



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

**RELACIÓN DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR CON LA PRESENCIA DE
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN FAMILIAS
MONOPARENTALES**

Tesis

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

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

MED. GRAL. ANA CECILIA CEJA BOJORGE

Dirigido por:

M.I.M.S.P. LETICIA BLANCO CASTILLO

Querétaro, Qro. A enero 2025

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
Especialidad en Medicina Familiar

“RELACIÓN DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR CON LA PRESENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN FAMILIAS MONOPARENTALES”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

MED. GRAL. ANA CECILIA CEJA BOJORGE

Dirigido por:

M.I.M.S.P. LETICIA BLANCO CASTILLO

Dra. Leticia Blanco Castillo
Presidente
Dra. Karla Elizabeth Margain Pérez
Secretario
Med. Esp. Azucena Bello Sánchez
Vocal
Med. Esp. Omar Rangel Villicaña
Suplente
Med. Esp. Mayra Gabriela Ríos Quintero.
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Enero 2025. México.

RESUMEN

Introducción: La familia ha evolucionado desde la familia nuclear a las múltiples formas de organización de la sociedad debido cambios sociodemográficos como aumento de la esperanza de vida, disminución del número de hijos, mayor participación económica de las mujeres, aumento de separaciones y divorcios, surgiendo las familias emergentes como las familias monoparentales, que al componerse por un solo cónyuge es relevante estudiar la presencia de trastorno de ansiedad Generalizada (TAG). **Objetivo:** Determinar la relación de la funcionalidad familiar con trastorno de ansiedad generalizada en familias monoparentales. **Material y métodos:** estudio analítico, transversal, en hombre o mujer perteneciente a una familia monoparental derechohabiente de UMF no. 9. El tamaño de muestra se calculó con la fórmula cuyo objetivo es comparar dos proporciones, $n = 58$ por grupo. Muestreo no probabilístico. Se incluyeron a hijos de una familia monoparental estricta en cualquiera de las variantes de monoparentalismo, entre 18 a 35 años, que vivieran en el hogar. Se excluyeron a pacientes con depresión mayor o menor ya diagnosticada, presencia de enfermedad física o mental que impidiese la participación en el estudio. Se eliminaron pacientes sin contestar el instrumento de estudio. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, número de hermanos, enfermedades del progenitor, situación laboral del progenitor, demografía familiar, funcionalidad familiar, trastorno de ansiedad generalizada. Se aplicó el test GAD 7 para evaluación de TAG y evaluación del funcionamiento familiar por instrumento FF-SIL. Se respetaron los aspectos éticos. **Resultados:** Pacientes cuyo monoparentalismo fue por padres divorciados y pertenecen a una familia funcional predominó la ausencia de ansiedad en 49.3% a comparación de una familia no funcional donde predominó la ansiedad leve en 33.7 % con diferencia estadísticamente significativa. En la muestra no se obtuvieron pacientes con monoparentalismo por adopción. Pacientes cuyo monoparentalismo se debió a muerte del progenitor y pertenecen a una familia funcional predominó la ausencia de ansiedad en 45 % a comparación de una familia no funcional donde predominó la ansiedad severa en 35.5 % con diferencia estadísticamente significativa. Pacientes cuyo monoparentalismo fue

por maternidad/paternidad forzosa y pertenecen a una familia funcional predominó la ansiedad leve en 66.7 % a comparación de una familia no funcional donde predominó la ansiedad severa en 37.5 % con diferencia estadísticamente no significativa. **Conclusiones:** El tipo de monoparentalismo predominante en ambos grupos fue por divorcio/separación. El progenitor predominante de las familias monoparentales estudiadas fueron mujeres. La funcionalidad familiar influye en el grado de ansiedad del paciente, independientemente del tipo de monoparentalismo, a mayor funcionalidad familiar menores grados de ansiedad en los pacientes. La disfuncionalidad familiar aumenta el grado de ansiedad en todos los tipos de monoparentalismo, en mayor medida por muerte del progenitor y maternidad/paternidad forzosa, ya que la ansiedad severa se presentó en el 35.5% de los pacientes por muerte del progenitor y en el 37.5% de los pacientes por maternidad/ paternidad forzosa.

