo:** El presente estudio pretende demostrar si existe asociación entre la disfunción familiar y la presencia de conductas de riesgo, y si éstas presentan un nivel de impacto en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adolescentes entre 13 y 18 años de edad. **Metodología:** Se trata de un estudio corte transversal con una muestra de 300 adolescentes, obtenida a través de un muestreo multietápico estratificado, calculada de un universo de 800 adolescentes, a partir de una prevalencia hipotética del 37 % de disfunción familiar. 22 participantes fueron excluidos bajo los criterios previamente establecidos: 10 por presentar discapacidad y/o co-morbilidad previamente diagnosticada y 12 por ausencia de uno o más servicios básicos, quedando una muestra final de 278 adolescentes a quienes se aplicó diferentes encuestas: WHOQOL Bref, FF-SIL, presencia de co-morbilidades y factores socio demográficos. **Resultados:** Se determinó una asociación significativa entre la disfunción familiar y el consumo de drogas lícitas, 58,7 % de adolescentes con disfunción familiar consumieron alcohol y/o tabaco en el último año, con riesgo 4.5 veces mayor que aquellos con funcionalidad familiar normal. De igual manera se observó una asociación significativa con respecto al consumo de drogas ilícitas, en relación al consumo de marihuana existe un riesgo 5.17, en el consumo de cocaína 5.6 veces más riesgo y en el consumo de otras drogas 2.17 veces más riesgo en los adolescentes con familia disfuncional en comparación con aquellos que presentan una familia funcional normal. Al hablar de las relaciones sexuales prematuras se encontró una asociación significativa entre los adolescentes que presentan disfunción familiar con mayor presencia de actividad sexual prematura ($p = 0.031$). Además, se evidencia una asociación significativa entre los adolescentes de mayor edad y el incremento en el consumo de drogas lícitas, ilícitas y actividad sexual prematura. Finalmente, en relación al impacto sobre la CVRS, se observó que la disfunción familiar incrementa el riesgo de la presencia de conductas de riesgo, y que éstas dos afectan de manera independiente a la CVRS de los adolescentes en distintos dominios, llevándonos a la conclusión de que la presencia de las dos sobre un mismo individuo provoca una disminución estadísticamente significativa de la CVRS en todos los dominios, siendo los dominios psicológico y social los más afectados y el dominio físico el menos afectado ($p=0.000$). **Conclusiones:** Los resultados del presente trabajo de investigación indican que la disfunción familiar se asocia con la presencia de conductas de riesgos, determinando dos veces más riesgo de consumo de drogas lícitas e ilícitas en los adolescentes con familia disfuncional en comparación con aquellos que presentan una familia funcional normal. Además, se puede concluir que existe una asociación significativa entre el incremento de la edad en los adolescentes y la mayor presencia de conductas de riesgo (consumo de drogas lícitas, ilícitas y actividad sexual prematura), al igual que se observó una asociación significativa entre los adolescentes con mayor edad y una menor puntuación significativa en los dominios de la CVRS: relaciones sociales y medio ambiente en comparación con aquellos de menor edad. En cuanto a la disfunción familiar con independencia de la presencia de conductas de riesgo, se identificó que se asocia significativamente con una menor puntuación media de la CVRS en los dominios: físico y psicológico así como en la auto percepción de calidad de vida y salud. La presencia de conductas de riesgo en los adolescentes, con independencia de disfunción familiar, se asocia significativamente con la disminución de la puntuación media de todos los dominios de la CVRS, con excepción del dominio físico. Finalmente, se concluye que la disfunción familiar

y la presencia de conductas de riesgo afectan de manera independiente a la CVRS de los adolescentes, siendo los dominios Psicológico y relaciones sociales los más afectados.
Palabras clave: CVRS, Conductas de riesgo, funcionalidad familiar, edad, co-morbilidad.

Abstract:

Introduction: Currently, family dysfunction is one of the public health problems with greater impact on individuals with a prevalence of 37% at national level, being of vital importance to relate it to the age group that defines adolescents. Since adolescence is a time of physical, emotional, and cognitive maturity, it makes it a vulnerable population, in which it can be evidenced through various international studies, changes in development that can influence the manifestation of different risk behaviors with physical and psychosocial effects that impair the quality of life related to health (HRQOL). **Objective:** This study aims to demonstrate the association between family dysfunction and the presence of risk behaviors, and whether they show a level of impact on quality of life related to health (HRQOL) in adolescents between 13 and 18 years old. **Methodology:** This is a cross-sectional study with a sample of 300 adolescents, obtained through a multistage stratified sampling, calculated from a universe of 800 adolescents from a hypothetical prevalence of 37% of family dysfunction. 22 participants were excluded under the previously established criteria: 10 for presenting disability and / or co-morbidities previously diagnosed and 12 due to the absence of one or more basic services, leaving a final sample of 278 adolescents to whom different surveys were applied: WHOQOL Bref, FF-SIL, presence of co-morbidities and socio-demographic factors. **Results:** A significant association between family dysfunction and consumption of licit drugs was determined, 58.7% of adolescents with family dysfunction consumed alcohol and / or tobacco in the last year, which means a 4.5 times higher risk than those with normal family functioning. Similarly, a significant association regarding consumption of illicit drugs was observed, regarding marijuana there is a risk of 5.17, regarding cocaine use there is a 5.6 times higher risk and regarding the consumption of other drugs a 2.17 times higher risk among adolescents with a dysfunctional family compared to those with a normal functional family. When talking about premature sex, a significant association between adolescents with family dysfunction and a higher presence of premature sexual activity ($p = 0.031$) was found. In addition, a significant association between older teenagers and the increased consumption of licit, illicit drugs and premature sexual activity is evident. Finally, regarding the impact on HRQOL, it was observed that family dysfunction increases the risk of risky behavior, and that these two independently affect the HRQOL of adolescents in different domains, leading to the conclusion that the presence of these two on the same individual causes a statistically significant decrease of HRQOL in all domains, being the psychological and social domains the most affected ones, and the least affected one, the physical domain ($p = 0.000$). **Conclusions:** The results of this research indicate that family dysfunction is associated with the presence of behavior risks, given twice the risk of consumption of licit and illicit drugs in teens with dysfunctional family compared to those with a normal functional family. In addition, it can be concluded that there is a significant association between increasing age in adolescents and a higher presence of risk behaviors (consumption of licit drugs, illicit drugs and premature sexual activity), as well as a significant association among older adolescents and a less significant score in HRQOL domains: social relationships and environment, compared to younger adolescents. As for family dysfunction, regardless of the presence of risk behaviors, it was identified to be significantly associated with a lower average score of HRQOL in the domains: physical and psychological as well as self-perceived quality of life and health. The presence of risk behaviors in adolescents, regardless of family dysfunction, is significantly associated with decreased average score of all domains of HRQOL, except for

the physical domain. Finally, it is concluded that family dysfunction and the presence of risk behaviors independently affect the HRQL of adolescents, being the psychological and social relations domains the most affected ones.

Keywords: HRQOL, risk behavior, family functioning, age, co-morbidity.

1. CAPÍTULO I.

1.1 Introducción:

La adolescencia es una etapa de la vida en la que se dan cambios tanto físicos como emocionales, además de cambios en la organización y relaciones familiares; en este periodo se marca el final de la infancia y el inicio de la edad adulta. La manera en la que el adolescente y su núcleo familiar vive este periodo de transición depende de la forma en la que cada individuo enfrente estos cambios. (Unicef, 2011)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como un periodo de crecimiento y desarrollo humano entre los 10 y los 19 años, siendo ésta una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, por los grandes cambios en su esfera biopsicosocial; pertenece a un grupo vulnerable, que está expuesto a diferentes conductas de riesgo que pueden desmejorar su calidad de vida.

Villamarín et al. (2011) consideran a la familia, dentro del entorno de los adolescentes, como el lugar primario de desarrollo del individuo donde se permiten o se limitan las expresiones de afecto, comunicación, respeto, consideración por el otro y crecimiento individual que impulsarán o reprimirán el desarrollo individual de sus miembros. (Villamarín Miño, Mónica Gicela, Moreno Yaguana, 2011)

Como se mencionó anteriormente en esta etapa de la vida los adolescentes se encuentran atravesando por algunos cambios; sin embargo, más allá de la maduración física y sexual, este grupo experimenta una transición hacia la independencia social y

económica, el desarrollo de su identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones y asumir nuevas funciones.

En la adolescencia se puede iniciar una amplia gama de conductas de riesgo que afecten la salud biopsicosocial, estas varían según la etapa de la adolescencia que estén cursando (Tabla 1). Muchas veces estas conductas continuarán en la adultez, contribuyendo a la morbilidad y mortalidad adulta precoz.

TABLA 1. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA Y CONDUCTAS DE RIESGO
Inicial: 10 a 13-14 años. Primeros intentos de la necesaria salida desde la familia al exterior. Se inician algunas conductas de riesgo, por ejemplo, consumo de alcohol y tabaco.
Media: 14-15 a 16-17 años. El hecho central es el distanciamiento afectivo de la familia y acercamiento al grupo de pares. Período de mayor posibilidad de involucramiento en conductas de riesgo.
Tardía: 17 -18 a 19 años. Última fase del camino hacia el logro de identidad y autonomía. En general el adolescente ha aprendido de sus experiencias y según cómo éstas hayan sido, y según el equilibrio con factores y conductas protectoras, las conductas de riesgo se intensificarán (o más frecuentemente disminuirán) progresivamente.

Tabla 1. Prevención de conductas de riesgo
Autora: Dra. Francisca Corona H y Dra. Peralta V.

En la última década se ha evidenciado que los adolescentes sufren mayor dificultad para lograr la adaptación al nuevo círculo social determinado por factores intrínsecos y extrínsecos a su etapa de desarrollo, volviéndolos propensos a vivir patrones de

conductas de riesgo, como el consumo de drogas lícitas, ilícitas o prácticas sexuales de riesgo que determinan efectos negativos en su calidad de vida.

En la actualidad existe gran interés por el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la misma que es definida por algunos autores como la auto percepción que un individuo tiene frente al impacto que provoca una enfermedad en un ámbito multidimensional. La CVRS ha adquirido particular relevancia como indicador de salud, dado que permite una evaluación holística de la salud de la población, es decir, informa sobre cómo repercute el estado de salud-enfermedad en el ámbito físico, psicológico, social y ambiental.(Pane et al., 2006)

La CVRS es utilizada actualmente por muchos investigadores como un indicador de evaluación especialmente en enfermedades crónicas, ya que provee de gran información sobre el estado de salud de la persona estudiada, señala cambios en el funcionamiento del paciente, provee de un pronóstico o establece normas de referencia.

La OMS generó una herramienta (WHOQOL 100/BREF) validada para el uso intercultural e internacional en la evaluación de la CVRS en distintas poblaciones. (The WHO Group, 1997; “The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.,” 1995)

Urzúa et al. (2010) en un estudio realizado sobre una muestra de 723 personas, encontraron que el estado de salud medido puede explicar el 56% de la variación en la

satisfacción con la propia salud. Las dimensiones de esta explican el 53% de la variación en felicidad, 68% de variación en la satisfacción con la vida y un 63% en la calidad de vida en general. (Urzúa M, 2010)

En este contexto resulta adecuado realizar un seguimiento a los adolescentes, considerando la disfunción familiar, la presencia de conductas de riesgo y los factores socios demográficos (edad, sexo) y su impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Urzúa et al (2010) explicaron que en los adolescentes la evaluación de la CVRS tiene como objetivo identificar las personas con riesgo en la auto percepción de la salud, de modo que se puedan sugerir intervenciones tempranas evitando conductas de riesgo en su desarrollo. (Urzúa M, 2010)

Bisegger et al. (2005) en su estudio sugieren que, en relación a la edad los jóvenes con menor edad tienden a presentar componentes de CVRS mejores que aquellos de mayor edad. En relación con el sexo demostró que los adolescentes de sexo masculino obtienen mayores puntajes en CVRS en comparación con los de sexo femenino. (Bisegger C, Cloetta B, Von Rueden U, T, Ravens-Sieberer U, & Group., 2005)

De la misma manera Villamarín et al. (2011) en un estudio “Función Familiar y conductas antisociales y delictivas en adolescentes de instituciones públicas educativas”, demostró que el 84% de adolescentes participaron, al menos por una ocasión, en conductas antisociales y el 69.2% de estas familias presentaba algún grado

de disfuncionalidad familiar. (Villamarín Miño, Mónica Gicela, Moreno Yaguana, 2011)

Por esta razón es de gran importancia valorar de una manera integral a los adolescentes y conocer los factores de riesgo o conductas que pueden adoptar a lo largo de su transición por esta etapa que puedan afectar a su CVRS, para lo cual se deben controlar los factores externos como el nivel socioeconómico y el acceso a servicios básicos, y los factores intrínsecos como la presencia de discapacidades o co-morbilidades que pueden afectar a la percepción de CVRS, como lo demuestra Bisegger C et al. (2005) en su estudio, en el que aquellos participantes con un bajo nivel socioeconómico o deficiencia en los servicios básicos presentaron una menor CVRS. (Bisegger C, Cloetta B, Von Rueden U et al., 2005)

2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Adolescencia y funcionalidad familiar.

