



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

“Asociación del tipo de funcionamiento familiar en adolescentes de 12 a 15 años con trastorno de ansiedad en una unidad de medicina familiar”

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
Presenta:

Med. Gral. Baltazar Cruz Adreana Guadalupe

Dirigido por:
Dra. en Educación Luz Dalid Terrazas Rodríguez

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. FEBRERO 2026

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.

Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

Especialidad en Medicina Familiar

“Asociación del tipo de funcionamiento familiar en adolescentes de 12 a 15 años
con trastorno de ansiedad en una unidad de medicina familiar

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Med. Gral. Baltazar Cruz Adreana Guadalupe

Dirigido por:

Dra. en Educación Luz Dalid Terrazas Rodríguez

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Fecha de aprobación por el Consejo Universitario. Febrero 2026.

México

Dra. en Educación Luz Dalid Terrazas Rodríguez

Presidente

Maestra en Educación Karla Elizabeth Margain Pérez

Secretario

Maestra en Educación Azucena Bello Sánchez

Vocal

Dra. en Educación Prishila Dánae Reyes Chávez

Suplente

Medico especialista Arizbeth Aguilar Arteaga

Suplente

Resumen

Introducción: El trastorno de ansiedad es uno de los principales problemas de salud mental en adolescentes, afectando la calidad en las relaciones dentro de la familia y la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 7 adolescentes presenta algún problema de salud mental; la ansiedad aumentó un 28% tras la pandemia de COVID-19. La ansiedad patológica en el adolescente es una preocupación excesiva y persistente que afecta la vida diaria; la familia juega un papel clave en la regulación emocional, por ello una familia funcional se ha asociado con menor ansiedad, mientras que la disfuncionalidad familiar incrementa el riesgo de trastornos emocionales. **Objetivo:** Determinar la asociación del nivel de funcionamiento familiar y el trastorno de ansiedad en adolescentes de 12 a 15 años. **Material y métodos:** Estudio trasversal, de asociación, analítico, comparativo, realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 15, en adolescentes de 12-15 años; el cálculo de muestra se realizó con la fórmula para dos proporciones obteniendo un total de 78 participantes para cada grupo, grupo1: Adolescentes con trastorno de ansiedad y grupo2: Adolescentes sin trastorno de ansiedad; el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se estudiaron variables como la edad, sexo, escolaridad, ocupación y el tipo de familia y la percepción de funcionalidad familiar. El análisis estadístico incluyó porcentajes, promedios, frecuencias e IC al 95% y el análisis analítico se realizó con chi cuadrada. **Resultados:** El promedio de edad para grupo 1 fue de 13.34 con predominio femenino con el 52% y para el grupo 2 de 13.17 con predominio masculino del 51.2%. En la funcionalidad familiar para el grupo 1 los resultados fueron: familia funcional 19.8%, moderadamente funcional 45.3%, disfuncional 30.2%, severamente disfuncional 4.7%, para el grupo 2: familia funcional con un 44.2%, moderadamente funcional 43%, disfuncional 9.3%, severamente disfuncional 3.5 %. Con una $p = 0.703$. En cuanto a la funcionalidad familiar y las dimensiones en cohesión se encontró una $p = 0.006$, armonía $p = 0.001$, comunicación $p = 0.000$, permeabilidad $p = 0.025$, afectividad $p = 0.277$, roles $p = 0.009$ y adaptabilidad $p = 0.030$. **Conclusiones:** no existe una asociación entre la percepción de la funcionalidad familiar y los

adolescentes con alto riesgo de trastorno de ansiedad entre grupo 1 y 2; si hubo diferencia en la cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, roles y adaptabilidad.

Palabras clave: Ansiedad, funcionalidad familiar. Adolescentes

Summary

Introduction: Anxiety disorder is one of the main mental health issues among adolescents, affecting the quality of relationships within the family and society. According to the World Health Organization (WHO), 1 in 7 adolescents experiences some form of mental health problem; anxiety increased by 28% following the COVID-19 pandemic. Pathological anxiety in adolescents is characterized by excessive and persistent worry that interferes with daily life. The family plays a key role in emotional regulation; therefore, a functional family has been associated with lower anxiety levels, while family dysfunction increases the risk of emotional disorders. **Objective:** To determine the association between the level of family functioning and anxiety disorder in adolescents aged 12 to 15 years. **Materials and Methods:** This was a cross-sectional, analytical, and comparative association study conducted at Family Medicine Unit No. 15, involving adolescents aged 12–15 years. The sample size was calculated using the formula for two proportions, resulting in a total of 78 participants per group: Group 1 – adolescents with anxiety disorder, and Group 2 – adolescents without anxiety disorder. Non-probabilistic convenience sampling was used. Variables studied included age, sex, education level, occupation, family type, and perception of family functionality. Statistical analysis included percentages, averages, frequencies, and 95% confidence intervals. Analytical analysis was performed using the chi-square test. **Results:** The average age for Group 1 was 13.34, with a female predominance of 52%, and for Group 2, 13.17, with a male predominance of 51.2%. Regarding family functionality, Group 1 results were: functional family 19.8%, moderately functional 45.3%, dysfunctional 30.2%, and severely dysfunctional 4.7%. For Group 2: functional family 44.2%, moderately functional 43%,

dysfunctional 9.3%, and severely dysfunctional 3.5%, with a p-value of 0.703. In terms of family functionality dimensions, the following p-values were found: cohesion $p = 0.006$, harmony $p = 0.001$, communication $p = 0.000$, permeability $p = 0.025$, affectivity $p = 0.277$, roles $p = 0.009$, and adaptability $p = 0.030$. **Conclusions:** There is no association between the perception of family functionality and adolescents at high risk of anxiety disorder between Groups 1 and 2; however, there were differences in cohesion, harmony, communication, permeability, roles, and adaptability.

Keywords: Anxiety, family functionality, adolescents.

Dedicatorias

Quiero dedicar este trabajo a mi hija, quien es mi motivo para salir adelante y enseñarle por medio del ejemplo que todo lo que quiera lo puede lograr y a nunca rendirse.

Te amo con todo mí ser.

Agradecimientos

Primero me agradezco a mí por la resiliencia, por aprender que aunque en ocasiones ya no quería más, siempre hay una razón por la cual seguir adelante.

Le agradezco a mi familia por todo el apoyo que me brindaron aun en mis malos momentos, por desvelarse junto conmigo y esperarme en mi ausencia.

Le agradezco a mis compañeros de residencia por formar una familia, escucharnos, tolerarnos y motivarnos en todo momento.

Les agradezco a mis profesores que a lo largo de estos años me brindaron conocimiento, empatía, tolerancia y me ayudaron a construir mi conocimiento y poder ayudar a los pacientes.

Le agradezco a Dios por ponerme en el lugar adecuado y momento adecuado para cumplir mi misión en esta vida.

Índice

	I
	II
Resumen	4
Summary	5
Dedicatorias	7
Agradecimientos	8
Abreviaturas y siglas	11
I. Introducción	12
II. Antecedentes	14
III. Fundamentación teórica.	17
IV. Hipótesis	34
V. Objetivos	35
VI. Material y métodos	35
VII. Resultados	41
IX. Discusión	55
X. Conclusiones:	58
XI. Propuestas	59
XII. Bibliografía	61
XIII. Anexos	68

Índice de cuadros

Cuadro	Contenido	Pagina
Cuadro VII.1	Edad promedio para cada grupo de estudio.	46
Cuadro VII.2	Características sociodemográficas	47
Cuadro VII.3	Tabla cruzada de funcionalidad familiar y dimensiones para cada grupo.	48
Cuadro VII.4	Tabla cruzada de funcionalidad familiar y tipo de familia en el grupo de adolescentes con ansiedad.	52
Cuadro VII.5	Tabla cruzada de funcionalidad familiar y tipo de familia en el grupo de adolescentes sin ansiedad.	53
Cuadro VII.6	Tabla cruzada de funcionalidad familiar y ansiedad.	54

Abreviaturas y siglas

AAA: Autoreporte de ansiedad para adolescentes

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

FF-SIL: cuestionario de funcionamiento familiar

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

OMS: Organización Mundial de la Salud

SCARED: Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders

SIMF: Sistema de Información de Medicina Familiar

UMF: Unidad de medicina familiar

UNESCO: La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

I. Introducción

Los adolescentes obtienen al inicio tradiciones, valores, la forma de comunicación, afecto y la capacidad de socializar de la familia, cuando esta es una familia funcional, le ayuda al adolescente a poder superar de una forma adecuada las crisis, así como ayudar a la regulación de emociones;(Huerta, 2005^a) cuando la familia no es funcional, el adolescente podría no regular de una forma adecuada sus emociones y por lo tanto, aumento en niveles de ansiedad (Restrepo, 2022).

El trastorno de ansiedad se encuentra dentro de los principales problemas mentales en la adolescencia. Los cuales pueden provocar problemas en las interacciones sociales y familiares (Secretaría de Salud, 2015) La organización mundial de la salud y la organización panamericana de la salud reportan 1 de cada 7 adolescentes con alteraciones de la salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2023).

De acuerdo con el informe de la organización Mundial de la Salud (OMS) en 2019 una de cada ocho personas en el mundo posee un trastorno mental, dentro de estos 301 millones de individuos padecen un trastorno de ansiedad y de estos 58 millones eran niños y adolescentes. En el 2020 la prevalencia de la ansiedad se disparó un 28% posterior al inicio de la pandemia por covid-19 (Organización Mundial de la Salud, 2023)

La secretaría de salud en 2022 mencionó que más del 50% de trastornos mentales en personas adultas comenzaron desde niños y en la adolescencia. Aunque la depresión se encuentra como la primera causa de discapacidad en el mundo, la ansiedad se encuentra dentro de los primeros tres principales problemas de salud mental (Secretaría de Salud, 2022).

Tomando en cuenta que la familia toma un papel importante en el desarrollo de la adolescente y que la ansiedad no solo afecta al adolescente sino también a la familia. Es importante destacar que una familia funcional

permite un mayor desarrollo de sus integrantes y es expresado en una mejor atención de problemas relacionales. Mientras que una familia disfuncional dificulta el desarrollo, crecimiento e independencia de los miembros, así como que genera grandes sentimientos de culpa y dificultad de interdependencia. (Secretaría de Salud, 2022).

II. Antecedentes

En un estudio descriptivo cuantitativo de asociación que se realizó en una unidad educativa en Ecuador en la cual involucro 141 adolescentes, se concluyó que la funcionalidad familiar no tiene una asociación significativa con la ansiedad en adolescentes y que otro tipo de factores relacionados con su aspecto social tiene más relevancia en este tema (Caguana y Tobar, 2022).

En un estudio de asociación que se realizó en Guayaquil en una escuela con 260 estudiantes en la cual se buscó la asociación entre ansiedad y funcionalidad familiar se obtuvieron resultados completamente diferentes en los que si existe una asociación entre una percepción de una función familiar adecuada y el estado rasgo y frecuencia de ansiedad (Hinostraza, 2023).

Lima Perú se realizó un estudio de funcionalidad familiar y ansiedad en estudiantes de secundaria, en donde se obtuvo una muestra de 90 adolescentes; se utilizó la escala FACES III y el inventario de ansiedad Estado Rasgo. En este estudio se concluyó que existe una correlación negativa, esto se interpreta que entre mejor funcionalidad familiar, un menor grado de ansiedad con un IC 99% (Lazo y Zavaleta, 2022)

En Perú se realizó otro estudio utilizando la escala Fases III y el inventario de ansiedad rasgo- estado con 124 adolescentes de secundaria en el año 2021 en la cual se obtuvo como resultado que si existe una relación entre la buena relación familiar y menor ansiedad rasgo en estos adolescentes (Blas, 2022).

En una secundaria de Perú se realizó otro estudio con 120 estudiantes , de estos se obtuvo que el 32.61% tienen una adecuada funcionalidad familiar y el 19.57% tienen una inadecuada funcionalidad familiar, dentro de estos adolescentes se estudió la violencia escolar entre una de ellas la psicológica lo que puede generar cambios como depresión y ansiedad y se encontró que

existe una relación directa y significativa con un coeficiente de correlación Spearman de 0.824 (Apaza, 2023).