(Palabras clave: ansiedad, monoparentalismo, funcionalidad familiar)

SUMMARY

Introduction: The family has evolved from the nuclear family to multiple forms of societal organization due to sociodemographic changes such as increased life expectancy, a decrease in the number of children, greater economic participation of women, and an increase in separations and divorces. This has led to the emergence of new family structures, such as single-parent families. Since these families consist of only one parent, it is relevant to study the presence of Generalized Anxiety Disorder (GAD). **Objective:** To determine the relationship between family functionality and generalized anxiety disorder in single-parent families. **Material and Methods:** This is an analytical, cross-sectional study involving men or women from single-parent families who are beneficiaries of the UMF No. 9 health service. The sample size was calculated using a formula aimed at comparing two proportions, resulting in $n = 58$ per group. Non-probability sampling was used. The study included children from strict single-parent families in any of its variants, aged between 18 and 35 years, who lived in the household. Exclusion criteria included patients diagnosed with major or minor depression, those with physical or mental illnesses that prevented participation in the study, and patients who did not complete the study instrument. The variables studied were age, sex, number of siblings, parental illnesses, parental employment situation, family demographics, family functionality, and generalized anxiety disorder. The GAD-7 test was used to assess GAD, and family functionality was evaluated using the FF-SIL instrument. Ethical aspects were respected. **Results:** In patients whose single-parent status was due to parental divorce and belonged to a functional family, the absence of anxiety predominated in 49.3%, compared to families with dysfunction, where mild anxiety predominated in 33.7%, with a statistically significant difference. No patients with single-parent status due to adoption were found in the sample. In patients whose single-parent status was due to the death of a parent and belonged to a functional family, the absence of anxiety predominated in 45%, compared to dysfunctional families, where severe anxiety predominated in 35.5%, with a statistically significant difference. In patients whose single-parent status was due to forced motherhood/fatherhood and belonged to a functional family, mild anxiety predominated in 66.7%, compared to dysfunctional families, where severe anxiety predominated in 37.5%, with no statistically significant difference. **Conclusions:** The predominant type of single-parenthood in both groups was due to divorce/separation. The predominant parent in the studied single-parent families was the mother. Family functionality influences the level of anxiety in the patient, regardless of the type of single-parenthood; higher family functionality is associated with lower levels of anxiety in patients. Family dysfunction increases the level of anxiety in all types of single-parenthood, to a greater extent in cases of parental death and forced motherhood/fatherhood, as severe anxiety was observed in 35.5% of patients due to parental death and in 37.5% of patients due to forced motherhood/fatherhood.

(Key words: anxiety, single parenthood, family functioning)

DEDICATORIAS

Quiero dedicar este trabajo a todas las personas que estuvieron apoyándome y dirigiéndome durante los 3 años en los cuales realicé esta tesis, mis coordinadores, mis maestros, mis compañeros, mis padres y hermanos.

Gracias Dra. Lety por su paciencia, linda actitud, positividad, disponibilidad y gran ayuda para el desarrollo de mi trabajo.

Gracias Dra. Azu por su paciencia, apoyo incondicional y gran actitud de liderazgo durante la realización de mi residencia.

Gracias maestros por transmitirme su pasión por la medicina familiar, por enseñarme el camino, por ser tan pacientes y amables en su enseñanza y por su interés en darme las herramientas que necesito para ejercer mi profesión.

Gracias padres por darme todo, por siempre estar, por enseñarme las cosas importantes de la vida, por darme la fuerza y las armas que necesito, por ser mis ejemplos y mi apoyo incondicional.

Gracias hermanos, por su ejemplo, por siempre darme su mejor consejo.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a mis 4 fantásticos que son mi familia, Julia, Rafael, Sergio y Mariana, son y han sido mi ejemplo a seguir y a los cuales les debo todo.