La familia constituye un eslabón necesario para el periodo en el que se modelan los sentimientos y vivencias, y se incorporan las principales pautas de comportamiento; por tanto, es en el hogar donde se dan las condiciones para que el niño o la niña, mientras crecen, se desarrollen como personas maduras y estables, al satisfacer sus necesidades afectivas, de seguridad y confianza, requeridas para su crecimiento y desarrollo. (Guridi González María Zayda, Pedraza Virginia Franco, 2011)

“La funcionalidad familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren una identidad propia; es la capacidad que tiene cada uno de los miembros de la familia para enfrentar y superar cada una de las etapas y crisis por las que tienen que atravesar”. (Servin, 2013)

La funcionalidad familiar está conformada por tres dimensiones que establecen el comportamiento familiar: la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación que al ser modificadas por factores intrínsecos y extrínsecos al ser humano pueden provocar un desenlace negativo en el desarrollo del adolescente.

La adolescencia es un período de transición y madurez desde la niñez a la pubertad y posteriormente a la adultez, en la que se requiere mecanismos de adaptación física y social para cubrir las nuevas demandas de la sociedad, además posee un componente cultural que hace que varíe en función de la época y región; por esto se considera a la adolescencia como el periodo indicado para la promoción del desarrollo y la

prevención de problemas que si no son abordados oportunamente tendrán repercusiones más severas durante la adultez.(Quiñones, 2010)

2.2. Calidad de vida relacionada con la salud.

El concepto de calidad de vida nace en 1950 producto de la gran crisis económica mundial que trajo consigo la segunda guerra mundial, volviéndose así tema de interés el conocer las condiciones socio-culturales en las que vivían las personas en los países desarrollados.

En 1995, la OMS definió a la calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". (The WHO Group, 1995)

La CVRS tiene un concepto multidimensional que abarca aspectos como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida, redes de apoyo, servicios sociales; en los que cada individuo tiene su propia percepción en los deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en la salud, así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. Cada persona de manera involuntaria puede modificar su CVRS, ya que la misma se ve sujeta a la cultura, creencias e historia de cada individuo.

2.3. Problemática social del adolescente.

Muchas veces cuando se habla de los adolescentes se hace referencia principalmente a los problemas que este grupo presenta en el desarrollo normal, dejando en un segundo plano a los problemas que se pueden generar cuando los adolescentes caen en conductas de riesgo que ponen en peligro su salud al encontrarse en una etapa en la que son vulnerables a la presión social.

Pérez et al. (2012) afirman que las crisis de la adolescencia pueden suscitarse por varias razones como: el inicio de los cambios puberales, la presión social, la madurez y las expectativas poco realistas en la pre-adolescencia; además añaden: “las crisis de identidad en jóvenes y adolescentes como otras crisis evolutivamente necesarias, no siempre son dramáticas”, expresando con ello que en cualquier etapa de la vida se pueden presentar crisis de identidad o etapas estresantes, que son necesarias en el proceso de desarrollo del individuo. (Erikson, 2003)

No obstante, a pesar de estas implicaciones en este grupo etario vulnerable, en nuestro medio no existen suficientes estudios sobre estos aspectos.

2.4. Adolescencia, funcionalidad familiar y la presencia de conductas de riesgo

Simons y Wallace (2004) definen a la familia como el conjunto de formas y prácticas que satisfacen un set común de necesidades de un grupo de dos o más personas que

comparten, ya sea parentesco o lazos afectivos, siendo un grupo natural, cuya tarea central es apoyar el proceso de individualización y proporcionar sentido de pertenencia a sus miembros.(Simons, R. Wallace, 2004)

Tradicionalmente la familia también puede ser definida como una institución social, el principal agente de socialización responsable de la transmisión de normas básicas de convivencia que aseguran la vida pacífica en sociedad.(OMS, 1998)

Horwitz en 1985 publicó un artículo donde planteó que la salud familiar no es la suma de la salud de sus integrantes sino el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos de la familia. La funcionalidad familiar es la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, con la correcta interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa de ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos (modo de vida de la comunidad y de la sociedad). (Hernández L, Cargill N, & Gutiérrez G, 2012).

Las teorías estructuralistas sugieren que los niños que son criados en hogares en ausencia de sus padres tienen una probabilidad significativamente mayor de llegar a involucrarse en actividades delictivas, que los niños que son criados en familias en las que los dos padres están presentes; sin embargo, a partir de un estudio meta analítico, Wright y Wright (1996) concluyeron que los efectos de la estructura familiar sobre conductas de riesgo es consistente pero débil, una vez que se controla por el efecto de otros factores asociados a la funcionalidad familiar. (Grinspun, 2002)

En el estudio realizado por Loeber y Stouthamer (1986) demostraron que la prevalencia de conductas delictivas es equivalente entre adolescentes que crecen en familias mono parentales que en aquellos que crecen en familias biparentales con un funcionamiento altamente conflictivo. (Stouthamer-Loeber, 1986)

Las investigaciones realizadas en la última década indican que si bien la estructura familiar parece tener un efecto sobre ciertas propiedades del funcionamiento familiar, no sería el factor más próximo al desarrollo de conductas de riesgo en niños y adolescentes, a diferencia de la perspectiva funcionalista que declara que la composición del hogar solamente afectaría el desarrollo de niños y adolescentes en la medida en que ésta lleve a que se deteriore el funcionamiento del sistema familiar.

La transición sociocultural con el surgimiento en las sociedades occidentales de la denominada crisis del modelo tradicional de familia que afronta la población de adolescentes, se manifiesta a través de la disminución del número de matrimonios, el aumento de la cantidad de divorcios y el desarrollo de las uniones libres que han provocado un cambio en el perfil epidemiológico en la morbi-mortalidad de esta población, con un aumento en las conductas de riesgo como abuso de sustancias, actividad sexual de riesgo e intentos auto delictivos. (Farrington, 2010)

Dentro del grupo de cambios a los que hoy se enfrenta este grupo poblacional se encuentran las distintas alteraciones en la estructura y funcionalidad familiar, tales como aumento de los hogares mono parentales y del número de mujeres que han ingresado en la fuerza laboral, volviendo más vulnerable un importante núcleo protector de los jóvenes, siendo la disfunción familiar un factor que se asocia a mayor

prevalencia de problemas de salud mental, alteración del rendimiento académico, mayor deserción escolar y aumento en la violencia. (Hernández L et al., 2012)

Estas estructuras familiares vulnerables tienen efectos graves en los primeros años de edad, pero son más evidentes en la adolescencia, ya que es un segmento importante de la vida del individuo donde se forma la personalidad.

Cesar Salvador en 1990 definió que la dinámica familiar es esencial en la causalidad de las adicciones y que esta constituye el primer sistema de educación y fuente de valores para el individuo; la carencia de unidad y la ausencia de relaciones positivas dentro de la familia, como la participación, la confianza, las manifestaciones de afecto y la cercanía entre sus miembros, además de la inexistencia de ciertos valores tradicionales son constantes que incrementan el riesgo del consumo de drogas. (Salvador, 1990)

La evaluación del funcionamiento familiar a través del test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) fue diseñado por Ortega en 1994, con la idea que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de Atención Primaria de Salud.

Las conductas riesgo en adolescentes que se han identificado como factores de riesgo son: las relaciones sexuales de alto riesgo, el consumo intensivo de alcohol y drogas, la conducción de vehículos en estado de ebriedad y la propensión a peleas físicas. (OPS, 2002)

Castillo et al. (2004) determinaron la asociación entre el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo por parte de los hijos, resaltando la necesidad de la prevención y el tratamiento sobretodo en el caso de consumo de sustancias tóxicas al inicio o en las toxicomanías establecidas. (Castillo, Sanz, & Martínez, 2004).

La disfunción familiar es un factor importante que condiciona la aparición de problemas socioculturales y de salud del adolescente, como fármaco dependencia, embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, deserción escolar, depresión, y suicidio. (Mart, Downing, & Catedr, 1995)

Krauskopf et. al. (1992) en una encuesta nacional en Costa Rica, determinaron las principales alteraciones que se asocian a las conductas de riesgo en población adolescente siendo: accidentes automovilísticos, alcoholismo, embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual (ETS), suicidios, homicidios, drogadicción, comportamiento delictivo y promiscuidad crónica.

En el estudio descriptivo-transversal realizado por Hernández y colaboradores en la ciudad de Tabasco (México), en 242 alumnos del nivel medio superior ubicados en el Colegio de Bachilleres del Municipio de Jonuta, se determinó un predominio de familias moderadamente funcionales en el grupo estudiado y las principales conductas de riesgo encontradas fueron consumo de alcohol, el hábito de fumar y el consumo de drogas. (Hernández L et al., 2012)

De la misma manera en el estudio descriptivo transversal de Santander et al. (2006), en 815 adolescentes provenientes de tres establecimientos educacionales de la ciudad de Santiago, determinó que existe una alta prevalencia de conductas de riesgo,

síntomas emocionales y relaciones sexuales prematuras entre los estudiantes que perciben sus familias como disfuncionales ($p < 0.005$). (Santander R et al., 2008)

Otro estudio observacional de corte transversal en 12302 adolescentes (2010), encontró una prevalencia del 63% para disfunción familiar moderada y un 7% de disfunción familiar severa, en este último grupo la asociación fue mayor para comportamientos violentos (OR de 4,1 con IC de 95 % 3,4-4,7), trastornos de conducta alimentaria (OR 2,3 con IC de 95 % de 1,9 - 2,8) y relaciones sexuales tempranas (OR de 2 con IC de 95 % de 1,7-2,4). Por el contrario, la composición de la familia (presencia o no de ambos padres) no mostró relación con comportamientos violentos. (Quiñones, 2010)

Un estudio transversal cuantitativo cuyo objetivo fue verificar los factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes del género femenino, de 1° a 4° año de enseñanza en un establecimiento de Educación Superior Fiscal en Chile, determinaron que dentro de las familias el factor de mayor riesgo fue el modo con el cual enfrentan los problemas como familia y dentro de éste se abarcó el apoyo religioso y la falta de comunicación entre los miembros de la familia. (Muñoz, 2001)

Otro estudio transversal analítico realizado en México, en una muestra representativa y aleatoria de 909 adolescentes, determinó que el inicio temprano de la vida sexual fue más frecuente en los adolescentes con familias en las que la expresión del afecto es disfuncional. La falta de uso de condón se relacionó con deficiente expresión del afecto y comunicación dentro de la familia. Tener más de tres parejas se relacionó con la

expresión disfuncional del afecto y el grado de satisfacción del adolescente con su familia. Los embarazos no planeados y las enfermedades de transmisión sexual fueron más frecuentes en los adolescentes pertenecientes a familias extensas que tenían una expresión disfuncional del afecto ($p > 0.001$). (Lavielle-Sotomayor et al., 2014)

2.5. Disfunción familiar, presencia de conductas de riesgo en los adolescentes y su impacto en la CVRS.

La CVRS de los adolescentes es modificada por distintos factores como el consumo de drogas legales e ilegales, el desempleo en padres y funcionamiento familiar como lo demuestra el estudio transversal realizado por la Dra. Claudia Madrid Silva en 290 adolescentes, en la Universidad de Chile, que determinó la relación entre el consumo de alcohol y una mala CVRS en el 63,2% de aquellos que se embriagaron más de una vez al mes. (Chévez Silva, 2012)

Un estudio realizado en España en 1.025 niños con edades entre 8 y 12 años demostró que los niños y adolescentes que conviven con familias funcionales muestran mejor calidad de vida percibida que aquellos con padres divorciados, con puntuaciones más altas en todas las dimensiones de la prueba. Cuando los niños presencian discusiones entre los padres después del divorcio, su calidad de vida es peor. El 75% de los adolescentes con antecedentes de desempleo de los padres tiene una mala calidad de vida mientras que cuando fueron las madres las desempleadas la cifra disminuye, ya que sólo el 47,6% de los jóvenes en que su madre no tiene trabajo tienen una mala CVRS. (Mireia Orgilés & Samper, 2011)

2.6. Factores socio demográficos y su impacto en la CVRS en el adolescente

Entre los factores socio demográficos que tienen una influencia en la CVRS en los adolescentes se pueden destacar: edad, sexo y presencia de servicio básicos.