En Toluca Estado de México se realizó un trabajo de investigación asociado a la pandemia coronavirus 2019. (COVID 19) con 957 alumnos y salud mental se obtuvo como resultado que cuando hay mayor funcionalidad familiar, los adolescentes desarrollan mayor adaptabilidad, mejor estado de ánimo y manejo de emociones; mientras que en el grupo de funcionalidad familiar baja existe un deterioro de la salud mental (Flores y Navarrete, 2023)

Posterior a una investigación realizada en Tabasco en 2024 en la cual se obtuvo una muestra de 256 adolescentes se registró que el 72% de estos presentó síntomas de ansiedad; del total de la población evaluada, el 34% de los adolescentes perciben una funcionalidad adecuada. Además, se observó una relación negativa entre funcionalidad familiar y ansiedad, es decir que los adolescentes sin ansiedad que corresponden a un 25% perciben una mayor funcionalidad familiar. Las mujeres mostraron mayor puntaje en las escalas de ansiedad y depresión y menor puntaje en funcionalidad familiar (Loya, 2024).

En un trabajo realizado por la universidad de Guadalajara en la cual participaron 376 estudiantes se concluyó que la percepción de ambiente familiar y el apoyo recibido por los estudiantes disminuye los síntomas de ansiedad y depresión, así como también es un protector de la violencia en redes sociales; podemos encontrar que dentro de los aspectos protectores son la adaptación social, adaptación cultural y participación en la comunidad (Gradilla, 2021).

Por parte de la Universidad Autónoma de Sinaloa se llevó a cabo un estudio con 201 estudiantes en la cual se concluyó que la escala de funcionamiento familiar el cual se correlaciono de forma negativa con la ansiedad, por lo que los adolescentes con mayor funcionamiento familiar tienden a manifestar menor ansiedad. Se encontró que los hombres perciben un mejor funcionamiento familiar a comparación de las mujeres y por lo tanto menores niveles de ansiedad (Nava, 2025)

Los resultados encontrados en un estudio realizado en Puerto Vallarta con 1681 adolescentes de secundaria se obtuvieron resultados significativos con una F de Fisher-Snedecor = 124.67 entre la funcionalidad familiar y el malestar psicológico, lo cual se traduce que los adolescentes que tienen una percepción de funcionalidad familiar adecuada funge como protector (valores, creencias y normas) del desarrollo de signos de ansiedad y depresión (Castro y Castro, 2020)

En un estudio realizado en el por la UAQ en 2022, el cual incluyo 26 estudiantes, se reporta que el 15 % presenta problemas de ansiedad y está directamente relacionada con el clima familiar, el cual se define como los estilos de interacción, organización y estructura que adopta una familia para su funcionamiento (García y González, 2022)

En el estado de Querétaro del Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS) se realizó un estudio con 440 pacientes en los cuales se obtuvo que los hijos de estas familias tenían una percepción de una adecuada funcionalidad familiar con un resultado del 47.1 % de pacientes sin ansiedad; los hijos con una percepción de una familia no funcional los cuales el 21.7% no tenían ansiedad (Ceja y Ceja, 2025).

En el año 2022, en el estado de Querétaro se realizó una investigación con 216 alumnos adolescentes en tiempos de pandemia, se encontró un incremento o agudización de los problemas familiares en un 42.1%, modificándose los roles familiares y así el incremento de estrés y ansiedad (González, 2022) .

III. Fundamentación teórica.

III. 1 Adolescencia

III.1.1 Definición de adolescencia y sus etapas

La OMS refiere a la adolescencia como una fase que va de los 10 a los 19 años. Dentro de esta se dividen en dos fases en las que se presentan cambios fisiológicos, psicológicos, culturales y sociales. Adolescencia temprana que va de los 12 a 14 años y adolescencia tardía de los 15 a 19 años (Organización Mundial de la Salud, 2023). Dentro de esta se dividen en dos fases en las que se presentan cambios fisiológicos, psicológicos, culturales y sociales. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) esta etapa es de cambios y es esperado que existan altibajos emocionales y desarrollar habilidades que sirvan para su vida adulta (UNICEF, 2024). Por otro lado el diccionario de la lengua española lo define como la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo (Diccionario de la lengua española , 2001).

III.1.2 Estadísticas de adolescencia

Conforme el reporte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2020 en los estados unidos mexicanos había 10, 943,540 personas de 10 a 14 años, dentro de los cuales son 5, 554,260 son hombres y 5,389,280 son mujeres y 10,806,690 personas de 15 a 19 años, de los cuales 5,462,150 son hombres y 5,344,540 son mujeres; del total de esta población en el estado de Querétaro se reportaron 198, 601 personas de 10 a 14 años de los cuales 100,847 son hombres y 97,754 son mujeres y 198,141 personas de 15 a 19 años de las cuales 99,841 son hombres y 98,300 son mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020).

III.1.3 Cambios físicos en el adolescente

Los cambios endocrinos influyen en los cambios físicos del adolescente como el crecimiento en el vello axilar, facial y genital, también en el incremento de la talla, aumenta el tejido adiposo, también hay cambios en el olor corporal y aumento en el crecimiento y desarrollo de genitales. En las mujeres se inicia la menarquía.

El periodo en el cual abarca el estadio del Tanner II al Tanner V es de aproximadamente tres y cuatro años, desde el comienzo del Tanner II al V existe un incremento en talla de 20-25 cm en niñas con disminución de velocidad de crecimiento después de la menstruación y 28-30 cm en niños (Laufer, Davrieux y García).

Tabla 1. Estadios de Tanner

	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Estadio 4	Estadio 5
Mujer	Estadio infantil	Inicia telarquia, botón mamario que se palpa como pequeño nódulo. La areola aumenta de tamaño. Inicia el crecimiento de escaso vello púbico lacio en labios menores	La mama y el pezón crecen más, incremento de la cantidad de vello púbico, oscuro y grueso.	La mama y el pezón crecen más y sobresale del resto de la glándula. Vello púbico similar al de la mujer adulta.	Mama adulta, vello púbico en morfología de triangulo invertido que se extiende hasta los muslos.

Hombre	Estadio infantil.	Volumen testicular de al menos 4 ml, pared de escroto se hace gruesa y adquiere un color más oscuro, vello púbico en la base del pese.	Aumento del tamaño del pene, volumen testicular entre 8 – 12 ml, vello púbico más largo, rizado y abundante que se extiende hacia la región del pubis.	Aumento del tamaño del pene y su circunferencia, el glande aumenta de tamaño. Volumen testicular entre 12- 15 ml.	Estadio de adulto. Volumen testicular mayor a 15 ml. Vello púbico se extiende a la cara superior e interna de muslos y línea alba.
---------------	-------------------	--	--	---	--

Nota: Adaptado de *estadios puberales de Tanner* (Tabla), por *Pediatría Integral*, 2015, <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v94nnspe1/1688-1249-adp-94-nspe1-e403.pdf>

III.1.4 Aspectos psicológicos en el adolescente

Los adolescentes están expuestos a una serie de cambios físicos, sociales y psicológicos. Dentro de las metas que tiene el desarrollo psicológico en el adolescente están el poder adquirir una independencia emocional de los padres, lograr tener relaciones entre sus pares, lograr aceptar y manejar su imagen corporal, el desarrollo de su moral y su identidad sexual (Bustamante, 2022).

Durante el desarrollo en la adolescencia, el cerebro aun no llega a la madurez, por lo cual, la toma de dediciones no es totalmente asertiva y esto puede provocar que el adolescente sea aventurero y que no tenga autocontrol de sus emociones. En este desarrollo es sumamente importante la participación de la familia y la escuela ya que en estos se pueden adquirir hábitos saludables que pueden influir el estilo de vida futura del adolescente (Rivera, 2022).

III. 2 Trastorno de ansiedad

III.2.1 Definición de trastorno de ansiedad

La ansiedad es una emoción que forma parte de los mecanismos de supervivencia y surge como la respuesta a una situación que se siente como amenaza y nos prepara para huir, con la finalidad de la supervivencia. Cuando este mecanismo se altera y se presenta una respuesta desadaptativa entonces provoca una disfunción en la vida cotidiana y se genera un trastorno de ansiedad (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

La ansiedad generalizada como lo define el manual de los criterios diagnósticos del DSM-5 es la preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente, por un mínimo de seis meses en relación de diversos sucesos o actividades. A la persona se le dificulta controlar la preocupación y se asocian a tres de los siguientes síntomas: Experimentar inquietud o sentirse atrapado, fatigarse con facilidad, tener dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas para dormir o mantener un sueño satisfactorio. Estas alteraciones no se pueden atribuir al uso de sustancias ni a otra alteración mental (Cordova, 2014).

III. 2.2 Epidemiología en México

En el último reporte del INEGI de salud mental 2017, no se encuentra un apartado especial sobre trastorno de ansiedad y no se encuentra por categorías de edad, pero se obtuvo que hay un total de 13.9 hogares en el estado de Querétaro en los cuales se encuentra al menos una persona de más de 7 años que han tenido sentimientos de preocupación o nerviosismo. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020) El director general del Hospital Psiquiátrico Infantil en la ciudad de México menciona que mensualmente se ven aproximadamente 600 o 700 consultas de primera vez principalmente por depresión o ansiedad (Secretaría de Salud, 2022).

III.2.3 Fisiopatología

La ansiedad se relaciona a un aumento de la actividad de la amígdala. La amígdala recibe un estímulo emocional y su reacción está controlada por la sección orbito frontal y corteza prefrontal, la cual tiene conexiones recíprocas con amígdala e hipocampo. El hipocampo contribuye a la memoria y el aprendizaje, es aquí donde se almacenan los procesos de peligro que ayudan a evitarlos en formas futuras. La amígdala se relaciona con la supervivencia y el miedo, que envía estas señales al hipocampo para realizar su función (Rivera, 2022).

Al estimular la amígdala esta desencadena una emoción intensa, principalmente miedo o agresión. La función neuropsicológica es por su relación con el hipotálamo, activa el sistema nervioso autónomo y posterior la respuesta de huir o pelear. La amígdala tiene relación con el nervio trigémino y la musculatura facial lo que hace que la cara tenga una expresión facial de miedo (Andreani, 2021).

III.2.4 Factores de riesgo

El trastorno de ansiedad resulta de la interacción de múltiples factores de riesgo los cuales ejercen un efecto directo a la presencia de los síntomas del trastorno de ansiedad en personas vulnerables (Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2017) (CENETEC, 2010)

Biológicos	Ambientales	Psicosociales
Alteraciones gabaérgicas	Estresores ambientales	Estrés
Alteraciones serotoninérgicas	Hipersensibilidad	Ambiente familiar
Alteraciones en el sistema límbico	Respuestas aprendidas	Preocupaciones excesivas por temas cotidianos
Historia familiar	Consumo de sustancias	Comorbilidad de trastornos psiquiátricos

Nota: Adaptado de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. Por Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010

III.2.5 Síntomas

Los síntomas que más se relacionan al trastorno de ansiedad son de dos tipos físicos y cognitivos

Tabla 3. Síntomas relacionados al trastorno de ansiedad

Físicos	Cognitivos
Mareos /nauseas/malestar abdominal	Miedo a perder el control
tensión muscular	Sensación de muerte inminente
Epifora	Intranquilidad
Hiperreflexia	Inquietud
Sincope	Deseos de huir
Palpitaciones	Nerviosismo
Taquicardia	Preocupación excesiva
Parestesias	Ideas catastróficas
Temblor o sacudidas	Miedos irracionales
aumento de la frecuencia urinaria	Miedo a perder la razón
Diarrea	
Sensación de ahogo	

Nota: Adaptado de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. Por Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010 y Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2017

III. 2.6 Diagnóstico

Muchas personas con trastorno de ansiedad se consideran ansiosas o nerviosas de toda la vida, los cuales empezaron en la infancia o la adolescencia. La ansiedad afecta de manera crónica los procesos del pensamiento, percepción y aprendizaje. El diagnóstico se basa en la clínica y se debe distinguir entre ansiedad adaptativa y ansiedad patológica (CENETEC, 2010) (Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2017)

La ansiedad patológica se presenta cuando no hay un estímulo y con una duración más prolongada, la cual supera la capacidad adaptativa. (Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2017)

Existen sustancias como el alcohol, anfetaminas, cafeína, insulina, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, penicilinas, teofilina y abstinencia de sustancias psicotrópicas que pueden producir ansiedad. (CENETEC, 2010)(Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2017)

Las escalas o instrumentos son un apoyo para seleccionar a personas con sospecha de patología mental pero no se utilizan como diagnóstico como lo son la escala de Hamilton para ansiedad, el inventario de ansiedad de Beck, el inventario de miedos para niños y adolescentes; el diagnóstico se realiza por medio de una historia clínica. (CENETEC, 2010) (Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2017)

Existen estudios de laboratorio y gabinete que pueden ayudar al diagnóstico como lo son la resonancia magnética, marcadores biológicos (muy poco utilizados), otros laboratorios iniciales son biometría hemática, glucosa

en ayunas, colesterol y triglicéridos, electrolitos séricos, enzimas hepáticas, examen general de orina, hormonas tiroideas, electrocardiograma. (CENETEC, 2010)(Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2017)

Se deben solicitar estudios de laboratorio y gabinete en pacientes que se sospechen de patologías que se acompañe de ansiedad como lo pueden ser hipotiroidismo, hipertiroidismo, insuficiencia cardiaca, angina de pecho, asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, migraña, epilepsia, depresión, esquizofrenia, trastornos de la personalidad, úlcera péptica, cáncer, fatiga crónica (Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2017)

III.2.7 Autoreporte de ansiedad para adolescentes (AAA)

En 2010 se realizó una guía de práctica clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes por parte del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en la ciudad de México. Esto a partir de la evidencia científica y criterios diagnósticos, con el objetivo de la detección de estos trastornos, en donde los criterios diagnósticos ya fueron validados. Se realizó una adaptación de la escala SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders), la cual ha sido diseñada para tamizaje para el profesional de salud no psiquiatra, que permite discriminar el envío a psiquiatría o no. Consta de 41 reactivos que califican de nunca:0, Algunas veces:1 y siempre:2. En donde el punto de corte es 25, con el cual existe la posibilidad de al menos el 70% el adolescente tenga algún trastorno de ansiedad. (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017) Este instrumento fue validado en 2002 a través de un estudio realizado por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con 280 adolescentes (Sanchez, 2002).