Agradezco a mi tutora de tesis, Dra. Leticia Blanco, por su disposición, amabilidad y por su excelente guía.

Agradezco a mi coordinadora, Dra. Azucena Bello, por sus atenciones y excelente disposición en la revisión de mi tesis.

Agradezco a mis compañeras, Linda, Ale, Lupita y Marina, que siempre estuvieron conmigo apoyándome en todo momento y en cualquier circunstancia.

ÍNDICE

RESUMEN	I
SUMMARY	II
DEDICATORIAS	III
AGRADECIMIENTOS	IV
ÍNDICE	V
ÍNDICE DE CUADROS	VII
ABREVIATURAS Y SIGLAS	VIII
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
III. FUNDAMENTACION TEORICA	6
III.1 Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	6
III.1.1 Introducción y Definición de TAG	6
III.1.2 Epidemiología	7
III.1.3 Comorbilidades	8
III.1.4 Factores de riesgo de TAG	8
III.1.5 Causas de TAG	9
III.1.6 Diagnóstico de TAG	9
III.1.7 Escala de Medición de TAG	12
III.1.7 Tratamiento de TAG	13
III.1.8 Pronóstico de TAG	14
III.2 La Familia	14
III.2.1 Clasificación tipológica de acuerdo con su parentesco	15
III.2.2 La familia monoparental	15
III.3 Funcionalidad familiar	18
III.3.1 Definición	18
III.3.2 Test FFSIL	19
IV. HIPOTESIS	23
IV.1. Hipótesis general	23
IV.2. Hipótesis específicas	23

V. OBJETIVOS	25
V.1. Objetivo general	25
V.1.2. Objetivos específicos	25
VI. MATERIAL Y METODOS	26
VI.1 Tipo de investigación	26
VI.2 Población o unidad de análisis	26
VI.3 Muestra y tipo de muestreo	26
VI.3.1. Criterios de selección	27
VI.3.2. Variables estudiadas	27
VI.4 Técnicas e instrumentos	28
VI.5 Procedimientos	29
VI.5.1 Análisis estadísticos	30
VI.5.2 Consideraciones éticas	30
VII. RESULTADOS	33
VIII. DISCUSION	43
IX. CONCLUSIONES	48
X. PROPUESTAS	50
XI. BIBLIOGRAFÍA	51
XII. ANEXOS	56
XII.1 Hoja de recolección de datos	56
XII.2 Instrumento FFSIL	57
XII.3 Instrumento GAD-7	59
XII.4 Consentimiento informado	60

INDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
VII.1	Características sociodemográficas de los pacientes con familia monoparental.	33
VII.2	Relación de hermanos totales e hijo que representa con TAG	35
VII.3	Características sociodemográficas del progenitor	36
VII.4	Tiempo de monoparentalismo y causa de fallecimiento del progenitor	38
VII.5	Relación de funcionalidad familiar (FFSIL) y presencia de trastorno de ansiedad generalizada (GAD)	40
VII.6	Relación de disfunción familiar con trastorno de ansiedad generalizada por tipo de monoparentalismo.	41

ABREVIATURAS Y SIGLAS

GAD 7: Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada
FFSIL: Evaluación del funcionamiento familiar
TAG: Trastorno de ansiedad generalizada
HAS: Hipertensión arterial sistémica
DM2: Diabetes Mellitus tipo 2
COVID: Síndrome respiratorio agudo producido por un coronavirus.
ONU: Organización de las Naciones Unidas
TOC: Trastorno obsesivo compulsivo
DSM-V-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición.
TEPT: trastorno por estrés postraumático

I. INTRODUCCIÓN

Existen importantes cambios en el modelo tradicional de familia en las últimas décadas, la familia nuclear sigue siendo la más frecuente pero se han reducido drásticamente los hogares múltiples o complejos, siendo más frecuentes los hijos de uniones no matrimoniales, parejas sin descendencia, parejas con hijos procedentes de uniones anteriores, familias homoparentales y monoparentales. Respecto a las últimas han ido en aumento progresivo en los últimos años y son mayoritariamente formados por madre con hijos, representado las madres divorciadas el 77% de los hogares monoparentales. En 2013, la mayoría de estas madres de hogares monoparentales eran viudas, mientras que en 2020 se tratan de madres divorciadas (García-Campayo et al., 2007).