Así se demostró en un estudio corte transversal, publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública en el año 2014, este determinó las diferencias en relación con el sexo, la edad, el país de origen y la CVRS, en Argentina, Brasil y Chile, utilizando datos recogidos mediante el cuestionario Kidscreen-52, en una muestra de 1 357 adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 17 años. Los resultados demostraron diferencias significativas en componentes específicos de CVRS entre los tres países. En relación al sexo, los varones consiguieron puntuaciones significativamente más elevadas que las mujeres en los componentes bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía y relación con los padres y vida familiar ($P < 0,001$). (Guedes, Pinto-Astudillo, Morales, Moya del Campo, & Pirs, 2014)

Higuita-Gutiérrez et al, (2014) realizaron un meta análisis de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adolescente según el género, a través de la escala Kidscreen -27, incluyendo 11 investigaciones con 11.619 adolescentes sanos y enfermos y determinaron que los puntajes en las categorías “actividad física y salud” y “estado de ánimo y sentimientos” fueron mayores en los varones; mientras que en las categorías “apoyo social y amigos” y “entorno escolar” fueron mayores

en las mujeres. En la vida familiar y el tiempo libre no hubo diferencias por sexo. (Higuita-Gutiérrez & Cardona-Arias, 2015)

Otro estudio de corte transversal realizado a 845 escolares de instituciones públicas y privadas en Barranquilla, para evaluar las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con algunos determinantes socio demográficos en adolescentes escolarizados, determinó que las mujeres presentaron mejor puntuación en salud general, rol emocional y vitalidad. Los varones presentaron mejor puntuación en función física, rol físico y función social. (Tuesca-Molina, Hermín-Centeno, García-Delgado, & Lobo-López, 2013)

Ossa et al., (2014) demostraron en un estudio descriptivo transversal, en una muestra de 399 adolescentes entre los 10 y los 18 años, de ambos sexos, residentes en la ciudad de Medellín, la existencia de diferencias estadísticamente significativas al comparar por sexo las dimensiones actividad física, salud, vida familiar y tiempo libre, con puntajes mayores para los varones. Con el aumento de la edad se encontró una disminución de los puntajes en las dimensiones vida familiar y tiempo libre, apoyo social y amigos, y ambiente escolar. De la misma manera aquellos adolescentes cuyo nivel de escolaridad del padre alcanzó la educación superior mostraron puntuaciones más altas en las dimensiones estado de ánimo y sentimientos, vida familiar, tiempo libre y apoyo social y amigo. En lo que respecta al nivel educativo de la madre, se observó que aquellos cuyas madres alcanzaron la educación superior puntuaron más alto en la dimensión vida familiar y tiempo libre. (González et al., 2014)

En relación a la presencia de servicios básicos, un estudio realizado en Colombia (2013) cuyo objetivo fue describir la CVRS en los adolescentes integrantes de los hogares desconectados de los servicios públicos domiciliarios de la franja alta de la comuna 3 de Medellín (n=120) concluyó que el dominio de bienestar físico fue superior en varones adolescentes sin morbilidad y en aquellos con exceso de peso; mientras que la más baja fue reportada por adolescentes con riesgo de desnutrición. Aquellos que presentaron conductas de riesgo puntuaron una CVRS más baja en la dimensión de ambiente escolar. La puntuación más baja en el dominio de relación con padres y autocuidado de la CVRS se observó en los que vivían en condiciones de hacinamiento. (Rodríguez-Corredor, 2013)

2.7. Presencia de discapacidad y/o morbilidad en adolescentes y su impacto en la CVRS

Naughton et al. (2008) en un estudio descriptivo publicado en los Anales de Pediatría de la Sociedad Española, en el que determinaron la CVRS en una población de 126 pacientes de 6 a 18 años con Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), controlados en 4 hospitales públicos de Extremadura, demostraron una disminución de la CVRS en función del grupo de edad, que afectó en mayor medida y de forma significativa a los adolescentes ($p=0,004$). En función del sexo, no existieron diferencias significativas. (Naughton et al., 2008)

Otro estudio transversal realizado en Rhode Island en el año 2002 cuyo objetivo fue determinar la asociación entre CVRS y riesgos demográficos y de salud, determinó que aquellos participantes que cursaron con diabetes o asma tenían una menor CVRS que las personas sin estas condiciones. (Jiang y Hesser, 2006).

2.8. Situación de salud de los adolescentes en Latinoamérica y Ecuador

Un estudio descriptivo realizado en el 2014, en 2048 alumnos entre 12 y 18 años de edad en Tulcán – Ecuador, determinó que existe un 37% de disfunción familiar en este grupo poblacional, además se determinó que uno de cada dos estudiantes manifiesta los problemas familiares que presentan en su hogar determinando una conducta de riesgo. (Espinosa-Landazuri, 2015).

Pérez et al. (2013), evidenciaron en su estudio de corte transversal la relación que existe entre crecer en hogares disfuncionales y el bajo rendimiento en los alumnos adolescentes, asociado a presencia de sentimientos de angustia, ansiedad, miedo y agresividad. (Perez-Cargua, 2013)

En el Ecuador los principales problemas sociales asociados a la funcionalidad familiar que afectan a este grupo poblacional son: suicidio, bajo rendimiento, desempleo, delincuencia, consumo de drogas, consumo de alcohol, maternidad precoz, divorcios, violencia intrafamiliar y conformación de pandillas. De acuerdo a las cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) para el censo del 2010 en el Ecuador, el número de divorcios incrementó en un 68% en una década, de 10.796 a 18.231 para el 2010. También se determinó que 6 de cada 10 mujeres viven algún tipo de violencia intrafamiliar que provoca un grado de disfunción familiar. (Freire W.B et al., 2013)

El fenómeno de emigración de la población adulta en el Ecuador es otro de los problemas que determina disfunción familiar entre los adolescentes así lo determinó un estudio realizado en la ciudad de Cotacachi. (Melorose, Perroy, & Careas, 2015)

En Latinoamérica se determinó que las conductas de riesgo más relevantes de esta etapa son las violentas y las asociadas con accidentes. En Chile, la primera causa de mortalidad en jóvenes chilenos (15 a 25 años) son los accidentes vehiculares (13.4%); y la edad de inicio de relaciones sexuales (entre 15 y 29 años) en el 2009 fue de 17.1 años en mujeres y 16.3 años en hombres. En el 2009, 17% de los adolescentes de 15 a 19 años declaró haber tenido un embarazo no deseado y un 35% de estos reconoció haber realizado aborto. (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2006)

Respecto al consumo de sustancias, conducta que se inicia frecuentemente en esta etapa de la vida, la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en Chile es 12,6 años. La prevalencia de consumo de último mes fue de 35% en alumnos de octavo de básico en el año 2009. En relación al consumo de marihuana, desde el 2004 al 2008 éste aumento entre los 12 y 18 años de 6.2% a 9%. (Observatorio Chileno de Drogas, 2013)

El Ecuador es el segundo país con mayor índice de embarazo precoz según el censo del 2010, con una tasa de 17.2 % en adolescentes entre 15 -19 años. (Freire W.B et al., 2013)

3. CAPÍTULO III.

3.1. Materiales y métodos

3.1.1. Problema de investigación:

¿La alteración en la funcionalidad familiar se asocia con la presencia de conductas de riesgo y la disminución en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adolescentes entre 13 y 18 años de edad, en un colegio de la ciudad de Quito, en el período lectivo 2015-2016, Pichincha - Ecuador?

3.1.2. Objetivos

3.1.2.1.General:

Determinar la asociación entre la funcionalidad familiar, la presencia de conductas de riesgo y la alteración en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adolescentes entre 13 y 18 años de edad, en el período lectivo 2015-2016, en la ciudad de Quito, Pichincha – Ecuador.

3.1.2.2.Específicos:

- Determinar el porcentaje de adolescentes que presentan alteración en la funcionalidad familiar en relación con los factores socio demográfico (edad y sexo).
- Definir el porcentaje de adolescentes que presentan conductas de riesgo en relación con los factores socio demográfico (edad y sexo).

- Establecer si existe asociación estadísticamente significativa entre la alteración de la funcionalidad familiar en el adolescente y la presencia de conductas de riesgo en adolescentes (consumo de tabaco, alcohol, drogas, actividad sexual de riesgo)
- Comprobar si existe asociación significativa entre la disfunción familiar y la disminución de los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en los adolescentes.
- Determinar si existe asociación significativa entre la presencia de conductas de riesgo y alteración en la calidad de vida relacionada con la salud en los adolescentes.

3.2. Justificación:

La adolescencia es una etapa de transición en la cual el individuo se está identificando consigo mismo y con la sociedad; esta etapa la atraviesa una gran carga emocional y social, influenciada por diversos factores adherentes a la familia y al entorno que los rodea.

En el Ecuador la disfunción familiar en la adolescencia está aumentando progresivamente los estudios demuestran que alrededor del 37% de adolescentes en el Ecuador poseen algún grado de disfunción familiar, esto determinado principalmente por el ambiente de maltrato y consumo de alcohol por parte de algún familiar directo.(Espinosa-Landazuri, 2015)

La disfuncionalidad familiar es una causa importante para el incremento de las conductas de riesgo en la población adolescente como: el consumo drogas (tabaco, alcohol, drogas ilegales), incremento de actividad sexual de riesgo, embarazo no

deseado, acceso a pandillas, siendo éstas provocadas por la disfunción familiar y los factores que alteran las distintas dimensiones de la calidad de vida de este grupo poblacional poco estudiado y desatendido a nivel iberoamericano.

Las investigaciones sobre CVRS, en Latinoamérica, si bien han aumentado en los últimos años, éstas se han centrado principalmente en personas con alguna condición de enfermedad; dejando de lado el estudio de los adolescentes y los problemas sociales que rodean en su entorno.

De esta problemática nace el interés de evaluar el impacto que tiene la disfuncionalidad familiar en la presencia de conductas de riesgo y la alteración que provoca sobre la calidad de vida relacionada con la salud de la población de adolescentes.

3.3. Hipótesis:

Aquellos adolescentes con disfunción y/o desestructuración familiar presentan una mayor asociación con conductas de riesgo y una menor puntuación en las distintas dimensiones de la CVRS manifestando variaciones según la edad y el sexo.

3.4. Metodología:

3.4.1. Operacionalización de variables del estudio

		Definición Operacional					
Variables	Definición Conceptual	Tipo	Categoría	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores	Escala
CVRS	Auto percepción de un individuo sobre su propio estado de salud, evaluado en la esfera bio-psico-social. ("The World Health Organization Quality of Life assessment	Numérica Dependiente	Ordinal	Bienestar Físico	Actividades de la vida diaria. Uso de medicamentos y ayuda médica. Energía y fatiga Movilidad Dolor Sueño Capacidad de trabajo	Puntuaciones que van de uno hasta cinco, lo que permite calcular el puntaje de cada una de las dimensiones mediante una media que luego es estandarizada	WHOQOL-BREF
				Bienestar Psicológico:	Imagen y apariencia física Sentimientos negativos Sentimientos positivos Autoestima Creencias personales, religiosas y		

(WHOQOL): position paper from the World Health Organization.,” 1995)				espirituales Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración		
			Auto-percepción de CV y Salud	Percepción general sobre la calidad de vida y la satisfacción sobre la salud		
			Relaciones interpersonales	Relaciones con amigos/as y compañeros/as		
			Entorno y medio ambiente	Percepciones acerca de los recursos económicos, libertad y seguridad física, accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales Entorno en el hogar Oportunidades de adquirir nueva información y habilidades Participación y oportunidades de recreación y ocio Entorno físico (Polución, ruido, tráfico, clima) Transporte		

Edad	Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.	Catagórica	Ordinal	--	Edad en años cumplidos.	Proporción	1: 13 – 14 2: 15- 16 3: 17 - 18
Sexo	Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo, masculino o femenino.	Catagórica	Nominal	--	Masculino Femenino.	Proporción	1: “Femenino” : Mujer 2: “Masculino ”: Hombre
Funcionalidad familiar	Capacidad de enfrentar las crisis, sobre la base del respeto, la autonomía y	Catagórica Independiente	Nominal	Cohesión:	Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.	Proporción en relación a las opciones escogidas: casi siempre, algunas veces, casi nunca.	1. “Función familiar normal”: 57-70 puntos.

el espacio del otro.
(Hernández L et al., 2012)

Armonía:	Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
Comunicación:	Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
Permeabilidad:	Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras

2. “moderadamente disfuncional”: 43-56 puntos.
3. “Disfuncional”: 28 - 42 puntos.
4. “severamente disfuncional” 14-27 puntos

					familias e instituciones.		
				Roles:	Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.		
				Adaptabilidad:	Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera		
				Afectividad:	Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.		
Conductas de riesgo	Mayor probabilidad (riesgo) de que	Categórica Dependiente	Nominal	Consumo de drogas licitas	Tabaco y bebidas alcohólicas	Proporción	Dicotómicas 1. Si

	se produzcan consecuencias negativas para la salud(OMS, 1998)			Actividad sexual temprana	Actividad sexual antes de los 19 años		2. No
				Actividad sexual de riesgo	Sin uso de métodos anticonceptivos ni métodos de barrera		
				Consumo de drogas ilícitas	Marihuana, cocaína, otras		1. Marihuana 2. Cocaína 3. Otras

3.4.2. Análisis de las variables:

Primera etapa:

En esta se determinará la prevalencia de casos con disfunción familiar presentes en los adolescentes y su variación según edad y sexo; también se determinará la prevalencia de casos con conductas de riesgo presentes en los adolescentes y su variación por edad y sexo.

Segunda etapa:

Esta etapa está enfocada a establecer si existe asociación y riesgo entre la variable independiente Funcionalidad Familiar (función familiar normal / disfunción familiar) y la variable Presencia de Conductas de Riesgo (consumo de Alcohol / tabaco, marihuana, cocaína u otras drogas; presencia de actividad sexual de riesgo).

De la misma manera también se establecerá si existe asociación entre la variable independiente Funcionalidad Familiar (función familiar normal / disfunción familiar) y el puntaje de la variable Calidad de Vida Relacionada con la salud (Dominio Físico, Dominio Psicológico, Dominio Medio Ambiente, Dominio Relaciones Sociales, Auto percepción de Calidad de Vida y Auto percepción de Salud).