III.2.8 Tratamiento farmacológico

Generalmente los medicamentos utilizados en el trastorno de ansiedad en el paciente adulto y el paciente pediátrico son los mismos ya que no hay estudios controlados con alta especificidad por lo que se ha dificultado realizar una guía para el tratamiento de trastornos de ansiedad en edades pediátricas. Los tratamientos farmacológicos buscan aliviar los síntomas y restaurar la funcionalidad premórbida del paciente. Es importante proporcionar información sobre los posibles efectos secundarios, los síntomas de abstinencia al interrumpir el tratamiento y la duración recomendada del mismo. Las benzodiazepinas han resultado ser eficaces, pero se asocia a mayor riesgo de adicción, accidentes automovilísticos y ansiedad de rebote por lo que es de primera elección en otro tipo de fobias. De primera elección se utilizan los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (CENETEC, 2010)(Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2017)

La función de la serotonina es la de regular la vigilia, las conductas sexuales y las emociones, la percepción del dolor y el tono muscular. Cuando se inicia el tratamiento siempre será con dosis bajas y si la respuesta a la dosis óptima de los ISRS es inadecuada (4-6 semanas) o no son bien tolerados debe cambiarse a otro ISRS. Si se suspende de forma brusca el tratamiento, se pueden presentar náuseas, cefalea, parestesias, malestar general. (Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2017).

Sertralina: En adolescentes, el perfil farmacológico de la sertralina no difiere significativamente del de los adultos. Después de administrar sertralina por vía oral durante 14 días, se observan concentraciones plasmáticas máximas aproximadamente entre 4.5 y 8.5 horas después de la dosis, con una vida media de 22-36 horas. Sufre metabolismo de primer paso y se excreta por orina y heces. La sertralina carece de efecto estimulante, sedante, anticolinérgica, cardiopélica, sin afinidad por receptores muscarínicos, dopaminérgicos, adrenérgicos, Gaba, benzodiazepinas. Está contraindicado en personas alérgicas a sertralina y en personas que consuman inhibidores de la MAO ya que pueden presentar hipertermia, rigidez, fluctuaciones rápidas de los signos vitales, inestabilidad autónoma. La administración de sertralina no

potencia los efectos del alcohol, carbamazepina, haloperidol o fenitoína, pero no se recomienda la combinación con alcohol. Se pueden encontrar alteraciones en laboratorios como el incremento de bilirrubina, aumento de colesterol 3% y triglicéridos 5%, disminución del ácido úrico 7% los cuales se normalizan al suspender el consumo de sertralina. El tratamiento comienza con una dosis de 25 mg/día y se va aumentando hasta máximo 200 mg/día. (Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2017) (Diccionario de Especialidades Farmacéuticas para los Médicos [PLM], 2004d)

Fluoxetina: los alimentos no afectan su absorción, la vida media es de 50 horas y de su metabolito activo dura de 7 – 9 días por lo que su pico de acción se inicia de 1 a 4 semanas. Su eliminación es por vía renal y heces. Está contraindicado en pacientes alérgicos a fluoxetina, en personas con crisis convulsivas o de ausencia debido a que el uso de fluoxetina puede presentar crisis convulsivas, se metaboliza en el hígado así que en pacientes con alteraciones en la función del hígado necesitaran ajuste de dosis. No se recomienda en personas que consuman inhibidores de la MAO ya que pueden presentar hipertermia, rigidez, fluctuaciones rápidas de los signos vitales, inestabilidad autónoma. No se recomienda con el consumo de alcohol ya que su efecto se potencializa. Como hallazgos de laboratorio se pueden encontrar anomalías en la agregación plaquetaria, hiponatremia y alteraciones en la glucosa en pacientes diabéticos. Aunque la dosis indicada es de 20 mg/día por 1 – 2 meses, algunos pacientes suelen responder con dosis de 5 – 10 mg/día. (Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2017) (PLM, 2024b)

Paroxetina: se destaca por su potencia elevada, inicio rápido y duración prolongada después de la administración oral. Además, no genera alteraciones en la función cognitiva ni en la coordinación motriz en pacientes sanos. No tiene metabolitos farmacológicamente activos. No produce alteración en la función cognoscitiva o de coordinación motriz en paciente sano. Carece de efectos importantes sobre variables cardíacas, produce midriasis sin importancia clínica significativa, cambios en el electrocardiograma, efectos sobre el patrón del sueño, aunque no produce

sedación, el consumo de paroxetina en dosis matutinas mejora la calidad del sueño. Tiene mecanismo del primer paso. La eliminación casi por completo es a través del metabolismo en 98% (a través de oxidación, metilación, conjugación). Los niveles sistémicos estables inician a partir de los 7 – 14 días. Está contraindicado en alergia a paroxetina, embarazo, lactancia, administración simultánea con inhibidores de la MAO. La dosis inicial es de 10 mg/día máximo 60 mg/día. (Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2017) (PLM, 2024c)

Citalopram: la concentración estable es después de 1 a 2 semanas de consumo diario del fármaco, pero el efecto se establece de 2 a 4 semanas. Está contraindicado en personas alérgicas a citalopram y en personas que consumen inhibidores de la MAO. La dosis se inicia con 10 mg y se puede aumentar hasta 60 mg/día. (Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2017) (PLM, 2024a)

III.3 Familia

III.3.1 Concepto de familia.

El concepto de familia tiene múltiples definiciones, por lo que no hay una definición universal. En la era del nomadismo, la familia era un grupo de personas que se desplazaban juntas. En la actualidad la familia se caracteriza por ser una agrupación concreta de personas que comparten relaciones de parentesco entre sí. Estas conexiones pueden surgir a través del matrimonio o de una red de interacciones personales. De número de miembros variables, los cuales no siempre conviven en el mismo lugar, existe la responsabilidad de guiar y proteger a sus miembros lo cual permite a cada individuo sentirse cómodo y seguro. La unidad básica de la familia más dominante es la que involucra a un marido, mujer e hijos, aunque no solo es la relación entre sí, es más una organización biopsicosocial con diversas relaciones funcionales el cual tiene el potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse. (Membrillo, 2008^a)(Huerta, 2005^a)

Tabla 4. Clasificación de familia por su conformación

Nombre	Conformación
Nuclear o elemental	Una pareja con o sin hijos. Viven juntos bajo el mismo techo
Monoparental o uniparental	Familia con un solo padre ya sea por soltería, fallecimiento, separación o divorcio
Extensa o consanguínea	Se mantiene un vínculo generacional (más de 2 generaciones), conviven en el mismo hogar
Compuesta o ampliada	Puede ser nuclear, monoparental o extensa y además se incluyen otros miembros sin nexos consanguíneos.
Múltiple	Dos o más familias de cualquier tipo que vivan bajo el mismo techo
Equivalentes familiares	Grupo de individuos que viven en un mismo hogar sin construir un núcleo familiar propiamente (amigos que viven juntos)
Clasificación de familia por su desarrollo	
Tradicional	El padre es el proveedor y la madre está encargada en las labores del hogar y crianza de los hijos
Moderna	Ambos conyugues trabajan
Clasificación de familia de acuerdo al cumplimiento de su rol	
Integrada	Los conyugues viven juntos cumplen con sus funciones
Semi-integrada	Los conyugues viven juntos y no cumplen con sus funciones de forma adecuada.
Desintegrada	Falta alguno de los conyugues
Clasificación de familia de acuerdo a sus limites	
Amalgamadas	Con sensación exagerada de pertenencia, limites muy impermeables al exterior y permeables en sus límites en sus subsistemas.
Desvinculadas	Limites muy permeables al exterior y muy impermeables en sus límites en sus subsistemas.

Nota: Adaptado de apoyo didáctico para el taller de estudio de salud familiar. Por Terrazas Rodríguez, 2022

III.3.2 Estadísticas de la familia

En la encuesta de INEGI 2020 de los 668, 487 hogares en el estado de Querétaro, para el año 2017 existían 373 669 hogares con familias nucleares, 91 260 hogares monoparentales y 111 105 hogares ampliados (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020)

III.3.3 Tipología de la familia

Dentro del estudio de la tipología familiar se pretende identificar los elementos que la componen entre los cuales están el número de integrantes y la relación que existe entre ellos, el contexto económico, demográfico, la calidad de sus interacciones y el desarrollo (Huerta, 2005^a) (Membrillo, 2008b)

III.3.4 Estructura familiar

La estructura de una familia nuclear tiene subsistemas las cuales desempeñan funciones que a continuación se mencionaran (Huerta, 2005b)

El subsistema conyugal es cuando un hombre y mujer deciden estar unidos para formar una familia, en el cual ambas partes deben ceder parte de su individualidad y construir un refugio ante el estrés y cada conyugue debe ceder sin sentirse vencido.

- Subsistema paterno-filial el nacimiento de un hijo ocasiona una reorganización de la organización familiar sin renunciar al sistema conyugal.
- Subsistema fraterno es cuando el hijo experimenta relaciones con sus pares, en este se aprende a negociar, compartir, cooperar y competir.

III.3.5 Funcionalidad familiar

La familia tiene funciones específicas dependiendo la rama que nace de esta, puede ser psicológica, sociológica y cultural como lo son el asegurar la subsistencia de cada miembro como lo es el abrigo, religión, comunicación,

afecto, el alimento, seguridad física y satisfacción sexual de la pareja, promover el afecto a fin de ser capaces de poder socializar con otros seres humanos, perpetuar tradiciones y valores. Estas funciones no tienen un orden determinado, todo depende de las necesidades que van surgiendo en el momento (Huerta, 2005^a) (Membrillo, 2008c)

Una familia funcional cumple con las tareas que se deben cumplir de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre para proveer de nuevos miembros a la sociedad, en la cual los hijos no presentan trastornos graves de conducta, le permite al grupo progresar de crisis en crisis, promoviendo el desarrollo de cada individuo hacia la madurez (Huerta, 2005^a) (Membrillo, 2008c)

Para evaluar si una familia es disfuncional se debe conocer los criterios de una familia funcional como lo es: (Huerta, 2005b) (Membrillo, 2008c)

- Comunicación que es el intercambio de la información dentro del núcleo familiar la cual debe ser clara, congruente, específica y directa. Se refiere a la comunicación verbal como la no verbal.
- Armonía lo cual es corresponder a los intereses y necesidades de cada miembro de la familia y lograr un equilibrio emocional positivo.
- Cohesión: es el vínculo emocional que se tiene entre los miembros de la familia y que a su vez genera una autonomía individual dentro de la toma de decisiones para la búsqueda de la solución para cada problema y tarea cotidiana.
- Adaptabilidad: es la reacción a eventos críticos suficientemente flexible para poder adaptarse a las demandas. Se refiere al apoyo y la capacidad de poder utilizar recursos obtenidos del aprendizaje intra y extra familiar para resolver problemas, cambiar estructuras y mejorar el desarrollo familiar.
- Permeabilidad la cual ayuda a la familia a recibir y brindar destrezas de otras familias o instituciones.

- Afectividad que es la capacidad de demostrar sentimientos y emociones positivas dentro de los miembros de la familia; incluye amor, cariño, ternura, preocupación, manifestaciones físicas de afecto. Si la familia es capaz de permitir las emociones, el individuo tendrá un mejor desempeño social.
- Establecer Roles (responsabilidades y funciones) a cada miembro de la familia, las cuales son negociadas dentro de esta. Estos son las conductas que se esperan de cada integrante de la familia, están asociadas a las funciones que cumple dentro de esta o el rango que posee y que a su vez incluye ciertos tipos de derechos y obligaciones. Los roles están relacionados a los estilos de vida de cada familia y pueden ser asumidas, asignadas, funcionales, disfuncionales, múltiples.