La familia transita a través del tiempo entre periodos centrípetos o de alta cohesión familiar y periodos centrífugos o de disgregación. Dicha disgregación se presenta en las familiares emergentes (monoparentales y reconstituidas), y pueden encontrarse en tres estadios dinámicos diferentes: normofuncionalidad, crisis y disfunción familiares. Dichas disfunciones pueden generar diversos trastornos, entre ellos, ansiedad, depresión (De la Revilla, 2009).

Los problemas de salud mental son muy frecuentes en la práctica cotidiana del médico familiar. La prevalencia estimada en nuestro país se sitúa alrededor del 30% aunque presenta un alto grado de variabilidad, que depende de la población en estudio, del ámbito rural o urbano y de las características del instrumento de detección utilizado. Los trastornos de ansiedad representan uno de los grupos más frecuentes de trastornos psiquiátricos, aproximadamente el 25% de los pacientes presenta un trastorno de ansiedad generalizada. Además, las mujeres tienen mayor posibilidad de presentarla que los hombres en una relación de 2:1 a lo largo de la vida (Latorre-Postigo et al., 2005).

El aumento de la familia monoparental por sus diversas causas trae consigo un impacto positivo y negativo en sus miembros lo cual puede ser llevado a presentar diversos trastornos, entre ellos TAG. Por tanto, es muy importante el estudio y la relación de éstos 2 grandes temas actuales y con gran impacto social.

Por otro lado, el estudio del trastorno de ansiedad generalizada implica un gran impacto por la alta prevalencia que tiene en México y en el mundo; la discapacidad que implica en una persona con dicho trastorno genera consecuencias personales y sociales dignas de estudio, con el fin de conocer las vías de ataque y lograr disminuir el número de casos.

El estudiar la dinámica familiar en familias monoparentales y la presencia de TAG en las mismas es un problema con alto grado de factibilidad ya que son 2 aspectos de la sociedad en auge y con alto impacto tanto positivo como negativo.

El estudio de dichos temas se justifica ya que la transformación de la familia es uno de los mayores cambios sociales en los últimos 60 años; se ha evolucionado desde un modelo de familia nuclear tradicional a las múltiples formas de organización de la sociedad, debido a múltiples cambios sociales.

Los últimos estudios realizados confirman que las madres solteras con hijos o que tienen la custodia compartida padecen algún tipo de trastorno psicológico asociado a depresión o ansiedad; ya sea por resultado de un divorcio, separación o viudedad, desgaste emocional sobrecarga, merma de la vida social de la mujer; a nivel sentimental es bastante complicado rehacer su vida. La falta de tiempo y el rechazo que pueden llegar a mostrar sus hijos a una nueva pareja, entre otros.

II. ANTECEDENTES

Los trastornos de ansiedad representan uno de los grupos más frecuentes de trastornos psiquiátricos, aproximadamente el 25% de los pacientes presenta un trastorno de ansiedad generalizada. Además, las mujeres tienen mayor posibilidad de presentarla que los hombres en una relación de 2:1 a lo largo de la vida y el cociente entre mujeres y varones que reciben tratamiento intrahospitalario por el trastorno es de 1:1 (Saavedra-González et al., 2016; Bellón et al., 2020).

Son los trastornos mentales más prevalentes en la población general. Se asocian a una morbilidad significativa y habitualmente son crónicos y resistentes al tratamiento. Existen casi 30 millones de individuos afectados por trastornos de ansiedad en Estados Unidos. La prevalencia de los trastornos de ansiedad se reduce con los niveles socioeconómicos altos (Saavedra-González et al., 2016; Bellón et al., 2020).