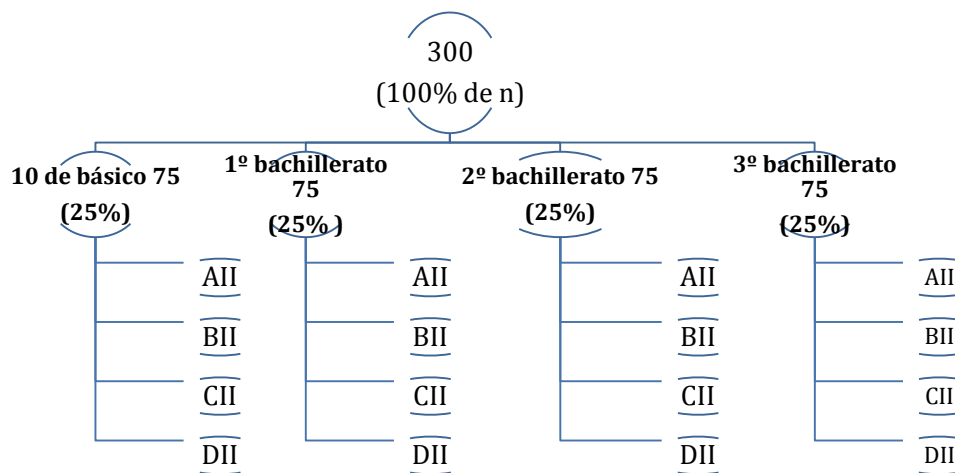
Tercera etapa:

Finalmente, en esta etapa se desea definir si existe asociación entre la variable Presencia de Conductas de Riesgo (consumo de Alcohol / tabaco, marihuana, cocaína

u otras drogas; presencia de actividad sexual de riesgo) y la alteración en el puntaje en la variable CVRS (Dominio Físico, Dominio Psicológico, Dominio Medio Ambiente, Dominio Relaciones Sociales, Auto percepción de Calidad de Vida y Auto percepción de Salud).

3.4.3. Muestreo

Se desea realizar un muestreo multi-etápico estratificado, subconjuntos en relación con los niveles de educación básica y de bachillerato (décimo de básica, primero, segundo y tercero de bachillerato) y finalmente cada subconjunto será estratificado por paralelos que serán sorteados de manera aleatoria simple para completar el número de unidades necesarias para la muestra. Cada subdivisión en el proceso mantendrá una distribución proporcional y dependiente al número de unidades que conforman los grupos en relación con el total del universo (N).



3.5. Procedimiento de recolección

- a. Se entregará a cada padre de familia o representante legal una carta de información previo al consentimiento, para que tengan conocimiento del estudio que se va a realizar (Anexo 1)
- b. Se entregará un consentimiento informado a los padres de familia o representante legal para que aprueben la realización de la encuesta a los adolescentes (Anexo 2)
- c. Previa autorización de los padres se entregará un asentimiento informado a cada alumno para la realización de la encuesta. (Anexo 3)
- d. En la unidad educativa se entregará el instrumento para recolección de datos, para ser contestada en ese momento de manera individual; se contará con personal calificado para la resolución de dudas o inquietudes de los encuestados. (Anexo 4)

3.6. Selección de pacientes:

3.6.1. Criterio de inclusión:

- Adolescentes entre 13 y 18 años de edad.

3.6.2. Criterios de exclusión:

- Adolescentes embarazadas.
- Adolescentes con discapacidad.
- Adolescentes con co-morbilidades.
- Adolescentes con deficiencia de algún servicio básico en su hogar.

3.7. Instrumentos de apoyo

3.7.1. WHOQOL- Bref

El instrumento WHOQOL -100 de la evaluación de la CVRS fue desarrollado por la OMS en quince centros internacionales en un intento de desarrollar una evaluación de calidad de vida que sería aplicable en distintas culturas. La iniciativa de la OMS para desarrollar una evaluación de calidad de vida debido a que en la última década se ha producido una ampliación en el enfoque en la medición de la salud, más allá de los indicadores tradicionales de salud como la morbi-mortalidad que solo proporcionar una medida del impacto de la enfermedad, no evalúan la calidad de vida en sí misma, y que han sido descrito acertadamente como "la medida que falta en la salud" Fallowfield et al (1990), el modelo de evaluación de las CVRS de la OMS surge de la necesidad de una medida verdaderamente internacional de la calidad de vida y un compromiso con la permanente promoción de un enfoque holístico a la atención médica y la salud.

El WHOQOL -100 permite una evaluación detallada de cada faceta individual relacionado con la calidad de vida, sin embargo, puede ser demasiado largo para su uso práctico, por esta razón, se desarrolló la herramienta WHOQOL- BREF para ofrecer una breve evaluación de la calidad de vida, validada en veinte centros de campo situadas dentro de los dieciocho países que han incluido datos para estos fines. El WHOQOL - BREF contiene un total de 26 preguntas que permite la valoración de la CVRS en 4 dominios: físico, psicológico , social y entorno, además de la autopercepción de la CV y salud por parte del participante, utilizando una puntuaciones que van de uno hasta cinco, lo que permite calcular el puntaje de cada

una de las dimensiones mediante una media que luego es estandarizada en escala 0-100, siendo 0 la peor calidad de vida y todo valor cercano a 100 mejor que el comparado con su homónimo. (“INTRODUCTION , ADMINISTRATION , SCORING AND GENERIC VERSION OF THE ASSESSMENT Field Trial Version December 1996 PROGRAMME ON MENTAL HEALTH WORLD HEALTH ORGANIZATION,” 1996; The WHO Group, 1997; World Health Organisation, 1998)

3.7.2. Cuestionario de funcionamiento familiar (FF SIL):

Este instrumento fue elaborado con el objetivo de evaluar cualitativamente la funcionalidad familiar. Dicho cuestionario evalúa el funcionamiento familiar a través de 7 variables, en las cuales se valora distintos parámetros:

- Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- Comunicación: Capacidad de los miembros de la familia para transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera
- Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

(Ortega, De la Cuesta, & Días, 1999)

El test está conformado por 14 ítems y su puntuación es 1 cuando se opta por la opción casi nunca, 2 cuando se opta por la respuesta pocas veces, 3 cuando se opta por la opción a veces, 4 cuando se opta por la respuesta muchas veces y 5 cuando la respuesta dada haya sido casi siempre.

Para saber el tipo de familia que presenta cada adolescente se debe sumar la puntuación obtenida en cada pregunta y así se tendrá:

- Familia funcional si se obtuvo entre 70-57 puntos
- Familia moderadamente funcional si se obtuvo entre 56-43 puntos
- Familia disfuncional si el adolescente sacó entre 42-28 puntos
- Familia severamente disfuncional si obtuvo entre 27-14 puntos

3.8. Plan de Análisis

- a. Se correlacionarán los puntajes obtenidos con las distintas escalas utilizadas en el instrumento para determinar la Funcionalidad familiar:
 - (FF SIL)
 - Para determinar el puntaje CVRS se sometió los valores crudos obtenidos por cada pregunta del instrumento *WHOQOL-bref* (Escala del tipo Likert 1-5), a una agrupación y posterior conversión a escala (0 – 100).

$$- \text{dom1} = [[(u (f3,f4,f10,f15,f16,f17,f18))*4] -4]*(100/16).$$

$$- \text{dom2} = [[(u (f5,f6,f7,f11,f19,f26))*4] -4]*(100/16).$$

- $\text{dom3} = \frac{[(u(f20, f21, f22))^4 - 4] * (100/16)}{100}$.
- $\text{dom4} = \frac{[(u(f8, f9, f12, f13, f14, f23, f24, f25))^4 - 4] * (100/16)}{100}$.
- $\text{Overall} = \frac{[(u(f1, f2))^4 - 4] * (100/16)}{100}$.
- $\text{CVRST} = \frac{[(u(f1-f26))^4 - 4] * (100/16)}{100}$.

— Creación de base de datos final para posterior análisis con ayuda de la herramienta SPSS 21 para Mac.

- b. Se ingresa la información en una hoja electrónica para su posterior análisis con ayuda de la herramienta SPSS
- c. Depuración y control de calidad de la información con criterios de exclusión de los casos que no están comprendidos entre los 13 y 18 años.
 - Criterios de exclusión:
 - Adolescentes embarazadas.
 - Adolescentes con discapacidad.
 - Adolescentes con co-morbilidades.
 - Adolescentes con deficiencia de algún servicio básico en su hogar.
 - Codificación de los datos:
 - Variable sexo: 1: Masculino 2: Femenino
 - Variable edad: 1: 13-14 años, 2: 15-16 años, 3: 17-18 años
 - Variable Funcionalidad Familiar 1: Función Normal 2: Disfunción Familiar, 3: Severa Disfunción Familiar
 - Variable Drogas licitas (alcohol y tabaco): 1: Si 2: No
 - Variable Uso de marihuana: 1: Si 2: No

- Variable Uso de cocaína: 1: Si 2:No
- Variable Uso de otras drogas: 1: Si 2:No
- Variable Relaciones Sexuales: 1: Si 2:No
- Variable CVRS (Dominio Físico): puntajes #
- Variable CVRS (Dominio Ambiente): puntajes #
- Variable CVRS (Dominio Psicológico): puntajes #
- Variable CVRS (Dominio Relaciones Sociales): puntajes #
- Variable CVRS (Auto percepción de Vida): puntajes #
- Variable CVRS (Auto percepción de Salud): puntajes #

d. Análisis descriptivo univariado:

- Frecuencias y proporciones para variables categóricas y medidas de tendencia central para las variables continuas.

e. Análisis Multivariado:

- Re codificación de Variable Función familiar: 1: Familia Funcional (Función Normal) 2: Disfunción Familiar (Disfunción familiar y severa disfunción familiar)
- Asociación entre las variables socio demográficas (edad y sexo) y la funcionalidad familiar y la CVRS.
- El análisis entre la variable Función Familiar y la variable presencia de conductas de riesgo: se realizará mediante tablas de contingencia 2x2 para

determinar frecuencias, las mismas que serán sometidas a la prueba de significancia Chi cuadrado.

- Análisis de normalidad de la muestra: Kolmogorov – Smirnov (K-S).
- La determinación del Riesgo Relativo mediante la razón de proporciones.
- Análisis entre la variable Función Familiar, la presencia de conductas de riesgo y la alteración en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.
- Para aquellas variables con test K-S $> 0,05$ se utilizará la diferencia de medias con la prueba t de Student. En aquellas variables con la prueba K-S < 0.05 se recurrirá al uso de la prueba de U de Mann-Whitney.
- Análisis entre la variable Función familiar, con independencia de la variable presencia de conductas de riesgo, y la alteración en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud
- Análisis entre la variable presencia de conductas de riesgo, con independencia de la variable disfunción familiar, y la alteración en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

3.9. Aspectos bioéticos:

Los participantes serán informados acerca del objetivo de este estudio, la confidencialidad de la información obtenida y la metodología del proyecto, a través de un documento de consentimiento informado, dirigido a los representantes legales, y un asentimiento dirigido al participante, que deberá ser autorizado voluntariamente por el representante y el participante respectivamente, además se presentará a los padres

una carta de información previa al consentimiento, con el fin de que conozcan el estudio que se va a realizar. (Anexo 2-5)

Durante el desarrollo de la investigación se respetarán las recomendaciones de la Declaración de Helsink y de las Normas CIOMS.

4. CAPÍTULO IV.

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis datos univariado

4.1.1.1. Factores socio demográficos (edad, sexo) en adolescentes encuestados

En la muestra encuestada (n = 300), 22 participantes fueron excluidos bajo los criterios previamente establecidos: 10 por presentar discapacidad y/o co-morbilidad previamente diagnosticada y 12 por ausencia de uno o más servicios básicos.

A partir de la tabulación y análisis de los datos de 278 participantes, obtenidos con nuestra herramienta, pudimos constatar que la mayor parte de la población fue de sexo masculino (52%), con un rango de edad de entre 13 y 18 años y una media de 15 años, clasificados por grupos etarios según el nivel de escolaridad, siendo el más numeroso el grupo de 13-14 años (36.3%). (Tabla No.1)

Tabla No.1: Caracterización socio demográfica sexo y edad de los adolescentes encuestados.

Variable	Fr	%
Sexo		
Femenino	134	48,2
Masculino	144	51,8
Edad		
13-14 años	101	36,3
15-16 años	85	30,6
17-18 años	92	33,1

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito Elaborado por: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

4.1.1.2. Función familiar en adolescentes encuestados

En relación a la funcionalidad familiar, se observó que la mayoría de los encuestados presentaron una funcionalidad familiar normal y el 45,3% presentó algún grado de disfuncionalidad. (Tabla No.2).

Tabla No.2: Función familiar en adolescentes encuestados.

F. Familiar	Fr	%
Función familiar normal	152	54,7
Disfunción Familiar	114	41,0
Disfunción Familiar Severa	12	4,3

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito Elaborado por: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

4.1.1.3. Conductas de Riesgo en los Adolescentes encuestados

Se observó que dentro de la muestra el 66.2% de los alumnos encuestados, no consumían ninguna de las dos drogas licitas (tabaco/alcohol), frente a un 33,8% que si las han consumido en algún momento de sus vidas.

Con respecto al consumo de drogas ilícitas se observó que la droga de mayor consumo en los estudiantes encuestados fue la marihuana con un 13%; el 6.1% consumió cocaína y tan solo el 5% consumió otro tipo de droga como LSH, Heroína y éxtasis. (Tabla No.3).