Existen diversas escalas para valorar la funcionalidad familiar entre ellas está el cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL), la cual consta de 14 reactivos a las cuales se les otorga una puntuación del 1 al 5 que va desde casi nunca a casi siempre y se logra obtener una calificación para interpretar la funcionalidad familiar. De 57 a 70 se cataloga como una familia funcional. De 43 a 56 como una familia moderadamente funcional. De 28 a 42 como una familia disfuncional y de 14 a 27 como una familia severamente disfuncional (Fuentes y Merino, 2016)

III.3.6 Funcionalidad familiar y ansiedad.

En una investigación realizada en Caribe demostró que el ambiente familiar tiene una fuerte interacción con la regulación de emociones y el ajuste psicológico en el adolescente, en donde se cumplían las funciones básicas de la familia, el adolescente tenía mayor autoestima, satisfacción en la vida, en adolescentes que no cumplían estas funciones básicas había más depresión y comportamientos derivados e insatisfacción por la vida (Restrepo, 2022)

En otro estudio que se realizó en 2023 utilizando la escala FF-SIL y el test Ansiedad rasgo en adolescentes se llegó a la conclusión que los adolescentes que perciben a su familia funcional tienen una distribución de frecuencia de rasgo de ansiedad en un 9.16% y una baja frecuencia de ansiedad en un 16.05%. Con una familia moderadamente funcional tienen una distribución de frecuencia de rasgo de ansiedad en un 27.06% y una baja frecuencia de ansiedad en un 21.55%. con una familia disfuncional tienen una distribución de frecuencia de rasgo de ansiedad en un 22.93% y una baja frecuencia de ansiedad en un 2.29%.y con una familia severamente disfuncional tienen una distribución de frecuencia de rasgo de ansiedad en un 0.9% y una baja frecuencia de ansiedad en un 0% (Hinostroza, 2023)

En un estudio que se realizó en Toluca se concluyó que si dentro de la familia existe un desajuste emocional o existen problemas de comunicación, conflictos o violencia. Es probable que algún otro miembro de la familia como los hijos presenten estrés y ansiedad, debido a una regulación emocional inadecuada (Flores y Navarrete, 2023).

La percepción del adolescente y su funcionalidad familiar nos ayuda a interpretar los recursos emocionales con los que cuenta, una buena funcionalidad familiar se relaciona a menor nivel de depresión y ansiedad (Loya, 2024).

Las deficiencias familiares como lo son la falta de comunicación, la inseguridad, la falta de confianza entre los miembros de la familia entorpece los vínculos sociales y afectivos del adolescente. Las relaciones entre cada miembro de la familia trascienden a otros ámbitos ya sea de forma favorable o desfavorable. La escuela y la familia son dos microsistemas de mayor influencia en los adolescentes para cumplir expectativas, metas y objetivos a corto y mediano plazo así también pueden presentar conductas de riesgo (García y González, 2022)

En la tesis de Ceja Bojorge se concluye que la funcionalidad familiar influye en el grado de ansiedad de los pacientes y que también

está relacionada al tipo de familia que se tiene, en donde las familias con padres divorciados tienen mayor frecuencia de ansiedad (Ceja y Blanco, 2025)

La familia y la escuela son entornos importantes en el adolescente, que puede influir en las funciones psicológicas avanzadas, en un estado de confinamiento el adolescente se encuentra en una etapa de crisis y duelo, en el cual es importante tener a la familia como factor protector para favorecer el desarrollo integral de éstos, lo contrario la disfuncionalidad familiar vulneran a los adolescentes (González, 2022)

IV. Hipótesis

Ho: La prevalencia de funcionalidad familiar funcional y trastorno de ansiedad en los adolescentes es del ≤ 9.16 %, y la prevalencia de funcionalidad familiar funcional sin trastorno de ansiedad es del $\leq 16.05\%$

Ha: La prevalencia de funcionalidad familiar funcional y trastorno de ansiedad en los adolescentes es del > 9.16 %, y la prevalencia de funcionalidad familiar funcional sin trastorno de ansiedad es del $> 16.05\%$

Ho: La prevalencia de funcionalidad familiar moderada y trastorno de ansiedad en los adolescentes es del ≤ 27.06 %, y la prevalencia de funcionalidad familiar moderada sin trastorno de ansiedad es del $\leq 50\%$

Ha: La prevalencia de funcionalidad familiar moderada y trastorno de ansiedad en los adolescentes es del > 27.06 %, y la prevalencia de funcionalidad familiar moderada sin trastorno de ansiedad es del $> 50\%$.

Ho: La prevalencia de funcionalidad familiar disfuncional y trastorno de ansiedad en los adolescentes es del ≤ 22.93 %, y la prevalencia de funcionalidad familiar disfuncional sin trastorno de ansiedad es del $\leq 2.29\%$

Ha: La prevalencia de funcionalidad familiar disfuncional y trastorno de ansiedad en los adolescentes es del > 22.93 %, y la prevalencia de funcionalidad familiar disfuncional sin trastorno de ansiedad es del $> 2.29\%$

Ho: La prevalencia de funcionalidad familiar severamente disfuncional y trastorno de ansiedad en los adolescentes es del ≤ 0.9 %, y la prevalencia de funcionalidad familiar disfuncional sin trastorno de ansiedad es del $\leq 0\%$

Ha: La prevalencia de funcionalidad familiar severamente disfuncional y trastorno de ansiedad en los adolescentes es del $> 0.9\%$, y la prevalencia de funcionalidad familiar disfuncional sin trastorno de ansiedad es del $> 0\%$

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

- Determinar la asociación del nivel de funcionamiento familiar y el trastorno de ansiedad en adolescentes de 12 a 15 años.

V.2 Objetivos específicos

- Identificar la asociación entre el trastorno de ansiedad en adolescentes de 12 a 15 años y la familia funcional.
- Identificar la asociación entre el trastorno de ansiedad en adolescentes de 12 a 15 años y la familia moderadamente funcional.
- Identificar la asociación entre el trastorno de ansiedad en adolescentes de 12 a 15 años y la familia disfuncional.
- Identificar la asociación entre el trastorno de ansiedad en adolescentes de 12 a 15 años y la familia extremadamente disfuncional.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Estudio trasversal, de asociación, analítico, comparativo.

VI.2 Población

La población de estudio son adolescentes entre 12- 15 años, derechohabiente de la unidad de medicina familiar número 15

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

- Fórmula para tamaño de muestra para dos proporciones

$$p_1 = 0.09$$

$$q_1 = 0.91$$

$$P_0 = 0$$

$$q_0 = 1$$

$$Z_\alpha =$$

$$97.5\% \quad 1.96$$

$$Z_\beta = 0.84$$

$$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 (p_1 q_1 + p_0 q_0)}{(p_1 - p_0)^2}$$

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2 (0.081 + 0)}{(0.09 - 0)^2}$$

$$n = \frac{(7.84)(0.081)}{(0.0081)}$$

$$n = \frac{0.635}{0.0081}$$

$$n = 78$$

El tamaño de muestra corresponde a 78 para cada grupo.

Grupo 1. Adolescentes de 12 a 15 años con trastorno de ansiedad.

Grupo 2. Adolescentes de 12 a 15 años sin trastorno de ansiedad

Se realizó una técnica muestral No probabilístico por conveniencia

VI. 3.1 Criterios de selección

Se incluyeron a Adolescentes de 12 a 15 con Seguridad Social en UMF No. 15 del IMSS con un consentimiento informado firmado por el padre o tutor y un asentimiento informado firmado por el adolescente.

Se excluyeron a adolescentes con enfermedad psiquiátrica diagnosticada o retraso cognitivo que le impidiera comprender las preguntas de los cuestionarios. Se eliminaron aquellos participantes que tuvieron cuestionarios incompletos.

VI. 3.2 Variables estudiadas

Las variables sociodemográficas estudiadas fueron la edad, genero, escolaridad, ocupación y el tipo de familia. Las variables clínicas del comportamiento como ansiedad y la percepción de su funcionalidad familiar.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Se utilizó una hoja de recolección de datos foliada para su adecuada identificación, que contenía un cuestionario de variables sociodemográficas para conocer las características generales de la población de estudio, así como el instrumento de evaluación para ansiedad el cual fue el Autoreporte de ansiedad para adolescentes, el cual es una adaptación de la escala SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders) validado en 2002, con un estudio realizado por la UNAM y aceptado como método de tamizaje por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz. Consta de 41 reactivos que califican de nunca: 0, Algunas veces: 1 y siempre: 2. En donde el punto de corte es 25, con el cual existe la posibilidad de al menos el 70% el adolescente tenga algún trastorno de ansiedad; así como el cuestionario FF-SIL que evaluó la percepción de la funcionalidad familiar y la cual consta de 14 reactivos a las cuales se les otorga una puntuación del 1 al 5 que va desde casi nunca a casi siempre y se logra obtener una calificación

para interpretar la funcionalidad familiar. De 57 a 70 se cataloga como una familia funcional. De 43 a 56 como una familia moderadamente funcional. De 28 a 42 como una familia disfuncional y de 14 a 27 como una familia severamente disfuncional. Se evalúan las siguientes dimensiones con los ítems. 1 y 8 para cohesión, 2 y 13 para armonía, 5 y 11 para comunicación, 7 y 12 para permeabilidad, 4 y 1 para afectividad, 3 y 9 para roles y 6 y 10 para adaptabilidad.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el Comité Local de Investigación, se solicitó una carta de no inconveniencia a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la Unidad de Medicina Familiar No.15 de Querétaro. Se acudió en contra turno para no perjudicar las actividades académicas del residente y se identificaron aquellos adolescentes que por criterios de inclusión fueran candidatos a contestar los cuestionarios. Posteriormente me presente con el adolescente y el padre que acompañaba al menor en la consulta diciendo nombre completo, especialidad y grado en curso, así como nombre del protocolo y el objetivo general del proyecto de investigación. Se preguntó al menor y al padre o tutor si accedía a contestar los cuestionarios y se indago sobre los criterios de exclusión. Cuando ambas partes acceden se dirigió a consultorio escuela para tener un medio privado y se explicó lo estipulado en el consentimiento informado, se aclaró que los resultados no se suben al Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) ni se entregan a su médico familiar. Se proporciona un lugar privado, cuestionarios autoaplicables y pluma azul para poder contestar los cuestionarios. Se informó el resultado a cada padre y adolescente, aclarando que no es un diagnóstico, sino una prueba que nos menciona la posibilidad de tener algún trastorno de ansiedad, en casos positivos se sugirió informar al médico familiar para valorar el envío a servicio de psicología o trabajo social para su manejo reiterando que los resultado no se ingresan al SIMF. Posterior a esto me despido de cada uno de ellos agradeciendo su participación.

VI.5.1 Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el programa “IBM SPSS estadístico versión 24”. El análisis estadístico descriptivo porcentajes, promedios, frecuencias e IC al 95% y el análisis analítico se realiza con chi cuadrada, t de student.

VI.5.2 Consideraciones éticas

El presente estudio fue sometido a evaluación y aprobación para su realización por un comité de ética e investigación local en salud.

En presente trabajo se tomaron en cuenta las recomendaciones hechas en la declaración de Helsinki, en la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluida la investigación de material humano y de información. En este caso no se requiere consentimiento informado para realizar el estudio.

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, según el artículo 17 sección II, este estudio se clasifica con “riesgo mínimo” en donde se utilizan datos sensibles de los pacientes y se realizan intervenciones que no modifican sus variables fisiológicas, pero si se realizaran preguntas sobre su interpretación en cuestión de tipo y funcionalidad familiar así como se obtendrán datos para detectar adolescente con trastorno de ansiedad generalizada, los cuales no comprometen el estado de salud de los participantes pero podría generar malestar emocional. De acuerdo al informe Belmont se consideraron tres principios éticos básicos: respeto a las personas, beneficencia y justicia. El respeto a las personas se implementó al obtener el consentimiento informado de los adolescentes que participaron en esta investigación, así como informarles los objetivos de la misma y al ellos decidir participar de forma voluntaria. La para que pudiera responder los beneficencia se obtuvo cuando se otorgó un espacio discreto, tranquilo y aislado cuestionarios de forma tranquila, sin sentirse observado o

presionado, así como notificarles el resultado para poder recibir la ayuda que necesitaban. La justicia se aseguró en el momento en que los participantes fueron seleccionados de manera justa, aleatoria y sin discriminación.