El National Comorbidity Study indicó que uno de cada 4 individuos cumplía los criterios diagnósticos de al menos un trastorno de ansiedad y que la prevalencia a los 12 meses era de 17.7% (Camargo et al., 2021).

El trastorno de ansiedad generalizada suele iniciarse durante la adolescencia tardía o las etapas iniciales de la edad adulta. La prevalencia de TAG es alta en la atención primaria (De la Revilla et al., 2007).

El TAG es el trastorno que más frecuentemente coexiste con otro trastorno mental, por lo general fobia social, fobia específica, trastorno de angustia o trastorno depresivo, trastorno distímico, relacionado a sustancias; del 50% al 90% de los pacientes con TAG presentan otro trastorno mental (Pérez- Milena et al., 2009; García- Campayo et al., 2007).

Pacientes con TAG tienen elevadas tasas de comorbilidad psiquiátrica ya que el 60% presenta depresión mayor, el 33% alcoholismo, 25% TP, entre el 21-55% fobia simple y el 15-59% fobia social. El riesgo de suicidio en pacientes con TAG

es 30 veces mayor respecto a la población general (García-Campayo et al., 2007; Pelissolo, 2019).

Los problemas de salud mental son muy frecuentes en la práctica cotidiana del médico familiar. La prevalencia estimada en nuestro país se sitúa alrededor del 30%, aunque presenta un alto grado de variabilidad que depende de la población en estudio, del ámbito rural o urbano y de las características del instrumento de detección utilizado (Latorre et al., 2005).

Actualmente la estructura familiar se está transformando debido a los cambios socioeconómicos y a nuestro sistema de valores, por lo que está apareciendo otra nueva estructura de familia siendo esta, la familia monoparental (Pérez-Milena et al., 2009)

Respecto a las últimas han ido en aumento progresivo en los últimos años y son mayoritariamente formados por madre con hijos, representado las madres divorciadas con hijos el 77% de los hogares monoparentales. En 2013, la mayoría de estas madres eran viudas, mientras que en 2020 se tratan de madres divorciadas (García et al., 2007; Coronel et al., 2022)

Los últimos estudios realizados confirman que las madres solteras con hijos o que tienen la custodia compartida padecen algún tipo de trastorno psicológico asociado a depresión o ansiedad; ya sea por resultado de un divorcio, separación o viudedad, desgaste emocional sobrecarga, merma de la vida social de la mujer; a nivel sentimental es bastante complicado rehacer su vida, la falta de tiempo y el rechazo que pueden llegar a mostrar sus hijos a una nueva pareja, entre otros (Latorre et al., 2005).

A nivel psicológico hay una gran diferencia en las familias monoparentales por circunstancias sobrevenidas como divorcio, separación o viudez, siendo necesaria la ayuda psicológica, tanto para padres como para los hijos. Los últimos estudios realizados confirman que las madres solteras con hijos a su cargo o que tienen la custodia compartida padecen algún tipo de trastorno psicológico asociado a la depresión o ansiedad (Blanca-Tamayo et al., 2008)

De acuerdo con la literatura se establece que la experiencia del divorcio de los padres se relacionaba con una mayor incidencia de alteraciones emocionales.

Además, se constató que los hijos de padres separados, en comparación con los que se mantienen con familias intactas, habían recibido más atención psiquiátrica y psicológica a lo largo de su vida (Buitrago- Ramírez et al., 2014).

Se ha establecido que las familias con alta cohesión y adaptación baja presentaron niveles más elevados de ansiedad y depresión tanto en pacientes como en familiares. Se ha encontrado asociación entre disfunción familiar y síntomas depresivos (Vargas, 2014).