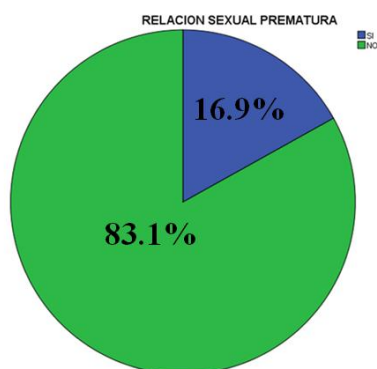
Tabla No.3: Consumo de Drogas licitas e ilícitas en los adolescentes encuestados.

Variable	Fr	%
Drogas licitas		
Alcohol/tabaco		
Si	94	33,8
No	184	66,2
Drogas ilícitas		
Marihuana		
Si	37	13
No	241	86,7
Cocaína		
Si	17	6.1
No	261	93.9
Otras		
Si	14	5
No	264	95

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito Elaborado por: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

Dentro de la muestra se pudo observar también que la mayor parte de adolescentes encuestados (83,1%) no han tenido relaciones sexuales en el último año frente a una minoría que sí las han tenido (16,9%). (Gráfico No.1).

Grafico No. 1: Relaciones sexuales prematuras en adolescentes encuestados



Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito Elaborado por: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

4.1.1.4. Calidad de vida relacionada con la salud en los adolescentes encuestados.

En cuanto a la CVRS se observó que el dominio Físico fue el mejor puntuado ($\bar{x}=78.17\%$); el conjunto que presentó mayor influencia negativa para CVRS de los adolescentes, fue el Dominio Psicológico, que presentó una media de 58.35%. (Tabla No.4).

En cuanto a la auto percepción de la calidad de vida y auto percepción de salud, la media obtenida fue de 62.7 % y 62,8% respectivamente. (Tabla No. 4).

Tabla No.4: Scores de la CVRS en adolescentes encuestados.

CVRS	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Dominio Salud Física	278	57	93	78,17	6,674
Dominio Psicológico	278	17	92	58,35	22,455
Dominio R. Sociales	278	25	92	62,98	23,253
Dominio M. Ambiente	278	22	91	62,20	23,301
Auto percepción CV	278	25	100	62,77	26,339
Auto percepción Salud	278	25	100	62,86	25,993

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito Elaborado por: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

4.1.2. Análisis Multivariado.

4.1.2.1. Asociación entre Disfunción familiar y presencia de conductas de riesgo.

En relación al consumo de drogas licitas se determinó que el 58,7 % de adolescentes con disfunción familiar consumieron alcohol y/o tabaco en el último año, con riesgo de 4.5 veces mayor que aquellos con funcionalidad familiar normal, siendo este resultado estadísticamente significativo ($p=.000$). (Tabla No.5)

Tabla No. 5: Asociación y Riesgo entre disfunción Familiar y consumo de alcohol y/o tabaco.

		Alcohol y/o tabaco		Total	%	P	RR	IC 95%
		Si	No					
Presencia de familia disfuncional	Si	74	52	126	58.7	.000	4,5	2,9 - 6,8
	No	20	132	152	13.1			
Total		94	184	278				

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito Elaborado por: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

Con respecto al consumo de marihuana se pudo observar que el 23.8% de adolescentes con disfunción familiar consumieron la misma en el último año, ($p=.000$) presentando un riesgo 5.17 veces mayor que aquellos adolescentes con funcionalidad familiar normal (IC 2,3 - 11,3). (Tabla No.6)

Tabla No. 6: Asociación y Riesgo entre disfunción Familiar y consumo de marihuana.

		Marihuana		Total	%	P	RR	IC 95%
		Si	No					
Presencia de familia disfuncional	Si	30	96	126	23.8	.000	5,17	2,3 - 11,3
	No	7	145	152	4.8			
Total		30	241	278				

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito Elaborado por: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

Frente al consumo de cocaína se determinó que un 11.1% de adolescentes con disfunción familiar la consumieron, con una asociación estadísticamente significativa ($p=.002$) y con un RR de 5.6 veces mayor para aquellos con disfunción familiar (IC 95%= 1.65-19.15). (Tabla No.7)

Tabla No.7: Asociación y Riesgo entre disfunción Familiar y consumo de cocaína.

		Cocaína		Total	%	P	RR	IC 95%
		Si	No					
Presencia de familia disfuncional	Si	14	112	126	11.1	.002	5.6	1.65- 19.15
	No	3	149	152	1.9			
Total		17	261	278				

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito Elaborado por: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

El 7.14% de estudiantes encuestados con familias disfuncionales ha consumido drogas como LSH/éxtasis/heroína siendo una asociación no estadísticamente significativa ($p=0.144$). (Tabla No.8)

Tabla No.8: Asociación y Riesgo entre disfunción Familiar y consumo de otras drogas (LSD/ Éxtasis/ Heroína).

		LSH/ Éxtasis /Heroína		Total	%	P	RR	IC 95%
		Si	No					
Presencia de familia disfuncional	Si	9	117	126	7.14	.144	2.17	0.74-6.31
	No	5	147	152	3.28			
Total		14	264	278				

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito Elaborado por: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

Al hablar de las relaciones sexuales prematuras se encontró que el 22.2% de adolescentes que presentan disfunción familiar han tenido actividad sexual en el último año ($p = 0.031$); en dicho resultado no se evidencia un riesgo relativo mayor a 2 (RR: 1.77). (Tabla No.9)

Tabla No. 9: Asociación y Riesgo entre disfunción Familiar y relaciones sexuales prematuras

		Relaciones sexuales prematuras		Total	%	P	RR	IC 95%
		Si	No					
Presencia de familia disfuncional	Si	28	98	126	22,2	.031	1.77	1.0–3.0
	No	19	133	152	12,5			
Total		47	231	278				

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito Elaborado por: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

4.1.2.2. Asociación entre factores Socio demográficos (edad/sexo) y Presencia de Conductas de riesgo.

Se evidencia una asociación significativa ($p=.002$) entre los adolescentes de mayor edad y el incremento en el consumo de drogas lícitas; de igual manera, se observa mayor presencia de actividad sexual prematura ($p=.002$) en adolescentes de mayor edad.

En relación a las drogas ilícitas también se evidencia un mayor consumo de éstas en los adolescentes de 17-18 años, sin embargo, no existe una asociación estadísticamente significativa. (Tabla No. 10)

Tabla No.10: Asociación entre la edad y presencia de conductas de riesgo.

		Drogas Licitas (alcohol/tabaco)		Total	%	P
		Si	No			
Edad	13-14	21	80	101	21	.002
	15-16	33	52	85	39	
	17-18	40	52	92	43	
Total		37	241	278		
		Marihuana		Total	%	P
		Si	No			
Edad	13-14	8	93	101	7	.125
	15-16	13	72	85	15	
	17-18	16	76	92	17	
Total		37	241	278		
		Cocaína		Total	%	P
		Si	No			
Edad	13-14	3	98	101	3	.251
	15-16	7	78	85	8	
	17-18	7	85	92	8	
Total		17	261	278		
		Otras Drogas		Total	%	P
		Si	No			
Edad	13-14	1	100	101	1	.05
	15-16	5	80	85	6	
	17-18	8	84	92	9	
Total		14	264	278		
		Relaciones sexuales prematuras		Total	%	P
		Si	No			
Edad	13-14	6	95	101	6	.000
	15-16	12	73	85	14	
	17-18	29	63	92	31	
Total		47	231	278		

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito Elaborado por: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

Se observa una mayor proporción en el consumo de drogas licitas, ilícitas y actividad sexual prematura en el sexo femenino, sin embargo, ninguno de los resultados es estadísticamente significativos ($p > 0.05$). (Tabla No. 11)

Tabla No. 11: Asociación entre sexo y presencia de conductas de riesgo (Consumo de drogas licitas, ilícitas y actividad sexual prematura)

		Drogas Licitas (alcohol/tabaco)		Total	%	P
		Si	No			
Sexo	Masculino	46	98	144	31	.495
	Femenino	48	86	134	35	
Total		94	184	278		
		Marihuana		Total	%	P
		Si	No			
Sexo	Masculino	19	125	144	13	.953
	Femenino	18	116	134	13	
Total		37	241	278		
		Cocaína		Total	%	P
		Si	No			
Sexo	Masculino	8	136	144	5	.686
	Femenino	9	125	134	6	
Total		17	261	278		
		Otras Drogas		Total	%	P
		Si	No			
Sexo	Masculino	7	137	144	4	.089
	Femenino	7	127	134	5	
Total		14	264	278		
		Relaciones sexuales prematuras		Total	%	P
		Si	No			
Sexo	Masculino	23	121	144	15	.667
	Femenino	24	110	134	17	
Total		47	231	278		

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito Elaborado por: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

4.1.2.3. Asociación entre el Función Familiar y la CVRS.

Se pudo evidenciar una asociación significativa ($p=.000$) entre la presencia de disfunción familiar y un menor puntaje en las medias de los dominios: Psicológico, relaciones sociales, medio ambiente y la auto percepción de calidad de vida y salud.

No se determinó asociación para el dominio físico. (Tabla No. 12)

Tabla No 12: Asociación entre la Función Familiar y la CVRS

CVRS	Funcionalidad Familiar	N	\bar{x}	D.E.	T. Student (p)
CVRS Dominio Físico	Familia funcional	152	78,66	6,802	0,177
	Disfunción familiar	126	77,58	6,493	
CVRS dominio Psicológico	Familia funcional	152	72,72	17,540	0,000
	Disfunción familiar	126	41,01	13,829	
CVRS Dominio relaciones sociales	Familia funcional	152	72,31	18,662	0,000
	Disfunción familiar	126	51,72	23,318	
CVRS Dominio medio ambiente	Familia funcional	152	71,67	18,249	0,000
	Disfuncion familiar	126	50,77	23,666	
Auto percepción de c. De vida	Familia funcional	152	80,10	20,414	0,000
	Disfuncion familiar	126	41,87	15,109	
Auto percepción de salud	Familia funcional	152	73,19	23,036	0,000
	Disfuncion familiar	126	50,40	23,871	

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito Elaborado por: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

4.1.2.4. Relación entre los factores Socio demográficos y la CVRS.

Relación entre el Sexo y la CVRS.

No se encontró una diferencia significativa ($p > 0.05$) entre los promedios de hombres y mujeres en los dominios de CVRS ni en las auto-percepciones de calidad de vida y salud, no obstante, se observa un mayor puntaje en el sexo masculino en todos los dominios. (Tabla No. 13)

Tabla No. 13: Asociación entre el sexo y la CVRS (Dominios Físico, Psicológico, Relaciones Sociales, Medio ambiente y la auto-percepción de calidad de vida y salud).

CVRS	Sexo	N	x	DE	p
Dominio Salud Física	Masculino	144	78,47	6,582	,440
	Femenino	134	77,85	6,781	
Dominio Psicológico	Masculino	144	59,29	22,429	,470
	Femenino	134	57,34	22,524	
Dominio Relaciones Sociales	Masculino	144	64,01	23,687	,447
	Femenino	134	61,88	22,814	
Dominio Medio Ambiente	Masculino	144	63,37	22,888	,386
	Femenino	134	60,94	23,758	
Autopercepción de c. de vida	Masculino	144	64,58	25,859	,235
	Femenino	134	60,82	26,805	
Autopercepción de salud	Masculino	144	65,45	26,111	,085
	Femenino	134	60,07	25,671	

*Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de dos colegios de la ciudad de Quito
Elaborado: Mayra Beltrán/Katherine Játiva*

Asociación de edad y la CVRS.

Se advirtió una diferencia de promedios significativa en los dominios relaciones sociales y medio ambiente, en donde los adolescentes con edades entre los 13 - 14 años obtuvieron una mejor puntuación que aquellos con mayor edad ($p < 0.05$); se pudo evidenciar el mismo patrón en el dominio psicológico y en la auto percepción de calidad de vida, sin embargo, dicho resultado no es estadísticamente significativo ($p > 0.05$). (Tabla No. 14)

Tabla No. 14: Relación entre la edad y la CVRS (Dominios Físico, Psicológico, Relaciones Sociales, Medio ambiente y CVRS).

CVRS	Edad	N	X	DE	P
Dominio Salud Física	13-14 años	101	77,33	6,708	,272
	15-16 años	85	78,49	6,519	
	17-18 años	92	78,80	6,755	
Dominio Psicológico	13-14 años	101	61,35	21,091	,083
	15-16 años	85	54,07	22,975	
	17-18 años	92	59,01	23,049	
Dominio Relaciones Sociales	13-14 años	101	68,57	21,276	,009
	15-16 años	85	59,22	24,534	
	17-18 años	92	60,33	23,191	
Dominio Medio Ambiente	13-14 años	101	68,26	20,666	,004
	15-16 años	85	59,16	23,676	
	17-18 años	92	58,36	24,527	
Auto percepción de c. de vida	13-14 años	101	66,58	25,069	,188
	15-16 años	85	60,88	27,399	
	17-18 años	92	60,33	26,507	
Auto percepción de salud	13-14 años	101	62,87	23,878	,303
	15-16 años	85	59,71	26,752	
	17-18 años	92	65,76	27,416	

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de dos colegios de la ciudad de Quito
Elaborado: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

4.1.2.5. Asociación entre la presencia de Conductas de riesgo y CVRS

Asociación entre el consumo de alcohol/tabaco y la CVRS.