Se informó a los participantes cuál es el tema de la investigación, así como el propósito del estudio, las implicaciones de este y se detalló el procedimiento mencionando que la participación fue voluntaria y que no tuvo costo alguno ni incentivo de otra índole. Asimismo, se utilizó el consentimiento informado y asentimiento informado. Se garantizó la dignidad y bienestar a los pacientes sometidos a investigación, en todo momento se trató al personal de salud con respeto.

VII. Resultados

Se incluyeron adolescentes de 12 a 15 años de la UMF 15. Se estudiaron en dos grupos de acuerdo a la variable de estudio. El Grupo 1 corresponde a adolescentes con trastorno de ansiedad (n=86) y el grupo 2 corresponde a adolescentes sin trastorno de ansiedad (n=86).

En el grupo 1 el promedio de edad fue de 13.34 años, (IC 95%, 6.2-20.5), para el grupo 2 la edad fue 13.17 (IC 95%, 6- 20.3), con una diferencia estadísticamente no significativa ($p=0.342$), por lo que se considera que la población estudiada es homogénea de acuerdo a la edad (Tabla VII.1).

De acuerdo al sexo, en el grupo 1 predominó el femenino 52% (IC 95%, 60.5-50.2), en el grupo 2 el sexo masculino corresponde a 51.2% (IC95% 40.6- 61.8), con una diferencia estadísticamente no significativa ($p=0.368$), por ello se considera que la población estudiada es homogénea desde esta variable (Tabla VII.2).

En lo que corresponde a la ocupación en el grupo 1 los estudiantes corresponden al 98.8% (IC 95% 96.5- 101.1), empleado 1.2% (IC 95% 1.1- 3.5). Para el grupo 2 los estudiantes corresponden al 98.8% (IC 95% 96.5- 101.1), hogar 1.2% (IC 95% 1.1- 3.5), con una diferencia estadísticamente no significativa ($p=0.126$) por lo que se considera que la población estudiada es homogénea desde esta variable (Tabla VII.2).

En el tipo de familia por su composición para el grupo 1, la familia nuclear simple 36.7 % (IC 95% 26.5- 46.9), nuclear numerosa 19.8% (IC 95% 11.4-28.2), monoparental 26.7% (IC 95% 17.3 – 36.1), extensa 36.7 % (IC 95% 26.3 – 46.9). En el grupo 2 la familia nuclear simple 27.9 % (IC 95% 18.4- 37.4), nuclear numerosa 19.8% (IC 95% 11.4-28.2), monoparental 32.6% (IC 95% 22.7- 42.5), extensa 19.8 % (IC 95% 11.4- 28.2) con una diferencia estadísticamente no significativa ($p=0.703$), por lo que se considera una población estudiada similar en relación a la tipología familiar (Tabla VII.2).

Sobre la dimensión de cohesión en el grupo de adolescentes con trastorno de ansiedad, en una familia funcional fue de 41.8% (IC 95 31.4-52.2), familia moderadamente funcional 27.9% (IC 18.4- 37.4), familia disfuncional 25.5% (IC 95 16.3- 34.7), familia severamente disfuncional 4.6% (IC 95% 0.2- 9). Para el grupo de adolescentes sin trastorno de ansiedad, en una familia funcional fue de 66.2% (IC 95 56.2- 76.2), familia moderadamente funcional 22% (IC 13.2- 30.2), familia disfuncional 10.4% (IC 95 3.9- 16.9), familia severamente disfuncional 1.1% (IC 95% 1.1- 3.4). Con una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.006$) por lo que se considera en esta variable una familia funcional tiene cohesión en los adolescentes sin ansiedad (tabla VII. 3).

Sobre la dimensión de armonía en el grupo de adolescentes con trastorno de ansiedad, en una familia funcional fue de 33.7% (IC 95 23.7- 43.7), familia moderadamente funcional 40.6% (IC 95% 30.2- 51), familia disfuncional 16.2% (IC 95 8.4- 24), familia severamente disfuncional 9.3% (IC 95% 2.3- 13.7). Para el grupo de adolescentes sin trastorno de ansiedad, en una familia funcional fue de 61.6% (IC 95 51.3- 71.9), familia moderadamente funcional 19.7% (IC 11.3- 28.1), familia disfuncional 15.1% (IC 95 7.5- 22.7), familia severamente disfuncional 3.4% (IC 95% 0.4- 7.2). Con una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.001$) por lo que se considera que en esta variable una familia funcional tiene armonía en los adolescentes sin ansiedad (tabla VII. 3).

Sobre la dimensión de comunicación en el grupo de adolescentes con trastorno de ansiedad, en una familia funcional fue de 29% (IC 95 19.4- 38), familia moderadamente funcional 34.8% (IC 95% 24.7- 44.9), familia disfuncional 23.2% (IC 95% 14.3- 32.1), familia severamente disfuncional 12.7% (IC 95% 5.7-19.7). Para el grupo de adolescentes sin trastorno de ansiedad, en una familia funcional fue de 55.8% (IC 95 45.3- 66.3), familia moderadamente funcional 31.3% (IC 95% 21.5- 41.1), familia disfuncional 10.4% (IC 95 3.9- 16.9), familia severamente disfuncional 2.3% (IC 95% 0.9- 5.5). Con una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.000$) por lo que se

considera que en esta variable una familia funcional tiene comunicación en los adolescentes sin ansiedad (tabla VII. 3).

Sobre la dimensión de permeabilidad en el grupo de adolescentes con trastorno de ansiedad, en una familia funcional fue de 23.2% (IC 95 14.3- 32.1), familia moderadamente funcional 38.3% (IC 95% 28- 48.6), familia disfuncional 29% (IC 95 19.4- 38.6), familia severamente disfuncional 9.3% (IC 95% 3.2- 15.4). Para el grupo de adolescentes sin trastorno de ansiedad, en una familia funcional fue de 44.1% (IC 95 33.6- 54.6), familia moderadamente funcional 32.5% (IC 22.6- 42.4), familia disfuncional 18.6% (IC 95 10.4- 26.8), familia severamente disfuncional 4.6% (IC 0.2- 9). Con una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.025$) por lo que se considera que en esta variable una familia funcional tiene permeabilidad en adolescentes sin ansiedad (tabla VII. 3).

Sobre la dimensión de afectividad en el grupo de adolescentes con trastorno de ansiedad, en una familia funcional fue de 52.3% (IC 95 41.7- 62.9), familia moderadamente funcional 25.5% (IC 95% 16.3- 34.7), familia disfuncional 12.7% (IC 95 5.7- 19.7), familia severamente disfuncional 9.3% (IC 95% 3.2- 15.4). Para el grupo de adolescentes sin trastorno de ansiedad, en una familia funcional fue de 56.9% (IC 95 46.4- 67.4), familia moderadamente funcional 27.9% (IC 18.4- 37.4), familia disfuncional 12.7% (IC 95 5.7- 19.7), familia severamente disfuncional 2.3% (IC 0.9- 5.5). Con una diferencia estadísticamente no significativa ($p= 0.277$) por lo que se considera que en esta variable no hay una diferencia significativa entre la afectividad que sienten los adolescentes con y sin ansiedad en relación con su funcionalidad familiar (tabla VII. 3).

Sobre la dimensión de roles en el grupo de adolescentes con trastorno de ansiedad, en una familia funcional fue de 39.5% (IC 95 29.2- 49.8), familia moderadamente funcional 33.7% (IC 95% 23.7- 43.7), familia disfuncional 15.1% (IC 95 7.1- 22.7), familia severamente disfuncional 11.6% (IC 95% 4.8- 18.4). Para el grupo de adolescentes sin trastorno de ansiedad, en una familia funcional fue de 63.9% (IC 95 53.7- 74.1), familia moderadamente funcional

20.9% (IC 12.3.6- 29.5), familia disfuncional 11.6% (IC 95 4.8- 18.4), familia severamente disfuncional 3.4% (IC 0.4- 7.2). Con una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.009$) por lo que se considera que desde esta variable, una familia funcional tiene roles establecidos en adolescentes sin ansiedad. (tabla VII. 3).

Sobre la dimensión de adaptabilidad en el grupo de adolescentes con trastorno de ansiedad, en una familia funcional fue de 32.5% (IC 95 22.6- 42.4), familia moderadamente funcional 38.3% (IC 95% 28- 48.6), familia disfuncional 22% (IC 95% 13.2- 30.8), familia severamente disfuncional 6.9% (IC 95% 1.5- 12.3). Para el grupo de adolescentes sin trastorno de ansiedad, en una familia funcional fue de 52.3% (IC 95 41.7- 62.9), familia moderadamente funcional 32.5% (IC 95 22.6- 42.4), familia disfuncional 9.3% (IC 95 3.2- 15.4), familia severamente disfuncional 5.9% (IC 0.9- 10.9). Con una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.030$) por lo que se considera desde esta variable una familia funcional tiene adaptabilidad en adolescentes sin ansiedad. (tabla VII. 3).

En el grupo de adolescentes con ansiedad; con una familia funcional y composición nuclear simple fue de 26.1% (IC 95% 5.2-47), nuclear numerosa 11.8% (IC 95% 3.5- 27.1), monoparental 13% (IC 95% 3.0- 29), extensa 26.1% (IC 5.2- 47). Con una familia moderadamente funcional y composición nuclear simple fue de 47.8% (IC 95% 32.1- 63.5), nuclear numerosa 58.8% (IC 95% 43.4- 74.2), monoparental 39.1% (IC 95% 23.8- 54.4), extensa 39.1% (IC 95% 23.8- 54.4). Con una familia disfuncional y composición nuclear simple fue de 17.4% (IC 95% 2.8- 31), nuclear numerosa 29.4% (IC 95% 11.9- 46.9), monoparental 43.5% (IC 95% 24.4- 62.6), extensa 30.4% (IC 12.7- 48.1). Con una familia severamente disfuncional y composición nuclear simple fue de 8.7% (IC 95% 18.9- 36.3), monoparental 4.3% (IC 95% 15.6- 24.2), extensa 4.3% (IC 95% 15.6- 24.2) con una diferencia estadísticamente no significativa ($p= 0.605$) por lo que se obtiene que en los adolescentes con ansiedad las familias funcionales son en la mayoría compuestas por una familia nuclear y familia extensa. Las familias moderadamente funcionales son las familias con

tipología nuclear numerosa. Las familias disfuncionales son en su mayoría monoparentales y las familias severamente disfuncionales son compuestas por las familias nucleares simples (tabla VII. 4).

En el grupo de adolescentes sin ansiedad; con una familia funcional y composición nuclear simple fue de 41.7% (IC 95% 0.5-19.5), nuclear numerosa 29.4% (IC 95% 1.9- 11.9), monoparental 60.7% (IC 95% 5.1- 28.9), extensa 35.3% (IC 1.6- 13.6). Con una familia moderadamente funcional y composición nuclear simple fue de 41.7% (IC 95% 25.8- 57.6), nuclear numerosa 47.7% (IC 95% 31- 63.2), monoparental 32.1% (IC 95% 17.1- 47.1), extensa 58.8% (IC 95% 42.9- 74.7). Con una familia disfuncional y composición nuclear simple fue de 16.7% (IC 95% 9.1- 42.5), nuclear numerosa 11.8% (IC 95% 10.6- 34.2), monoparental 9.3% (IC 95% 16.5- 3.6), extensa 5.9% (IC 10.4- 22.2). Con una familia severamente disfuncional y nuclear numerosa 11.8% (IC 95% 24.7-48.3), monoparental 3.6% (IC 95% 17.5-24.7), con una diferencia estadísticamente no significativa ($p= 0.201$)) por lo que se obtiene que en los adolescentes sin ansiedad las familias funcionales son en la mayoría familias monoparentales. Las familias moderadamente funcionales son las familias extensas. Las familias disfuncionales son en su mayoría las familias con tipología nuclear simple y las familias severamente disfuncionales son compuestas por las familias nucleares numerosas (tabla VII. 5).

Tipología familiar por su funcionalidad, para el grupo 1 familia funcional con un 19.8% (IC 95% 11.4- 28.2), moderadamente funcional 45.3% (IC 95% 34.8- 55.8), disfuncional 30.2 % (IC 95% 20.5- 39.9), severamente disfuncional 4.7 % (IC 95%, 0.2- 9.2). Para el grupo 2 familia funcional con un 44.2% (IC 95% 33.7- 54.7), moderadamente funcional 43% (IC 95% 32.5- 53.5), disfuncional 9.3 % (IC 95% 3.2- 15.4), severamente disfuncional 3.5 % (IC 95%, 0.4- 7.4), con una diferencia estadísticamente no significativa ($p=0.703$). No existe una diferencia en esta variable por lo que se traduce que no hay una asociación significativa entre la ansiedad y la funcionalidad familiar (Tabla VII.6).