III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

III.1 Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

III.1.1 Introducción y definición de TAG

Todo el mundo experimenta ansiedad normal que se caracteriza la mayoría por una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, acompañada de síntomas vegetativos como cefalea, diaforesis, taquicardia, opresión torácica, epigastralgia e inquietud y se manifiesta por la incapacidad de estar sentado o de pie durante mucho tiempo. El conjunto concreto de síntomas presentes durante la ansiedad tiende a variar entre los individuos (Buitrago et al., 2018; Reyes et al., 2019)

La ansiedad es una señal de alerta, advierte de un peligro inminente y permite al individuo adoptar medidas para afrontar una amenaza, se diferencia del miedo que es una señal de alerta análoga; debe diferenciarse de la ansiedad, el primero es una respuesta a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva y la segunda es una respuesta a una amenaza desconocida, interna, vaga o conflictiva (Reyes-Marrero et al., 2019; García, 2011).

La ansiedad como el miedo son señales de alerta y actúan como advertencia de una amenaza interna y externa. La ansiedad es una respuesta normal y adaptativa que puede salvar la vida y que advierte de amenazas de daño corporal, dolor, indefensión, posible maltrato o la frustración de necesidades corporales o sociales, de separación de los seres queridos, de una amenaza contra el propio bienestar o éxito y por amenazas a la unidad o integridad; impulsa al individuo a adoptar las medidas necesarias para evitar la amenaza o reducir sus consecuencias. Esta preparación se acompaña de un incremento de la actividad somática y autónoma controlada por la interacción de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático (Reyes-Marrero et al., 2019; García, 2011; Saavedra-González et al., 2016).

Los trastornos de ansiedad son considerados una familia de trastornos mentales distintos pero relacionados que incluyen de acuerdo a clasificación de la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) los siguientes: 1) trastorno de angustia con o sin agorafobia; 2) agorafobia con o sin trastorno de angustia; 3) fobia específica; 4) Fobia social; 5) trastorno obsesivo-compulsivo (TOC); 6) trastorno por estrés postraumático (TEPT); 6) trastorno por estrés agudo; 7) trastorno de ansiedad generalizada (Reyes-Marrero et al., 2019; Marcas-Vila et al., 2000).

El DSM-V define al trastorno de ansiedad generalizada como una preocupación excesiva sobre diversos acontecimientos o actividades durante la mayor parte de los días, a lo largo de un periodo de como mínimo 6 meses. La preocupación es difícil de controlar y se asocia a síntomas somáticos como tensión muscular, irritabilidad, trastornos del sueño e inquietud. La ansiedad no se centra en características de otro trastorno del Eje I, no está causada por el consumo de una sustancia ni una enfermedad orgánica y no se produce sólo durante un trastorno del estado de ánimo o psiquiátrico. La ansiedad es difícil de controlar, es subjetivamente angustiante y deteriora áreas importantes de la vida de un individuo (Marcas-Vila et al., 2000; Buitrago- Ramírez et al., 2014)

III.1.2 Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes en la población general. Se asocian a una morbilidad significativa y habitualmente son crónicos y resistentes al tratamiento. Existen casi 30 millones de individuos afectados por trastornos de ansiedad en Estados Unidos y su frecuencia en mujeres duplica a la de los varones (Saavedra-González et al., 2016; Bellón et al., 2020).

Los trastornos de ansiedad representan uno de los grupos más frecuentes de trastornos psiquiátricos. El National Comorbidity Study indicó que uno de cada

4 individuos cumplía los criterios diagnósticos de al menos un trastorno de ansiedad y que la prevalencia a los 12 meses era de 17.7% (Camargo et al., 2021).

Es más probable que las mujeres (prevalencia a lo largo de la vida, 30.5%) presenten un trastorno de ansiedad que los varones (prevalencia a lo largo de la vida, 19.2%). La prevalencia de los trastornos de ansiedad se reduce con los niveles socioeconómicos altos. El cociente entre mujeres y varones es 2:1 y el cociente entre mujeres y varones que reciben tratamiento intrahospitalario por el trastorno es de 1:1 (Saavedra-González et al., 2016; De la Revilla et al., 2007).