Podemos observar que los adolescentes que presentaron consumo de alcohol/tabaco en el último año obtuvieron menores puntajes en los dominios: Psicológico, relación social, medio ambiente al igual que en la auto percepción de calidad de vida y salud, determinando una asociación estadísticamente significativa ($p=.000$). (Tabla No. 15)

Tabla No 15: Asociación entre el consumo de alcohol/tabaco y la CVRS.

CVRS	Consumo alcohol/tabaco	N	\bar{x}	D.E	T student (p)
CVRS Dominio Físico	Si	94	78,95	6,117	0,165
	No	184	77,78	6,923	
CVRS dominio Psicológico	Si	94	31,96	9,112	0,000
	No	184	71,83	13,438	
CVRS dominio relaciones sociales	Si	94	33,51	9,465	0,000
	No	184	78,04	9,944	
CVRS dominio medio ambiente	Si	94	30,95	5,266	0,000
	No	184	78,16	7,075	
Auto percepción de c. De vida	Si	94	41,76	19,187	0,000
	No	184	73,51	22,810	
Auto percepción de salud	Si	94	39,63	18,841	0,000
	No	184	74,73	20,577	

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de dos colegios de la ciudad de Quito
Elaborado: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

Asociación entre el consumo de marihuana y la CVRS.

Se encontró que el consumo de marihuana afecta a la presencia de menores puntajes en los dominios: Psicológico, relación social, medio ambiente al igual que en la auto percepción de calidad de vida y salud, siendo estadísticamente significativo ($p = .000$).

(Tabla No. 16)

Tabla No. 16: Asociación entre el consumo de marihuana y la CVRS.

CVRS	Marihuana	N	\bar{x}	D.E	T student (p)
CVRS Dominio Físico	Si	37	78,67	7,313	0,629
	No	241	78,10	6,583	
CVRS Dominio Psicológico	Si	37	30,86	9,795	0,000
	No	241	62,57	20,813	
CVRS Dominio Relaciones sociales	Si	37	33,11	7,214	0,000
	No	241	67,57	21,391	
CVRS Dominio Medio Ambiente	Si	37	30,32	5,355	0,000
	No	241	67,09	21,015	
Auto Percepcion de C. De vida	Si	37	37,16	17,302	0,000
	No	241	66,70	25,282	
Auto percepción de salud	Si	37	33,78	12,099	0,000
	No	241	67,32	24,647	

*Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de dos colegios de la ciudad de Quito
Elaborado: Mayra Beltrán/Katherine Játiva*

Asociación entre el consumo de cocaína y la CVRS.

Se evidencia una menor puntuación en los dominios: psicológico, medio ambiente, relación social, y en la auto percepción de calidad de vida y salud en aquellos adolescentes que presentaron consumo de cocaína durante el último año en comparación con aquellos que no la consumieron, dicha asociación es significativa ($p = .000$). (Tabla No. 17)

Tabla No. 17: Asociación entre el consumo de cocaína y la CVRS.

CVRS	Cocaína	N	\bar{x}	D.E.	T student (p)
CVRS Dominio Físico	Si	17	77,10	7,890	0,496
	No	261	78,24	6,599	
CVRS Dominio Psicológico	Si	17	32,11	8,302	0,000
	No	261	60,06	22,023	
CVRS Dominio relaciones sociales	Si	17	32,35	7,147	0,000
	No	261	64,97	22,023	
CVRS Dominio medio ambiente	Si	17	30,33	6,128	0,000
	No	261	64,27	22,481	
Auto percepción de Calidad de vida	Si	17	35,29	12,682	0,000
	No	261	64,56	26,012	
Auto percepción de salud	Si	17	35,29	12,682	0,000
	No	261	64,66	25,632	

Asociación entre el consumo de otras drogas (LSD/éxtasis/heroína) y la CVRS.

En éste estudio se encontró que todos aquellos adolescentes que no han consumido drogas como LSD/éxtasis/heroína tuvieron mejor puntuación estadísticamente significativa en los dominios Psicológico, relaciones sociales, medio ambiente y en la auto percepción de calidad de vida y auto percepción de salud, en comparación con aquellos que sí han consumido alguna de éstas. (Tabla No. 18)

Tabla No. 18: Asociación entre el consumo de otras drogas (LSD/éxtasis/heroína) y la CVRS.

CVRS	LSD/éxtasis/ heroína	N	\bar{X}	DE	T Student (p)
Dominio Salud Física	Si	14	78,06	7,123	,949
	No	264	78,18	6,663	
Dominio Psicológico	Si	14	32,14	10,519	,000
	No	264	59,74	22,071	
Dominio Relaciones Sociales	Si	14	32,14	7,912	,000
	No	264	64,62	22,651	
Dominio Medio Ambiente	Si	14	30,58	5,641	,000
	No	264	63,88	22,677	
Auto percepción de Calidad de vida	Si	14	44,64	22,315	,008
	No	264	63,73	26,223	
Auto percepción de salud	Si	14	35,71	12,839	,000
	No	264	64,30	25,732	

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de dos colegios de la ciudad de Quito
Elaborado: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

Relación entre Relación Sexual Prematura y la CVRS.

Se observa que el inicio de vida sexual prematura en los adolescentes de éste estudio afecta a todos los dominios de la CVRS y la auto percepción de calidad de vida y salud ($p=0,000$), con excepción del dominio físico que no muestra una asociación significativa ($p=0,915$). (Tabla No. 19)

Tabla No. 19: Asociación entre las Relaciones Sexuales Prematuras y la CVRS.

CVRS	Relación Sexual Prematura	N	\bar{X}	DE	T Student (p)
Dominio Salud Física	Si	47	78,27	7,514	,915
	No	231	78,15	6,507	
Dominio Psicológico	Si	47	39,54	19,752	,000
	No	231	62,18	21,029	
Dominio Relaciones Sociales	Si	47	40,43	18,714	,000
	No	231	67,57	21,355	
Dominio Medio Ambiente	Si	47	38,10	18,711	,000
	No	231	67,10	21,001	
Auto percepción de c. de vida	Si	47	47,34	25,662	,000
	No	231	65,91	25,402	
Auto percepción de salud	Si	47	42,02	23,375	,000
	No	231	67,10	24,447	

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de dos colegios de la ciudad de Quito
Elaborado: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

4.1.3. Asociación entre Disfunción familiar y la disminución en la CVRS en adolescentes sin conductas de riesgo.

Después de realizar la exclusión de aquellos adolescentes con presencia de conductas de riesgo, se pudo determinar que los adolescentes con familias disfuncionales presentan una menor puntuación media en los dominios: Físico y psicológico, así como en la auto percepción de la calidad de vida y salud ($p = .000$).

En los dominios relaciones sociales y medio ambiente no se observa una diferencia significativa entre aquellos adolescentes con familia funcional o disfuncional. (Tabla No. 20)

Tabla No. 20: Asociación entre Disfunción familiar y la disminución en la CVRS en adolescentes sin conductas de riesgo.

Adolescentes sin conductas de riesgo.					
CVRS	Función Familiar	N	\bar{X}	DE	T Student (p)
Dominio Salud Física	Familia Funcional	126	78,66	6,722	.023
	Disfunción Familiar	53	76,15	6,635	
Dominio Psicológico	Familia Funcional	126	78,17	8,308	.000
	Disfunción Familiar	53	54,72	9,460	
Dominio Relaciones Sociales	Familia Funcional	126	77,71	11,344	.566
	Disfunción Familiar	53	76,73	9,989	
Dominio Medio Ambiente	Familia Funcional	126	77,26	9,989	.591
	Disfunción Familiar	53	77,95	6,725	
Auto percepción de c. de vida	Familia Funcional	126	83.33	16.125	.000
	Disfunción Familiar	55	48.58	17.958	
Auto percepción de salud	Familia Funcional	126	77.58	18.929	.000
	Disfunción Familiar	53	64.62	22.699	

*Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de dos colegios de la ciudad de Quito
Elaborado: Mayra Beltrán/Katherine Játiva*

4.1.4. Impacto de las Conductas de riesgo en la calidad de vida relacionada con la salud en los adolescentes con Familia Funcional

Posterior a la exclusión de los adolescentes con Familia Disfuncional, se pudo determinar que los que presentan una o más conductas de riesgo (consumo de drogas lícitas, ilícitas o actividad sexual prematura) en comparación con aquellos que no presentaron una conducta de riesgo, obtuvieron una disminución estadísticamente significativa ($P = .000$) del puntaje de la CVRS en los dominios: psicológico,

relaciones sociales y medio ambiente al igual que la auto percepción de calidad de vida y salud. (Tabla No. 21)

Tabla No. 21: Asociación entre la presencia de conductas de Riesgo y CVRS en adolescentes con Familia Funcional.

Adolescentes con Familia Funcional					
CVRS	Presencia de conductas de Riesgo	N	\bar{X}	DE	T Student (p)
Dominio Salud Física	Si	26	78,57	7,353	,938
	No	125	78,68	6,741	
Dominio Psicológico	Si	26	44,87	24,104	,000
	No	125	78,73	7,252	
Dominio Relaciones Sociales	Si	26	44,55	24,032	,000
	No	125	78,40	9,820	
Dominio Medio Ambiente	Si	26	42,55	23,914	,000
	No	125	78,10	7,291	
Auto percepción de c. de vida	Si	26	62,50	29,368	,000
	No	125	84,20	15,072	
Auto percepción de salud	Si	26	49,04	27,822	,000
	No	125	78,40	18,334	

Fuente: Encuestas realizadas en el año 2016 en adolescentes de dos colegios de la ciudad de Quito
Elaborado: Mayra Beltrán/Katherine Játiva

5. CAPÍTULO V.

5.1.Discusión:

La adolescencia es una etapa de madurez física, emocional y cognitiva que puede verse afectada por diversos factores que influyen de manera positiva o negativa; uno de los factores con mayor impacto en la vida de los adolescentes es la funcionalidad familiar, considerada como la capacidad que tiene cada miembro de la familia para enfrentar una crisis.

En el presente estudio pudimos observar una prevalencia de disfunción familiar del 41%, similar a la encontrada por otros estudios realizados en el Ecuador, como es el caso del estudio realizado por Espinoza et al, (2015) en la provincia de Tulcán, en donde determinaron una prevalencia del 37% de disfunción familiar en adolescentes entre 12-18 años. (Espinosa-Landazuri, 2015)

Las presencias de conductas de riesgo es el principal problema social relacionado a la disfunción familiar en adolescentes en el Ecuador, de acuerdo a las cifras establecidas por el INEC éstas son: intento auto lítico, bajo rendimiento, consumo de drogas lícitas e ilícitas, maternidad precoz y conformación de pandillas.

Las cifras internacionales reportan en Latinoamérica un consumo de drogas lícitas de 35% en adolescentes, con una edad de inicio media de 12.6 años, y consumo de marihuana del 6 – 9 % en edades de 12 a 18 años. En el presente estudio podemos

observar que existe una prevalencia de consumo de drogas licitas (alcohol/ tabaco) de un 33.8%. En el consumo de drogas ilícitas se determinó que la marihuana fue la droga de mayor prevalencia (13%), seguida del consumo de cocaína (6.1%) y un 5% de consumo de otras drogas (LSD, heroína y éxtasis), además, se determinó la prevalencia de actividad sexual prematura del 16.9% en adolescentes entre 13 – 18 años. (Observatorio Chileno de Drogas, 2013)

Se determinó que en los adolescentes con mayor edad existe un incremento en el consumo de drogas licitas ($p=.002$); obteniendo una prevalencia de consumo de alcohol y/o tabaco de 21 % en aquellos de 13 -14 años, 39% en aquellos de 15 -16 años y 43% en los de 17 -18 años, de la misma manera podemos observar que se mantiene dicha tendencia en el consumo de drogas ilícitas: con una prevalencia del 7% para adolescentes de 13-14 años vs 17% para aquellos de 17-18 años en el consumo de marihuana; una prevalencia de 8% en el consumo de cocaína entre los 17 -18 años y 9% en el consumo de otras drogas entre las edades de 17-18 años.