Tabla VII.1 Edad promedio para cada grupo de estudio.

Variable	Con ansiedad			Sin ansiedad			p
	n=86			n=86			
	IC = 95			IC = 95			
	Promedio	Inf.	Sup	Prometrdio	Inf.	Sup	
Edad (años)	13.34	6.2	20.5	13.17	6	20.3	0.342

Fuente: instrumento de recolección de datos elaborado por el investigador, 2024.

Abreviaturas: IC: intervalo de Confianza; Inf: inferior; Sup: superior. P: t de student.

Tabla VII.2. Características sociodemográficas

Variable	Con ansiedad n=86				Sin ansiedad n=86				p
	f	%	IC 95%		f	%	IC 95%		
			Inf	Sup			Inf	Sup	
Sexo									
Masculino	34	39.5	29.2	49.8	44	51.2	40.6	61.8	0.368
Femenino	52	60.5	50.2	70.8	42	48.8	38.2	59.4	
Ocupación									
Estudiante	85	98.8	96.5	101.1	85	98.8	96.5	101.1	0.126
Hogar	0	0	-	-	1	1.2	1.1	3.5	
Empleado	1	1.2	1.1	3.5	0	0	-	-	
Tipo de familia									
Familia nuclear simple	23	36.7	26.5	46.9	24	27.90	18.4	37.4	0.703
Familia nuclear numerosa	17	19.8	11.4	28.2	17	19.8	11.4	28.2	
Familia monoparental	23	26.7	17.3	36.1	28	32.6	22.7	42.5	
Familia extensa	23	36.7	26.3	46.9	17	19.8	11.4	28.2	

Fuente: instrumento de recolección de datos elaborado por el investigador, 2024.

Abreviaturas: IC: intervalo de Confianza; Inf: inferior; Sup: superior; P: Chi cuadrada; F: frecuencia; %: Porcentaje

Tabla VII.3 Funcionalidad familiar y dimensiones para cada grupo.

	Funcionalidad familiar	Con Ansiedad N= 86				Sin Ansiedad N = 86				p
				IC 95%				IC 95%		
		f	%	Inf	Sup	f	%	Inf	Sup	
Cohesión	Familia funcional	36	41.8	31.4	52.2	57	66.2	56.2	76.2	0.006
	Familia moderadamente funcional	24	27.9	18.4	37.4	19	22.0	13.2	30.2	
	Familia disfuncional	22	25.5	16.3	34.7	9	10.4	3.9	16.9	
	Familia severamente disfuncional.	4	4.6	0.2	9	1	1.1	1.1	3.4	
Armonía	Familia funcional	29	33.7	23.7	43.7	53	61.6	51.3	71.9	0.001
	Familia moderadamente funcional	35	40.6	30.2	51	17	19.7	11.3	28.1	

	funcional									
	Familia disfuncional	14	16.2	8.4	24	13	15.1	7.5	22.7	
	Familia severamente disfuncional	8	9.3	2.3	13.7	3	3.4	0.4	7.2	
Comunicación	Familia funcional	25	29	19.4	38.6	48	55.8	45.3	66.3	
	Familia moderadamente funcional	30	34.8	24.7	44.9	27	31.3	21.5	41.1	
	Familia disfuncional	20	23.2	14.3	32.1	9	10.4	3.9	16.9	0.000
	Familia severamente disfuncional	11	12.7	5.7	19.7	2	2.3	0.9	5.5	
Permeabilidad	Familia funcional	20	23.2	14.3	32.1	38	44.1	33.6	54.6	
	Familia moderadamente funcional	33	38.3	28	48.6	28	32.5	22.6	42.4	0.025

Afectividad	Familia disfuncional	25	29	19.4	38.6	16	18.6	10.4	26.8	
	Familia severamente disfuncional	8	9.3	3.2	15.4	4	4.6	0.2	9	
	Familia funcional	45	52.3	41.7	62.9	49	56.9	46.4	67.4	
	Familia moderadamente funcional	22	25.5	16.3	34.7	24	27.9	18.4	37.4	
	Familia disfuncional	11	12.7	5.7	19.7	11	12.7	5.7	19.7	0.277
	Familia severamente disfuncional	8	9.3	3.2	15.4	2	2.3	0.9	5.5	
Roles	Familia funcional	34	39.5	29.2	49.8	55	63.9	53.7	74.1	
	Familia moderadamente funcional	29	33.7	23.7	43.7	18	20.9	12.3	29.5	0.009
	Familia disfuncional	13	15.1	7.5	22.7	10	11.6	4.8	18.4	

Adaptabilidad	Familia severamente disfuncional	10	11.6	4.8	18.4	3	3.4	0.4	7.2	
	Familia funcional	28	32.5	22.6	42.4	45	52.3	41.7	62.9	
	Familia moderadamente funcional	33	38.3	28	48.6	28	32.5	22.6	42.4	
	Familia disfuncional	19	22.0	13.2	30.8	8	9.3	3.2	15.4	0.030
	Familia severamente disfuncional.	6	6.9	1.5	12.3	5	5.9	0.9	10.9	

Fuente: instrumento de funcionalidad familiar FF- SIL e instrumento de Autoreporte de Ansiedad para Adolescentes, instrumento de recolección de datos elaborado por el investigador 2024.

Abreviaturas: IC: intervalo de Confianza; Inf: inferior; Sup: superior; P: Chi cuadrada, F: frecuencia; %: Porcentaje

Tabla VII.4 Funcionalidad familiar y tipo de familia en el grupo de adolescentes con ansiedad.

Fuente: instrumento de funcionamiento de familia	Tipo de familia	Funcionalidad familiar															
		Familia funcional N=17				Familia moderadamente funcional N=39				Familia disfuncional N=26				Familia severamente disfuncional. N=4			
		IC = 95				IC = 95				IC = 95				IC = 95			
		f	%	Inf	Sup	f	%	Inf	Sup	f	%	Inf	Sup	f	%	Inf	Sup
	Familia nuclear simple	6	26.1	5.2	47	11	47.8	32.1	63.5	4	17.4	2.8	31	2	8.7	18.9	36.3
	Familia nuclear numerosa	2	11.8	3.5	27.1	10	58.8	43.4	74.2	5	29.4	11.9	46.9	0	0	-	-
	Familia monoparental	3	13.0	3.0	29	9	39.1	23.8	54.4	10	43.5	24.4	62.6	1	4.3	15.6	24.2
	Familia extensa	6	26.1	5.2	47	9	39.1	23.8	54.4	7	30.4	12.7	48.1	1	4.3	15.6	24.2

Ansiedad para Adolescentes, instrumento de recolección de datos elaborado por el investigador 2024 Abreviaturas: IC: intervalo de Confianza; Inf: inferior; Sup: superior; P: Chi cuadra. F: frecuencia; %: Porcentaje

Tabla VII.5 Funcionalidad familiar y tipo de familia en el grupo de adolescentes sin ansiedad.

Tipo de familia	Funcionalidad familiar																p
	Familia funcional N=38				Familia moderadamente funcional N=37				Familia disfuncional N=8				Familia severamente disfuncional. N=3				
	IC = 95				IC = 95				IC = 95				IC = 95				
	f	%	Inf	Sup	f	%	Inf	Sup	f	%	Inf	Sup	f	%	Inf	Sup	
Familia nuclear simple	10	41.7	0.5	19.5	10	41.7	25.8	57.6	4	16.7	9.1	42.5	0	0	-	-	0.201
Familia nuclear numerosa	5	29.4	1.9	11.9	8	47.1	31	63.2	2	11.8	10.6	34.2	2	11.8	24.7	48.3	
Familia monoparental	17	60.7	5.1	28.9	9	32.1	17.1	47.1	1	3.6	9.3	16.5	1	3.6	17.5	24.7	
Familia extensa	6	35.3	1.6	13.6	10	58.8	42.9	74.7	1	5.9	10.4	22.2	0	0	-	-	

Fuente: instrumento de funcionalidad familiar FF- SIL e instrumento de Autoreporte de Ansiedad para Adolescentes, instrumento de recolección de datos elaborado por el investigador 2024.

Abreviaturas: IC: intervalo de Confianza; Inf: inferior; Sup: superior; P: Chi cuadrada, F: frecuencia; %: Porcentaje.

Tabla VII.6 Funcionalidad familiar y ansiedad.

Tipo de familia	Ansiedad. N=86				No ansiedad N=86				p
	f	%	IC = 95		f	%	IC= 95		
			Inf	Sup			Inf	Sup	
Familia funcional	17	19.8	11.4	28.2	38	44.2	33.7	54.7	0.703
Familia moderadamente funcional	39	45.3	34.8	55.8	37	43.0	32.5	53.5	
Familia disfuncional	26	30.2	20.5	39.9	8	9.3	3.2	15.4	
Familia severamente disfuncional.	4	4.7	0.2	9.2	3	3.5	0.4	7.4	

Fuente: instrumento de funcionalidad familiar FF- SIL e instrumento de Autoreporte de Ansiedad para Adolescentes, 2024.

Abreviaturas: IC: intervalo de Confianza; Inf: inferior; Sup: superior; P: Chi cuadrada, F: frecuencia; %: Porcentaje.

IX. Discusión

Los problemas de salud mental son una de las principales afectaciones entre los adolescentes y dentro de ellas, el trastorno de ansiedad es la segunda causa más frecuente después de la depresión, el cual ha ido en aumento de forma importante a partir de la pandemia de COVID-19. Este trastorno puede afectar el bienestar emocional, social, familiar y académico. Hay que tomar en cuenta que en esta etapa de cambios físicos y emocionales es de suma importancia que el ambiente familiar sea óptimo para cada miembro de la familia, incluyendo a los adolescentes para poder implementar estrategias saludables para regular las emociones y en caso de ser necesario se reciba el tratamiento óptimo para los miembros de la familia. (Secretaria de Salud, 2015) (Instituto Mexicano del Seguro Social) Este estudio no es diagnóstico para trastorno de ansiedad, sino que es un tamizaje para detectar a adolescentes que tienen alto riesgo trastorno de ansiedad. Lo que nos permite poder realizar atenciones oportunas a estos adolescentes.

En los resultados obtenidos en esta investigación sobre los datos de funcionalidad familiar y ansiedad el 32% tienen la percepción de una familia funcional y de estos el 19.8% fueron positivos al autoreporte de ansiedad, el 44.2% de familia moderadamente funcional, el 45.3% fueron positivos al autoreporte de ansiedad. Para la familia disfuncional el 19.8% el 30.2% fueron positivos al autoreporte de ansiedad. Para la familia severamente disfuncional el 41% el 4.7 % fueron positivos al autoreporte de ansiedad mientras que en el estudio que realizó Hinostroza en 2023 sobre la funcionalidad familiar en el grupo de adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar con ansiedad este estudio reportó que el 25.2% tienen una percepción de familia funcional y una frecuencia de rasgo de ansiedad de un 9.16 %. El 48.6% tienen una percepción de familia moderadamente funcional y una frecuencia de rasgo de ansiedad de un 27.06 %. El 25.2% tienen una

percepción de familia disfuncional y una frecuencia de rasgo de ansiedad de un 22.93 %. El 0.9% tienen una percepción de familia severamente disfuncional y una frecuencia de rasgo de ansiedad de un 0.9 %,

Los resultados de esta investigación demuestran que existe una relación homogénea entre funcionalidad familiar y ansiedad en esta población de adolescentes con una $p = 0.703$, estos resultados son similares a los obtenidos por Caguana en su artículo “La funcionalidad familiar y su relación con la ansiedad en adolescentes” (2022) en los que los resultados señalaron con una $p = 0.216$ que no existe relación entre funcionalidad familiar y en ambas poblaciones la familia moderadamente funcional estuvo presente en un 44% y siendo diferente el porcentaje de sexo de los participantes.

Los resultados de Caguana (2022) y de Bueno (2019) establecieron que no hay relación entre la funcionalidad familiar y ansiedad con una $p = 0.201$ con una muestra de 190 adolescentes en los cuales identifican en un 51.6 % a una familia funcional y en un 30.5% a una familia disfuncional, frecuencias muy similares a este estudio con una percepción de una familia funcional en un 65.1% y una familia disfuncional en un 34.9%. también se puede observar que en el estudio de 2019 se realizó una tabla cruzada entre funcionalidad familiar y ansiedad separado por hombres y mujeres a diferencia de nuestro estudio que fue por categoría de funcionalidad familiar, tipo de familia en grupos de estudio.

Dentro de las dimensiones de funcionamiento familiar del estudio de Colla (2022) con 124 adolescentes se realiza un desglose de cohesión y adaptabilidad en el cuestionario de FACES III en el cual la cohesión se encontró con una $p = 0.001$ similar a la de este estudio con escala FF-SIL con una $p = 0.006$ en la cual se interpreta que no hay diferencia significativa en esta variable. Adaptabilidad en el estudio antes mencionado tiene una $p = 0.431$ diferente a la obtenida en nuestro estudio con una $p = 0.003$, en esta variable no se obtuvo correlación.

Realizando la comparación con el estudio de Loya (2024) se encontró que los adolescentes sin ansiedad perciben una mayor funcionalidad familiar con un 25%, diferente al de esta investigación con un porcentaje de 44.2%. La diferencia es que en el estudio de Loya (2024) no realizó la comparación de dos grupos sino que del total de sus 256 alumnos se realizó el tamizaje obteniendo que un 72% del total presentó síntomas de ansiedad.

En el estudio de Nava (2025) con un total de 201 estudiantes, se encontró que los hombres tienen menores niveles de ansiedad con un 32.5% que las mujeres así como percepción de su funcionalidad familiar mejor que las mismas. En este estudio se encontró que de igual forma que los hombres tienen menos trastorno de ansiedad con un 40.6%. Aunque no se estudiaron las variables realizando la comparación de funcionamiento familiar por sexo.

A diferencia de un estudio realizado en el estado de Querétaro por García y González (2022) en el cual se obtuvo que solo el 15% de un universo de 26 estudiantes presentaron problemas de ansiedad, es importante destacar que aunque se realizó en el mismo estado el estudio, la muestra de este estudio fue mayor, motivo por el cual se puede esperar una diferencia en los resultados.

A comparación del estudio de Ceja y Blanco (2025) en el cual se realizó con 440 personas se obtuvo que los hijos de estas familias tenían una percepción de una adecuada funcionalidad familiar con un resultado del 47.1 % de pacientes sin ansiedad; los hijos con una percepción de una familia no funcional los cuales el 21.7% no tenían ansiedad. En este estudio no se obtiene una separación entre sí funcional y no funcional pero se obtuvo que de una familia funcional en adolescentes sin ansiedad es de un 44.2%, mientras que en una familia severamente disfuncional el 3.5 % no tenía ansiedad. En el grupo de familia funcional con resultados similares y en grupo de familia disfuncional siendo diferentes probablemente por la forma de división de los grupos de funcionalidad familiar, así como los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta para la población.

X. Conclusiones:

Esta investigación demuestra que no existe diferencia en la percepción de la funcionalidad familiar y la presencia o ausencia de adolescentes con alto riesgo de presentar trastorno de ansiedad con una $p = 0.703$. Sin embargo si existe diferencia entre el vínculo emocional que ayuda a la familia en la toma de decisiones para búsqueda de soluciones ante los problemas (cohesión), en cubrir las necesidades para lograr un equilibrio emocional positivo (armonía), en tener un adecuado intercambio de información en el núcleo familiar (comunicación), en tener la capacidad de recibir y brindar destrezas de otras familias o instituciones (permeabilizada), en la distribución de responsabilidades y funciones (roles) y en la forma en la cual la familia utiliza sus recursos aprendidas para mejorar el desarrollo familiar (adaptabilidad) entre el grupo 1 de adolescentes de 12 a 15 años con trastorno de ansiedad y grupo 2 de adolescentes de 12 a 15 años sin trastorno de ansiedad.

XI. Propuestas

De acuerdo con los resultados generados en este estudio, en el que existe una asociación entre la percepción de la funcionalidad familiar y el trastorno de ansiedad y que es de importancia médica y social, como ya se mencionó anteriormente en los fundamentos teóricos y antecedentes ya que tiene una repercusión directa en la salud mental del próximo individuo adulto.

Se propone que dentro de la UMF 15 se tenga conocimiento de estos resultados mediante la realización de un jueves de sesión general para que, de forma el personal directivo, trabajo social, personal de enfermería y médicos tratantes tomen importancia del tamizaje mediante una escala que es fácil de contestar por el adolescente como el Autorreporte de Ansiedad para adolescentes.

Una gran labor del médico familiar es la educación tanto para con otros médicos, así como para su población asignada; conocer los factores más sobresalientes que intervienen en la familia con un trastorno de ansiedad, nos puede permitir realizar acciones como envío a psicología y trabajo social para el seguimiento de estos adolescentes y sus familias, con el fin de identificar las áreas de oportunidad y poder fortalecerlas. No solo es le realizar cuestionarios para detección, sino también el seguimiento a mediano y largo plazo de estos adolescentes.

El presente estudio es útil para abrir nuevas investigaciones en los cuales ya teniendo a los adolescentes con trastorno de ansiedad se pudiera realizar una estatificación de la severidad de este trastorno con la escala de ansiedad de Hamilton estos con el tipo de familia o la prevalencia en la variable de sexo con la funcionalidad familiar o con las dimensiones que nos brinda el FF-SIL.

Sería importante que en este tiempo en que existe una modificación en los roles, conformación de las familias y que la funcionalidad o disfuncionalidad familiar puede ser clave importante para la detección de trastorno de ansiedad, los directivos del instituto puedan gestionar la apertura de uno o varios módulos dedicados a la

terapia familiar en cada UMF y poder realizar intervenciones desde la base de la familia para cambiar el panorama de estos adolescentes en su futuro.

También para poder realizar medicina de forma integral, sería necesaria la apertura de plazas de psicología en cada UMF. Sabiendo que es mejor la prevención primaria que la prevención secundaria o terciaria de estas enfermedades y complicaciones sociales.

Al realizar los cuestionarios AAA y obtener resultados positivos pero sin evidencia en el sistema dentro de esta institución y en ocasiones sin contacto con su médico familiar de forma inmediata, no es posible saber si estos pacientes dieron seguimiento a esta patología y de forma subsecuente poder observar una diferencia o no en cuanto a su percepción de funcionalidad familiar.

Sin embargo al momento de que a los padres se les da el resultado, la mayoría mostro gran interés en la salud mental de los adolescentes de tal manera que como familia probablemente se pueda trabajar para mejorar las carencias familiares para disminuir el riesgo de trastorno de ansiedad.

XII. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). Trastornos de ansiedad. DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5a ed., pp. 222–226). Panamericana.
<https://drive.google.com/file/d/0Bwm2HQQHfHsSYQ2x1MG1pRHINQVE/view?resourcekey=0-32-1m1PQiELP5IIRBtVaOA>
- Andreani, J. C. (10 de octubre de 2021). Vista de Relevancia anátomo–funcional del núcleo amigdalino. Su fisiología, fisiopatología y orientaciones terapéuticas. *NeuroTarget*, 15(3), 10–13.
<https://neurotarget.com/index.php/nt/article/view/3/3>
- Colla, A. (2022). Funcionamiento familiar y ansiedad en adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de chorrillos [Universidad Femenina del Sagrado Corazón].
<https://repositorio.unife.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5063b708-7467-4412-8b47-e9d24ad39689/content>
- Boroje, C. C. y Blanco, L. (2025). Relación de la disfunción familiar con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en familias monoparentales [Universidad Autónoma de Querétaro.]. <https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/11415/1/MEESN-311572.pdf>
- Bueno, D. L. (2019). Funcionalidad familiar y ansiedad en adolescentes de una institución educativa nacional [Universidad Nacional Federico Villarreal]. https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/3833/UNFV_BUENO_SUYBATE_DALILA_LUCIA_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Bustamante, L. K., Luzuriaga, M. A., Rodríguez, P. E. y Espadero, R. G. (2022). Desarrollo psicológico del adolescente: una revisión sistemática. *Journalprosciences.com*.
<https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/498/551>
- Caguana, M. y Tobar, A. (2022). La funcionalidad familiar y su relación con la ansiedad en adolescentes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 10039–10053. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4118
- Castro, O., y Castro Castañeda, R. (2020). Variables individuales y sociales que explican la funcionalidad familiar en adolescentes. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(SPE5).
<https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2503>
- Ceja, A. C., y Blanco, L. (2025). Relación De La Disfunción Familiar Con La Presencia De Trastorno De Ansiedad Generalizada En Familias Monoparentales [Universidad Autónoma de Querétaro]. <https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/11415/1/MEESN-311572.pdf>
- CENETEC, (2010). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GRR.pdf>.
- Colla, D. B. (2022). Funcionamiento familiar y ansiedad en adolescentes de una institución educativa estatal del distrito de chorrillos [Universidad Femenina del Sagrado Corazón].
<https://repositorio.unife.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5063b708-7467-4412-8b47-e9d24ad39689/content>
- Diccionario de la lengua española. (2001). Adolescencia. Real academia española.
<https://www.rae.es/drae2001/adolescencia>
- Flores, M. R., y Navarrete, C. A. (2023). Vista de Funcionalidad familiar, habilidades socioemocionales y deterioro de salud en jóvenes asociado a la pandemia de

la COVID-19. 1Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores. , 1–19.

Fuentes, A. P., y Merino, J. M. (2016). Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*,. scielo. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200003.

García, M. I., y González, M. (2022). Clima social, familiar, escolar y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(23), 231–258. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v11i23.18057>.

González, M. (2022). El sistema familiar en periodo de confinamiento y sus efectos psicológicos en adolescentes de educación media [Universidad Autónoma De Querétaro]. <https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/3715/1/RI006738.pdf>

Gradilla, J. (2021). Malestar psicológico en estudiantes universitarios de Psicología y Cultura Física y Deportes: Factores psicosociales asociados [Universidad de Guadalajara]. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.20672.87040>

Hinostroza, P., y Lima Rojas, D. (2023). Relación entre funcionalidad familiar y ansiedad estado-rasgo en adolescentes. *Chakiñan, revista de ciencias sociales y humanidades*, 20, 112–124. <https://doi.org/10.37135/chk.002.20.06>

Huerta, J. L. (2005a), *La familia como unidad de estudio, Medicina familiar: La familia en el proceso salud-enfermedad* (pp. 12-47). Editorial Alfil.

Huerta, J. L. (2005b), *El estudio de la salud familiar, Medicina familiar: La familia en el proceso salud-enfermedad* (pp. 81-82). Editorial Alfil.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018-2023). Área de informática médica y archivo clínico.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Población. Org.mx. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion_Poblacion_01_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b&idrt=123&opc=t
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2017). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. https://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/guias/trastornos_de_ansiedad.pdf
- Laufer, D., Davrieux, M., y García, L. (2023). Desarrollo puberal en en la niña y adolescente (Vol. 24, Número 51). Arch Pediatr Urug 2. <https://doi.org/10.31134/AP.94.S1.3>
- Lazo, S., y Zavaleta, J. A. (2022). Funcionalidad familiar y ansiedad en estudiantes del 5to año de secundaria de una institución educativa estatal de lima 2021 [Universidad Peruana de los Andes]. https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/6174/T037_77673073-70384766_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Loya, J. M. (2024). Correlación entre funcionalidad familiar y síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes de dos escuelas públicas de Tabasco [Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.]. <https://ri.ujat.mx/bitstream/200.500.12107/4549/3/Jes%c3%bas%20Manuel%20Loya%20Valdez.pdf>
- Márquez., M. G. (2022). El sistema familiar en periodo de confinamiento y sus efectos psicológicos en adolescentes de educación media [Universidad Autónoma de Querétaro]. <https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/3715/1/RI006738.pdf>
- Martínez, A. L., Fernández, C. E., Navarro, I. G., y Martínez, M. O. (2017). Guía Clínica para el Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de Ansiedad. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274360/Guia_Trastornos_de_Ansiedad.pdf

Membrillo, A., Fernández, M., Quiroz, J., Rodríguez, J. (2008a). Definiciones y conceptos de familia. En J. L Rodríguez (Ed), Familia. Introducción al estudio de sus elementos (pp. 39-40) Editorial ETM.

Membrillo, A., Fernández, M., Quiroz, J., Rodríguez, J. (2008b). Composición familiar. Familia. Introducción al estudio de sus elementos (pp. 53-55) Editorial ETM.

Membrillo, A., Fernández, M., Quiroz, J., Rodríguez, J. (2008c). Conceptos de dinámica familiar. Familia. Introducción al estudio de sus elementos (pp. 109-114) Editorial ETM.