En relación a la presencia de actividad sexual prematura también se observa que el 31% de adolescentes de entre 17-18 años tuvieron relaciones sexuales en el último año en comparación con el 6% de adolescentes entre 13 – 14 años. Dichos resultados, previamente mencionados, respaldan los datos obtenidos por otros estudios en Latinoamérica, como es el caso de Rojas Valero et al, (2012) en un estudio descriptivo retrospectivo en adolescentes entre 10 y 22 años, donde determinaron que la edad promedio de consumo de alcohol fue de 16,2 años, mientras que la edad promedio para el consumo de marihuana fue 15.8 años. García et al (2012), en un estudio descriptivo

transversal (n=815) en adolescentes entre 13 – 19 años, demostró que la edad promedio de actividad sexual prematura fue de 15.2 años. (García-Vega, Menendez Robledo, Fernandez García, & Cuesta Izquierdo, 2012; Rojas, 2013)

En cuanto al sexo no se determinó una asociación significativa, sin embargo, se puede observar que existe mayor tendencia al consumo de drogas lícitas e ilícitas en el sexo femenino. En relación con la presencia actividad sexual prematura también se observó que el sexo femenino mantiene la misma tendencia, pese a que, en otros estudios realizados se ha determinado que es el sexo masculino el que presenta una mayor prevalencia en cuanto a la actividad sexual prematura, tal es el caso de una investigación realizada por la UNICEF (2015) donde se concluyó que existe una prevalencia del 22.3 % con inicio de vida sexual antes de los 15 años en varones frente a una prevalencia de 10.8% en mujeres; dicha diferencia de resultados probablemente se justifica por el tamaño de la muestra del presente estudio. (Unicef, 2015)

Los estudios han determinado que existe una fuerte asociación entre la disfunción familiar y la presencia de conductas de riesgo, Hernández y colaboradores (2012), en una muestra de 242 adolescentes establecieron una asociación significativa ($p < 0.05$) entre la disfunción familiar y el mayor consumo de alcohol, el hábito de fumar y consumo de drogas ilícitas; de la misma manera, nuestro estudio determinó una asociación significativa ($p=.000$) entre la disfunción familiar y el mayor consumo de drogas lícitas e ilícitas; observándose que existe una prevalencia de 58.7% de adolescentes con disfunción familiar que consumieron alcohol y/o tabaco, además se determinó 4.5 veces más riesgo de consumo de drogas lícitas en aquellos adolescentes

que presentaron algún grado de disfunción familiar comparado con aquellos con familia funcional normal. Con respecto al consumo de drogas ilícitas se observó que existe 5.17 veces más riesgo de consumo de marihuana, 5.6 veces mayor riesgo de consumo de cocaína y 2.17 veces más riesgo de consumo de otras drogas. (Hernández L et al., 2012)

Quiñones et al (2010) determinó en una muestra de 12.302 adolescentes, que la disfunción familiar determina un riesgo 2 veces mayor, para la presencia de relaciones sexuales tempranas, en comparación con aquellos adolescentes con familia funcional normal; de igual manera en el presente estudio se encontró que el 22% de adolescentes con algún grado de disfunción familiar han tenido relaciones sexuales durante el último año con un RR de 1.7 (IC 95% :1-3).(Quiñones, 2010)

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) permite evaluar la percepción que tiene un individuo sobre su estado de salud, en función de limitaciones físicas, psicológicas y sociales.

En el presente estudio se pudo observar que el 48 % de la población fue femenina y el 51.8 % masculina; en cuanto a su afectación en la CVRS se evidencio que los hombres en general obtuvieron una mejor puntuación media que las mujeres en los todos los dominios de la CVRS, así como en la auto percepción de la CV y la auto percepción de la salud, a pesar, de que dichas asociaciones no se presentaron estadísticamente significativas ($P>0.05$), es importante recalcar que se mantiene la tendencia evidenciada en otros estudios como es el caso de Higueta-Gutiérrez et al

(2014), en una muestra de 11.619 adolescentes, en donde se determina una diferencia con el sexo femenino. (González et al., 2014; Guedes et al., 2014; Herranz Barbero, López de Mesa, & Azcona San Julián, 2015; Higueta-Gutiérrez & Cardona-Arias, 2015).

En cuanto a la edad, la población fue categorizada en tres grupos: en donde el grupo de 13-14 años representó un 36,3%, de 15-16 años 30.6% y de 17-18 años un 33.1%; el grupo de 13-14 años fueron quienes presentaron una mejor CVRS en todos sus dominios exceptuando en el dominio salud física. Este resultado mantiene la tendencia observada en estudios realizados en poblaciones similares, tal es el caso de un estudio corte transversal, que determinó, en una muestra de 1 357 adolescentes, un descenso significativo en las puntuaciones en los componentes bienestar físico, bienestar psicológico, autonomía, y entorno con el avance de la edad. (Guedes et al., 2014) (González et al., 2014)

Para evaluar si la CVRS se ve afectada por la disfunción familiar y/o la presencia de conductas de riesgo en los adolescentes, se realizó un análisis de la muestra en conjunto con la presencia de las dos variables y uno controlado con independencia de cada una, en donde, se pudo observar que la disfunción familiar y la presencia de conductas de riesgo en conjunto afecta a la CVRS en los adolescente, determinando una menor puntuación media para los dominios: Psicológico, medio ambiente, relaciones sociales y además en la auto percepción de calidad de vida y salud ($p=.000$). No obstante, al realizar el análisis controlado se pudo determinar que la presencia de conductas de riesgo en independencia de la disfunción familiar en los adolescentes, se

asocia con la disminución significativa ($p < 0.05$) de la puntuación en la CVRS en todos los dominios exceptuando el dominio físico; dicho resultado se ve contrastado con el análisis de la disfunción familiar con independencia de la presencia de conductas de riesgo, en el que sólo se asocia significativamente con la disminución de la puntuación media para los dominios: físico ($p = .023$) y psicológico ($p = .000$), así también como en la auto percepción de calidad de vida ($p = .000$) y salud ($p = .000$).

Dicho resultado previamente mencionado se correlaciona con los resultados obtenidos en otras investigaciones de carácter internacional; Orgiles et al, (2011) en un estudio realizado en España en una muestra de 1.025 adolescentes, estableció que la disfunción familiar afecta la CVRS. Chávez Silva Patricia (2012) en un estudio realizado en la Universidad de Santiago de Chile ($n = 290$) determinó que el consumo de alcohol se asocia con una disminución de la CVRS en todos sus dominios, con una prevalencia de un 63%. (Chávez Silva, 2012; M. Orgilés & Samper, 2011); de igual manera, Chuan-yu Chen et al (2006), ($n = 2235$) demostró que el uso de alcohol impacta en la CVRS, en adolescentes entre 12 y 18 años, siendo el dominio relaciones sociales el más afectado. Lozano et al (2008), en una muestra de 689 jóvenes, determinaron que el uso de cocaína por más de 12 meses, disminuyó la puntuación en todos los dominios de la CVRS, siendo mayor en el sexo femenino. (Chuan-Yu & Carla, 2006; Lozano, Domingo, & Martinez, 2008)

Finalmente, la disfunción familiar incrementa el riesgo de la presencia de conductas de riesgo, y que éstas dos afectan de manera independiente a la CVRS de los

adolescentes en distintos dominios, llevándonos a la conclusión, de que la presencia de las dos sobre un mismo individuo provoca una disminución estadísticamente significativa de la CVRS en todos los dominios, siendo los dominios Psicológico y social los más afectados y el dominio físico el menos afectado.

6. CAPITULO VI.

6.1. Conclusiones – recomendaciones – limitaciones.

6.1.1. Conclusiones:

— Los resultados del presente trabajo de investigación indican que la Disfunción Familiar se asocia con la presencia de conductas de riesgos. Se pudo determinar que existe 4,5 veces más riesgos de consumo de alcohol y/o tabaco, y dos veces más riesgo de consumo de drogas ilícitas en los adolescentes con familia disfuncional en comparación con aquellos que presentan una familia funcional normal.

— Se determinó que existe una asociación significativa entre la edad y la presencia de conductas de riesgo, en donde se puede concluir que en los adolescentes de mayor edad se evidencia mayor presencia de conductas de riesgo (consumo de drogas lícitas, ilícitas y actividad sexual prematura).

— No se encontró una asociación significativa entre el sexo y la presencia de conductas de riesgo, sin embargo, se mantiene una tendencia de mayor presencia de conductas de riesgo en el sexo femenino.

— Se determinó una asociación significativa entre el grupo etario y la CVRS, en donde el grupo de adolescentes con mayor edad presentaron una menor puntuación significativa en los dominios de la CVRS: relaciones sociales y medio ambiente en comparación con aquellos de menor edad.

- No se encontró una asociación significativa entre el sexo y la CVRS, sin embargo, se mantiene una tendencia de mayor puntaje medio en todos los dominios en el sexo masculino al igual que otros estudios realizados a nivel internacional.

- Se evidenció que la disfunción familiar en conjunto con la presencia de conductas de riesgo en los adolescentes, se asocian significativamente con la disminución de la puntuación en todos los dominios de CVRS con excepción del dominio físico.

- En cuanto a la disfunción familiar con independencia de la presencia de conductas de riesgo, se identificó que se asocia significativamente con una menor puntuación media de la CVRS en los dominios: físico y psicológico, así como en la auto percepción de calidad de vida y salud.

- La presencia de conductas de riesgo en los adolescentes, con independencia de disfunción familiar, se asocian significativamente con la disminución de la puntuación media de todos los dominios de la CVRS, con excepción del dominio físico.

- Finalmente se concluye que la disfunción familiar y la presencia de conductas de riesgo afectan de manera independiente a la CVRS de los adolescentes, siendo los dominios Psicológico y relaciones sociales.

6.1.2. Recomendaciones:

- Es importante que se implementen programas de evaluación, detección y manejo de los problemas familiares que se presenten en los adolescentes en unidades educativas públicas y privadas, para evitar, de manera precoz, el riesgo de futuras conductas de riesgo.
- Al ser un problema de salud pública la presencia de conductas riesgo, se recomienda que, se implementen políticas de salud adecuadas para la detección precoz y consiguiente manejo adecuado de éstas.
- Se recomienda realizar futuros estudios controlados que evalúen el impacto provocado por las conductas de riesgo de manera independiente en el rendimiento escolar y la CVRS en los adolescentes.
- Se propone promover, principalmente en las escuelas, programas de enseñanza de utilización de métodos anticonceptivos para de esta forma prevenir embarazo no deseado y riesgo de contagio de ETS en adolescentes.
- Se recomienda el uso del instrumento WHOQOL BREF para la evaluación de la CVRS en los adolescentes de las unidades educativas como parte del control médico realizado por los servicios de salud pertenecientes a cada institución.

6.1.3. Limitaciones del estudio

- El diseño transversal del mismo no facilita establecer relación de causalidad entre las variables analizadas
- El tamaño de la muestra dificultó establecer una asociación adecuada entre las distintas variables de la muestra.
- La utilización de cuestionarios podría limitar las asociaciones encontradas debido a la subjetividad de las respuestas aportadas.

Referencia Bibliográfica:

- Bisegger C, Cloetta B, Von Rueden U, A., T, Ravens-Sieberer U, E. K., & Group. (2005). Health-related quality of life: Gender differences in children and adolescence. *Soz Präventivmed.*, 5, 281–291.
- Castillo, I., Sanz, M., & Martínez, A. (2004). Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones*, 16(3), 185–195.
- Chévez Silva, P. C. (2012). NIÑOS , NIÑAS Y ADOLESCENTES EN CENTROS DE Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología , mención Psicología, 1–130.
- Chuan-Yu, C., & Carla, L. (2006). Alcohol use and health related quality of life among youth in Taiwan. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 752.
- Erikson, E. (2003). Ocho edades del hombre. *Desarrollo de Los Adolescentes III Identidad Y Relaciones Sociales. Antología de Lecturas*, 77–98. Retrieved from http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Abuso_de_Drogas/Articulos/Libros_Adolecencia.pdf#page=77
- Espinosa-Landazuri, C. (2015). Escuela politécnica nacional. *Escuela Politecnica Nacional*.
- Farrington, D. (2010). Family influences on delinquency. *Juvenile Justice and Delinquency*, 203–222. Retrieved from http://samples.jbpub.com/9780763760564/60564_CH10_Springer.pdf
- Freire W.B, Ramírez M.J., Belmont P, Mendieta M.J., Silva M.K., & Romero N., et al. (2013). *ENSANUT_2011-2013_tomo_I. Resumen Ejecutivo* (Vol. 1). <http://doi.org/042816>
- Garcia-Vega, E., Menendez Robledo, E., Fernandez García, P., & Cuesta Izquierdo, M. (2012). Sexualidad , Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes Sexuality , Contraception and Unsafe Sexual Behavior in Adolescents. *International Journal of Psychological Research*, 5, 79–87.
- González, E. J. O., Vélez, E. F. A., Rodríguez, C. M. V., Contreras, A. M. M., Restrepo, A. E., Berrío, G. B., ... Ochoa, G. M. A. (2014). Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Un Grupo de Adolescentes de Medellín (Colombia): Asociación con Aspectos Sociodemográficos, Exceso de Peso u Obesidad y Actividad Física. = Health-related quality of life in a group of adolescents from medellín . *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 255–267. <http://doi.org/10.15446/rcp.v23n2.40936>.La
- Grinspun, S. D. D. (2002). Atención y apoyo a las familias ante circunstancias previsibles e inesperadas. *Guías de Buenas Prácticas En Enfermería*.
- Guedes, D., Pinto-Astudillo, H., Morales, J. M., Moya del Campo, V., & Pirs, J. R. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. *Rev Panam Salud Publica*, 35(1), 46–52.
- Guridi González María Zayda, Pedraza Virginia Franco, G. L. Y. A. (2011). Funcionamiento Y Percepcion Familiar En Adolescentes Embarazads Atendidas En El Policlinico De Calabazar, 77. Retrieved from <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/40> - Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes e.pdf

- 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*, 18(1), 14–23. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48724427004>
- Herranz Barbero, A., López de Mesa, M. R., & Azcona San Julián, C. (2015). Influencia del exceso de peso en la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes. *Anales de Pediatría*, 82(3), 131–138. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.06.019>
- Higueta-Gutiérrez, L. F., & Cardona-Arias, J. a. (2015). Meta-análisis de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adolescente según el género. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(2), 11. <http://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a10>
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2006). CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País 1950-2050. *Instituto Nacional de Estadísticas*, 103.
- INTRODUCTION , ADMINISTRATION , SCORING AND GENERIC VERSION OF THE ASSESSMENT Field Trial Version December 1996 PROGRAMME ON MENTAL HEALTH WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1996), (December).
- Jiang, Y., & Hesser, J. E. (2006). Associations between health-related quality of life and demographics and health risks. Results from Rhode Island’s 2002 behavioral risk factor survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(1), 14. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-4-14>
- Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vázquez-Rodríguez, A., Del, M., Aguirre-García, C., Castillo-Trejo, M., & Vega-Mendoza, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Aportaciones Originales Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(1), 38–43.
- Lozano, O., Domingo, S., & Martínez, A. (2008). HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN YOUNG COCAINE USERS AND ASSOCIATED FACTORS. *An Internacional Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 7(1), 23–28.
- Mart, E., Downing, A., & Catedr, R. (1995). Tesis Doctoral presentada por, 1–432.
- Melorose, J., Perroy, R., & Careas, S. (2015). “TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LOS HIJOS DE PADRES EMIGRANTES DE LA ESCUELA “MANUELA CAÑIZARES” DE LA CIUDAD DE COTACACHI, PROVINCIA DE IMBABURA DE NOVIEMBRE DEL 2009 A AGOSTO DEL 2010. *Statewide Agricultural Land Use Baseline 2015*, 1. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Muñoz, M. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87–94.
- Naughton, M., Ruggiero, A., Lawrence, J., Imperatore, G., Klingensmith, G., Waitzfelder, B., & McKeown, R. (2008). Salud de la calidad de vida de niños y adolescentes con diabetes tipo 1 o tipo 2 mellitus. *Arco Pediatr Adolesc Med*, 7(162), 649–57.
- Observatorio Chileno de Drogas. (2013). Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población escolar. *Ministerio Del Interior Y Seguridad Públca.*, 1(Julio), 1–28. Retrieved from <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2014/07/decimo->

- escolares-2013.pdf
- OMS. (1998). Factores de riesgo. Retrieved from http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
 - OPS. (2002). Perfil de sistemas y servicios de salud. Estados Unidos de América.
 - Orgilés, M., & Samper, M. A. D. (2011). [Impact of divorce on quality of life in children aged 8-12 years in the province of Alicante (Spain)]. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 25(6), 490–4. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.05.013>
 - Orgilés, M., & Samper, M. D. (2011). Impact of divorce on quality of life in children aged 8-12 years in the province of Alicante (Spain) | El impacto del divorcio en la calidad de vida de los niños de 8 a 12 años de edad en la provincia de Alicante. *Gaceta Sanitaria*, 25(6), 490–494. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.05.013>
 - Ortega, T., De la Cuesta, D., & Días, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. ... *Cubana de Enfermería*, 15(3), 164–168. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191999000300005&script=sci_arttext
 - Pane, S., Solans, M., Gaite, L., Sutton, V., Estrada, M., & Rajmil, L. (2006). Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. *Gencat*, 1–78.
 - Perez-Cargua, K. (2013). LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL DESEMPEÑO ESCOLAR DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE SEIS AÑOS DE LA ESCUELA FISCAL MIXTA “EL QUITIÑO LIBRE” DEL NOROCCIDENTE DE PICHINCHA PARROQUIA POMASQUI, EN EL AÑO ESCOLAR 2010 - 2011. *Journal of Chemical Information and Modeling*. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
 - Quiñones, F. (2010). Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá. *Revista de Salud Pública ISSN 0124-0064*, 1.
 - Rodríguez-Corredor, C. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes integrantes de hogares desconectados de los servicios públicos Quality of life related to health in young members of households disconnected from household utilities , Comuna 3 , Medellín (Colombia, 12(25), 113–132.
 - Rojas, M. J. (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. *Centro de Información Para La Prevención Del Abuso de Drogas*, 106. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
 - Salvador, C. (1990). *Desarrollo psicológico y educación*.
 - Santander R, S., Zubarew G, T., Santelices C, L., Argollo M, P., Cerda L, J., & Bórquez P, M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Revista Medica de Chile*, 136(3), 317–324. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872008000300006>
 - Servin, I. A. (2013). FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y MOTIVACIÓN ESCOLAR EN ALUMNOS DE NIVEL MEDIO. *Sonora*.
 - Simons, R. Wallace, L. (2004). *Families, Delinquency, and Crime Linking Society's Most Basic Institution to Antisocial Behavior*. (Oxford Press, Ed.). Florida.
 - Stouthamer-Loeber, R. L. ; M. (1986). Family Factors as Correlates and Predictors of Juvenile Conduct Problems and Delinquency , , 1986,. (*From Crime and Justice*,

- 7, 29–149.
- The WHO Group. (1995). the World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL). *World Health Organization. Soc Sci Med. ENGLAND*, 10(9), 1403.
 - The WHO Group. (1997). Whoqol-Bref, (June), 12.
 - The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine (1982)*, 41(10), 1403–1409.
 - Tuesca-Molina, R., Hermín-Centeno, R., García-Delgado, N., & Lobo-López, J. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla. *Revista de La División de Ciencias de La Salud de La Universidad Del Norte*, 24.
 - Unicef. (2011). *La Adolescencia. Una época de oportunidades. Madrid, Editorial: Estado Mundial de la Infancia (Vol. vol.1)*.
 - Unicef. (2015). Una aproximación a la situación de Adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe., 1–51.
 - Urzúa M, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 358–365. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
 - Villamarín Miño, Mónica Gicela, Moreno Yaguana, P. E. (2011). La Universidad Católica de Loja. *UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA La Universidad Católica de Loja*.
 - World Health Organisation. (1998). Programme on Mental Health: WHOQOL User Manual. World Health Organisation, 1–51.

ANEXOS:

Anexo 1

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Información previa consentimiento para padres de familia

Padres de familia/representante legal del estudiante de la
Unidad Educativa Giovanni Farina

Por medio del presente documento deseamos informar que nosotras: Mayra Fernanda Beltrán Ortiz y Katherine Melisa Játiva Vega, estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, deseamos realizar un estudio para determinar el funcionamiento familiar de los estudiantes adolescentes entre 13 y 18 años de edad, su asociación con la presencia de conductas de riesgo y su afectación a la calidad de vida de los mismos. Dicho estudio se realizará con la autorización de Sor Aida Freire, Rectora de la suscrita institución, bajo la supervisión de la inspectora de la institución y profesionales de la salud.

Se mantendrá total confidencialidad de los resultados obtenidos que serán utilizados dentro del análisis estadístico de la investigación.

Al finalizar el estudio se realizará una reunión con las autoridades y padres para la exposición de los resultados obtenidos y de los beneficios que el estudio brindará al manejo de la salud biopsicosocial de un grupo tan vulnerable y con déficit de estudios en el Ecuador como lo son los adolescentes.

Para la realización de este estudio se enviará un documento de consentimiento informado a los representantes de los alumnos.

Se agradece su colaboración por su participación.

Atentamente.

Mayra Fernanda Beltrán Ortiz

Katherine Melisa Játiva Vega

0984474918

0984113921

Anexo 2

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Consentimiento informado

Título del estudio

“Alteración en la funcionalidad familiar y su asociación con la presencia de conductas de riesgo y la disminución en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adolescentes entre 13 y 18 años de edad, en un colegio de la ciudad de Quito, en el período lectivo 2015-2016, Pichincha – Ecuador.”

Propósitos:

Este consentimiento informado está dirigido a los representantes de los adolescentes que han sido invitados a participar en este estudio; brinda información específica sobre el estudio de investigación, uso de la información, beneficios/ riesgos potenciales que implica su participación, de manera que usted pueda dar su consentimiento informado para participar.

Investigadoras:

- Mayra Fernanda Beltrán Ortiz (estudiante de décimo segundo semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador)

- Katherine Melisa Játiva Vega (estudiante de décimo segundo semestre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador)

Por favor, tome su tiempo para llegar a una decisión.

Parte I

Introducción.

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. El estudio será realizado por Mayra Fernanda Beltrán Ortiz y Katherine Melisa Játiva Vega estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para la obtención del título de Médico General.

Estamos realizando un estudio para determinar si la alteración en la funcionalidad familiar se asocia con la presencia de conductas de riesgo y la disminución en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adolescentes entre 13 y 18 años de edad, en un colegio de la ciudad de Quito, en el período lectivo 2015-2016, Pichincha – Ecuador.

Intervención

Este estudio incluye la realización de una encuesta de 50 preguntas para la evaluación de la funcionalidad familiar, conductas de riesgo, calidad de vida relacionada con la salud y los factores sociodemográficos (edad, sexo, acceso a servicios básicos y morbilidad), las cuales serán analizadas con el fin de facilitar información para la toma de decisiones e implementar o mejorar políticas de salud pública.

Su decisión de participar es totalmente voluntaria y puede hablar con total confianza con los investigadores para solicitar cualquier información adicional.

Procedimiento y duración

Se le entregará una encuesta que deberá ser contestada de forma personal e individual en un máximo de 30 minutos.

Efectos adversos

No se reportan efectos adversos ya que en el estudio no se realizará ningún tipo de intervención clínica.

Confidencialidad

La información que usted nos proporcione y que se recogerá durante la investigación solamente la revisarán las investigadoras. En la base de datos de este estudio no se registrará su nombre, ni número de cédula de ciudadanía; usted tendrá un número asignado como participante para mantener su anonimato. La información proporcionada será guardada con seguridad para proteger su confidencialidad.

Incentivos

No se le pagará por participar en el presente estudio.

Beneficios

Puede percibir que no exista beneficio para usted, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de la investigación.

Participación voluntaria y derecho a retirarse

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede elegir no participar en el estudio o puede abandonarlo en cualquier momento. Usted no perderá ningún beneficio al que, de otro modo, tenga derecho.

Derechos de los investigadores

Los investigadores del estudio le pueden pedir que se retire del estudio.

Contactos

Si tiene dudas sobre cualquier aspecto puede ponerse en contacto con el Director de la investigación: Dr. Jaime Paul Herrera Gonzales. Si tiene dudas sobre asuntos éticos en relación a esta investigación, puede ponerse en contacto con el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que ha aprobado esta investigación.

- Mayra Fernanda Beltrán Ortiz (Pontificia Universidad Católica del Ecuador,
/12 de Octubre y Roca/ Quito, Ecuador)

Teléfonos: 2590-505/0984474918

Email: mayra_beltran91@hotmail.com

- Katherine Melisa Játiva Vega (Pontificia Universidad Católica del Ecuador,
/12 de Octubre y Roca/ Quito, Ecuador)

Teléfonos: 2851609/0984113921

Email: kathyjativa1291@gmail.com

Parte II

Formulario de consentimiento

He leído y comprendo este formato de consentimiento. Todas mis preguntas, dudas e inquietudes al respecto han sido resueltas. Acepto voluntariamente participar en este estudio.

Nombre de Representante

Nombre del participante: _____

Firma de representante: _____

Mayra Beltrán O.

0984474918

mayra_beltran91@hotmail.com

Katherine Játiva V.

0984113921

kathyjativa1291@gmail.com

Firma de las personas que conduce la revisión

Fecha de recepción del consentimiento

Anexo 3

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Asentimiento y declaración del participante

Yo _____, con CC _____, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Firmas del participante

Nombre de representante / número telefónico:

Fecha:

Mayra Beltrán O.

0984474918

mayra_beltran91@hotmail.com

Katherine Játiva V.

0984113921

kathyjativa1291@gmail.com

Anexo 4

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Título:

Alteración en la funcionalidad familiar y su asociación con la presencia de conductas de riesgo y la disminución en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adolescentes entre 13 y 18 años de edad, en un colegio de la ciudad de Quito, en el período lectivo 2015-2016, Pichincha – Ecuador.

Autores:

Mayra Fernanda Beltrán Ortiz (0984474918)

Katherine Melisa Játiva Vega (0984113921)

Antes de comenzar lea esto atentamente

Las preguntas realizadas a continuación son anónimas y deben ser contestadas individualmente, en el caso de tener cualquier duda favor levantar su mano y una persona se acercará. Usted cuenta con 30 minutos para responder todas las preguntas, si usted termina antes del tiempo establecido favor entregar en silencio el documento a la persona responsable.

Elija una respuesta a cada pregunta, pintando completamente la letra correspondiente con un lápiz.

Factores socio demográficos

3) **EDAD:** _____ (escriba su edad en años cumplidos)

4) **SEXO:**

a) Masculino

b) Femenino

7) **¿Su familia tiene acceso a todos los servicios básicos***

*Acceso al sistema de agua potable, alcantarillado, desagüe de aguas pluviales, alumbrado público, servicio de recolección de residuos sólidos.

a) Si

b) No

9) **¿Tiene usted alguna enfermedad crónica o discapacidad física que haya sido diagnosticada por un médico?**

a) Si

b) No

10) **¿Ha tenido relaciones sexuales en el último año?**

a) Si

b) No

11) ¿Ha consumido bebidas alcohólicas y/o tabaco durante el último año?

- a) Si
- b) No

12) ¿Ha consumido marihuana durante el último año?

- a) Si
- b) No

13) ¿Ha consumido cocaína durante el último año?

- a) Si
- b) No

14) ¿Ha consumido otra droga durante el último año?

- a) Si
- b) No

15) Funcionalidad Familiar (marque con una x)

		Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

16) Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5