Moreno, N. N. (2022). Funcionamiento familiar y su relación con la ansiedad en adolescentes [Universidad Técnica de Ambato]. <https://repositorio.uta.edu.ec/server/api/core/bitstreams/858ab0ae-000d-4517-9ad8-a27b96e8d6c1/content>

Nava , Y. (2025). Funcionamiento familiar y ansiedad en adolescentes del CONALEP plantel II en Mazatlán Sinaloa: un estudio de caso en terapia familiar [Universidad Autónoma De Sinaloa]. http://repositorio.uas.edu.mx/xmlui/handle/DGB_UAS/938

Organización Mundial de la Salud. (2023). salud del adolescente. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2025). Salud del adolescente. Who.int. <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>

Pari, L. A. (2023). Funcionalidad familiar y violencia escolar en los adolescentes de la institución educativa emblemática gran unidad escolar “José Antonio encinas”, periodo 2023 [Universidad Privada San Carlos].

https://repositorio.upsc.edu.pe/bitstream/handle/UPSC/640/Fany_Lizeth_APA_ZA_PARI.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Peña, R. F., y Cueto, A. N. (2020). Funcionalidad familiar, habilidades socioemocionales y deterioro de salud en jóvenes asociado a la pandemia de la COVID-19. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores, 8(5), 1–19. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2503>

PLM. (2024a). Citalopram, En Diccionario de especialidades farmacéuticas. <https://medicamentosplm.com/>

PLM. (2024b). Fluoxetina En Diccionario de especialidades farmacéuticas. <https://medicamentosplm.com/>

PLM. (2024c). Paroxetina En Diccionario de especialidades farmacéuticas. <https://medicamentosplm.com/>

PLM. (2024d). Sertralina En Diccionario de especialidades farmacéuticas. <https://medicamentosplm.com/>

Restrepo, C. D. (2022). Influencias Familiares, Socioeconómicos y Culturales en la Regulación emocional y el Ajuste psicológico de los Adolescentes del departamento del Atlántico [Universidad del Norte.]. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/11392/55302334.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rivera, C. E., Cárdenas, A. B., Jiménez, A. M. y García, K. J. (2022). Neurociencia social, marco del adolescente y la ansiedad. Revista Académica Sociedad del Conocimiento Cunzac, 2(2), 115–122. <https://doi.org/10.46780/sociedadcunzac.v2i2.35>

Sánchez, S. (2002). Repositorio de Tesis DGBSDI: Validez y confiabilidad de la escala de ansiedad (SCARED) para niños y adolescentes en población abierta [Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://ru.dgb.unam.mx/jspui/handle/20.500.14330/TES01000327421>

Secretaría de salud. (2015) ¿Qué es la adolescencia? gobierno de México.
<https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,d e%2015%20a%2019%20a%C3%B1os>.

Secretaria de salud. (2022). 467. Más de 50% de trastornos mentales en la edad adulta iniciaron en la niñez y la adolescencia. gob.mx.
<https://www.gob.mx/salud/prensa/467-mas-de-50-de-trastornos-mentales-en-la-edad-adulta-iniciaron-en-la-ninez-y-la-adolescencia?idiom=es>

UNICEF. (2024). Adolescencia: qué es y a qué edad empieza. Unicef.es.
<https://www.unicef.es/blog/infancia/adolescencia-que-es-y-que-edad-empieza>

XIII. Anexos

XIII.1 Hoja de recolección de datos



Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No. 15

Folio:

Hoja de identificación de derechohabiente.

Edad: ____ años

Marca con una **X** la respuesta con la que más te identifiques.

Sexo: masculino () Femenino ()

Ocupación: Estudiante () Hogar () Empleado ()
Desempleado ()

Actualmente en casa vives con (dentro de la misma casa):

Papá ()

Mamá ()

1 hermano ()

Más de 2 hermanos ()

Tíos, abuelos o algún otro familiar ()

XIII.2 Instrumentos

Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

Folio: _____

Por favor lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación, presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia.

Necesitamos que usted clasifique, según la frecuencia en que ocurre la situación. Marque con una X donde corresponda. Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Ítems	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes en la familia.	1	2	3	4	5
2. En mi casa predomina la armonía.	1	2	3	4	5
3. En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades.	1	2	3	4	5
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	1	2	3	4	5
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	1	2	3	4	5
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	1	2	3	4	5
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	1	2	3	4	5
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.	1	2	3	4	5
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.	1	2	3	4	5
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	1	2	3	4	5
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.	1	2	3	4	5

12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	1	2	3	4	5
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	1	2	3	4	5
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.	1	2	3	4	5

Autoreporte de ansiedad para adolescentes (AAA)

Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México
(Adaptada por el Dr. Francisco de la Peña Olvera.

Folio: _____

Instrucciones: Por Favor lee con cuidado cada una de las oraciones y marca con una **X** qué tanto se aplica en tu caso para nunca, algunas veces o siempre en las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas ni malas

		Nunca	Algunas veces	Siempre
1	Cuando tengo miedo no respiro bien.			
2	Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza.			
3	Me molesta estar con personas que no conozco.			
4	Cuando duermo en casa que no es la mía siento miedo.			
5	Me preocupa saber si le caigo bien a las personas.			
6	Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar.			
7	Soy nervioso (a).			
8	Sigo a mis papás a donde ellos van.			
9	Las personas me dicen que me veo nervioso (a)			
10	Me pongo nervioso (a) cuando estoy con personas que no conozco.			
11	Cuando estoy en la escuela me duele la panza.			
12	Cuando tengo mucho miedo, siento que me voy a volver loco (a).			
13	Me siento preocupado (a) cuando duermo solo (a).			
14	Me preocupo de ser tan bueno (a) como los otros niños (por ejemplo, en la escuela).			
15	Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas no fueran reales.			
16	En las noches sueño que cosas feas le van a pasar a mis papás.			

17	Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela.			
18	Cuando tengo mucho miedo, mi corazón late muy rápido.			
19	Tiemblo.			
20	En las noches sueño que me va a pasar algo malo.			
21	Me preocupa pensar como me van a salir las cosas.			
22	Cuando tengo miedo, sudo mucho.			
23	Me preocupo mucho.			
24	Me preocupo sin motivo.			
25	Estar solo (a) en casa me da miedo.			
26	Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco.			
27	Cuando tengo miedo, siento que no puedo tragar.			
28	Las personas me dicen que me preocupo mucho.			
29	No me gusta estar lejos de mi familia.			
30	Tengo miedo de tener ataques de pánico.			
31	Me preocupa pensar que algo malo les pase a mis papás.			
32	Me da pena estar con personas que no conozco.			
33	Me preocupa que pasará conmigo cuando sea grande.			
34	Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar.			
35	Me preocupa saber si hago las cosas bien.			
36	Me da miedo ir a la escuela.			
37	Me preocupo por las cosas que pasaron.			
38	Cuando tengo miedo, me siento mareado (a).			
39	Me pongo nervioso (a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo, leer en voz alta, hablar, jugar).			
40	Me pongo nervioso (a) cuando voy a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay personas que no conozco.			
41	Soy tímido (a).			

XIII.3 Carta de consentimiento informado.

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud (Padres o representantes legales en menores de edad o personas con discapacidad)

Lugar y fecha

No. de registro institucional _____

Título del protocolo:

Asociación del tipo de funcionamiento familiar en adolescentes de 12 a 15 años con trastorno de ansiedad en una unidad de medicina familiar.

Introducción:

Yo soy Adreana Guadalupe Baltazar Cruz, estoy estudiando la especialidad en medicina familiar. Estamos investigando la asociación que existe entre el tipo de funcionamiento familiar en adolescentes con trastorno de ansiedad. Le daré información e invitare a participar en esta investigación. No tiene que decidir hoy el participar o no en esta investigación. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí.

Tipo de intervención de investigación:

Esta investigación solo incluirá el llenado completo de 3 cuestionarios, los cuales llenará su hijo (a) con pluma azul, otorgada por el investigador, dentro de las instalaciones de la UMF 15 (en consultorio escuela) y será completamente confidencial. Usted puede decidir no participar aun cuando ya haya iniciado el llenado de los cuestionarios.

Justificación y objetivo de la investigación:

El presente proyecto de investigación pretende relacionar si existe algún trastorno de ansiedad asociado a algún tipo determinado de función familiar.

Procedimientos y duración de la investigación:

Previo consentimiento informado, se aplicarán tres cuestionarios a su hijo los cuales son para la recolección de datos, un Autoreporte de ansiedad para adolescentes (AAA) y un Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) Para el llenado completo de los cuestionarios impresos, se otorgará pluma tinta azul, dentro del consultorio escuela que se encuentra dentro de la UMF 15, en donde se cuenta con sillas y un escritorio, estos cuestionarios tardaran aproximadamente de 40 a 60 minutos. Posterior a esto, se podrán retirar a sus domicilios.

Riesgos y molestias: Al participar en este proyecto no existe algún riesgo para su hijo, pero se obtendrán datos como la percepción de funcionalidad familiar en el adolescente, así como nivel de ansiedad generalizada por lo que podría llevar a un malestar emocional.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación:

Su hijo no obtendrá ningún beneficio económico ni obtendrá regalos por parte del investigador. en caso de ser necesario se enviará a su hijo a psicología y/o psiquiatría para manejo especializado.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los resultados que obtengamos por realizar esta investigación se compartirán con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Posteriormente se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Participación o retiro:

Su participación de su hijo en esta investigación es completamente voluntaria. Su hijo podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee. Tanto si elige participar o no hacerlo, continuara con todos los servicios que recibe en esta clínica y nada cambiara.

Derecho a negarse o retirarse:

Su hijo no tiene por qué participar si usted no lo desea, y al negarse a participar no le afectara en ninguna forma a que sea tratado en esta clínica. Usted y su hijo (a) tendrá todos los beneficios que de otra forma tendría en esta clínica. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee, sin perder sus derechos como paciente de aquí.

Privacidad y confidencialidad:

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que manejamos en este proyecto es confidencial. No se compartirá ni entregará a nadie esta información a excepción de los investigadores de este proyecto y en caso de ser necesario a su médico familiar.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Investigador responsable

Dra Luz Dalid Terrazas Rodríguez
Especialista en Medicina Familiar
Matricula: 11048859
Adscripción: CIEFD
Director de Tesis
Celular: 44-21-85-93-86
Correo electrónico: luz.terrazas@imss.gob.mx

Dr. Baltazar Cruz Adreana Guadalupe
Matricula: 98235665
Residente de Medicina Familiar
Sede o adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 15
Celular: 55-71-21-51-00

Correo electrónico: guadre17@yahoo.com.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Dr. Baltazar Cruz Adreana Guadalupe. Teléfono 5571215100.
Correo: guadre17@yahoo.com.mx.

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto que a mi familiar o representado se le tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto que a mi familiar o representado se le tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Nombre y firma del padre, madre o
Representante legal

Nombre y firma de quien
obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Lugar y fecha

No. de registro institucional _____

Título del protocolo:

Asociación del tipo de funcionamiento familiar en adolescentes de 12 a 15 años con trastorno de ansiedad en una unidad de medicina familiar.

Hola, mi nombre es Adreana Guadalupe Baltazar Cruz y estoy cursando la especialidad en medicina familiar en Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de la asociación entre el tipo de funcionalidad familiar en adolescentes con ansiedad. y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Justificación y objetivo de la investigación:

El presente proyecto de investigación pretende relacionar si existe algún trastorno de ansiedad asociado a algún tipo determinado de función familiar.

Procedimientos y duración de la investigación:

Tendrás que llenar tres cuestionarios uno sobre datos generales, otro es un Autoreporte de ansiedad para adolescentes (AAA) para detectar ansiedad y otro que es el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) previo consentimiento informado, Para el llenado completo de los cuestionarios impresos, se otorgará pluma tinta azul, dentro del consultorio escuela que se encuentra dentro de la UMF 15, en donde se cuenta con sillas y un escritorio, estos cuestionarios tardaran aproximadamente de 40 a 60 minutos. Posterior a esto, se podrán retirar a sus domicilios.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco y no escribas tu nombre.

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

XIII.5 Registro SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2201.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIIS 20 CI 22 014 028
Registro COMSICÉTICA CONSOETICA 22 CEI 001 2018073

FECHA Viernes, 09 de febrero de 2024

Doctor (a) Luz Dalid Terrazas Rodriguez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación del tipo de funcionamiento familiar en adolescentes de 12 a 15 años con trastorno de ansiedad en una unidad de medicina familiar** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus Integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional
R-2024-2201-034

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


ULISES NAVARRETE SILVA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Igenimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

XIII.6 Documento anti plagio.



Identificación de reporte de similitud: oid:7696:374188839

NOMBRE DEL TRABAJO

antiplagio adreana baltazar cruz.docx

AUTOR

adreana Baltazar

RECuento DE PALABRAS

5270 Words

RECuento DE CARACTERES

28125 Characters

RECuento DE PÁGINAS

23 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

433.9KB

FECHA DE ENTREGA

Aug 20, 2024 9:02 AM GMT-6

FECHA DEL INFORME

Aug 20, 2024 9:03 AM GMT-6

● 20% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 13% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Bloques de texto excluidos manualmente