Aproximadamente el 25% de los pacientes presenta un trastorno de ansiedad generalizada. Suele iniciarse durante la adolescencia tardía o las etapas iniciales de la edad adulta. La prevalencia de TAG es alta en la atención primaria (De la Revilla et al., 2007).

III.1.3 Comorbilidades

El TAG es el trastorno que más frecuentemente coexiste con otro trastorno mental, por lo general fobia social, fobia específica, trastorno de angustia o trastorno depresivo, trastorno distímico, relacionado a sustancias; del 50% al 90% de los pacientes con TAG presentan otro trastorno mental (Pérez- Milena et al., 2009; García- Campayo et al., 2007).

III.1.4 Factores de riesgo TAG

Entre los factores de riesgo para desarrollar TAG se encuentran: situación de desempleo por incapacidad laboral o jubilación anticipada, antecedentes de separación, divorcio y viudez, historia familiar de TAG, situación de estrés ambiental coincidente en el tiempo, antecedentes de trauma emocional o físico recientes, rasgos de personalidad ansiosos y padecer una enfermedad médica concomitante (Escamilla-Canales, 2011).

III.1.5 Causas TAG

Se desconoce la causa del TAG, existen diversos factores biológicos y psicosociales involucrados. Entre los factores biológicos se destaca la genética en la cual se ha observado una agregación familiar ya que estudios en hijos de padres con TAG se han detectado una prevalencia de rasgos de inhibición del comportamiento en estos niños superior a la población general (Escamilla-Canales, 2011).

Respecto a las causas neuroanatómicas y de neuroimagen más frecuentes en los pacientes con TAG están: la hiperactivación de la corteza temporal, hiperactividad del córtex cingulado anterior, responsable del control del pensamiento (grado de preocupación) y la disfunción del sistema límbico, fundamentalmente a nivel del hipocampo y la amígdala, responsable del reconocimiento de las emociones. El córtex cingulado está en relación con el tálamo (causando estado de hipervigilancia) y los ganglios de la base son los responsables de la tensión motora. La disfunción neuroquímica se presenta en el sistema gabaérgico, noradrenérgico y serotoninérgico (Escamilla-Canales, 2011).

Los rasgos de la personalidad, aprendizaje y psicosociales actúan de forma positiva o negativa en el desarrollo de la enfermedad (Escamilla-Canales, 2011).

III.1.6 Diagnóstico TAG

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad es clínico, siguiendo los criterios diagnósticos determinados por DSM-V y CIE-10. Respecto a la clasificación de DSM-V el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por los siguientes aspectos (Reyes-Marrero et al., 2019).

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva), que ocurre más días que no, al menos durante 6 meses, acerca de una serie de acontecimientos o actividades (como el rendimiento en el trabajo o en la escuela).

B. Al individuo le resulta difícil controlar su preocupación.

C. C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y, al menos, algunos de los síntomas han estado presentes más días que no durante los últimos 6 meses):

1. Inquietud o sentimientos de tensión o de estar al límite.
2. Se fatigan con facilidad.
3. Dificultades para concentrarse o para dejar la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Trastorno del sueño (dificultad para dormirse o para mantenerse dormido, o descanso nocturno insatisfactorio o inquieto).

D. Los síntomas de ansiedad, preocupación o físicos generan un sufrimiento o un deterioro clínicamente significativo en los ámbitos social, laboral o de otra índole importante para su rendimiento funcional.

E. El trastorno no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. El trastorno no puede explicarse mejor por otro trastorno mental (Reyes-Marrero et al., 2019).

Los Criterios de la CIE-10 para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada son (Reyes- Marrero et al., 2019):

- A. Debe haberse dado un periodo de al menos 6 meses con tensión, preocupación y sentimientos de aprensión ante hechos cotidianos y problemas.
- B. Deben satisfacerse al menos 4 de los síntomas siguientes y uno de éstos debe corresponder a alguno de los síntomas entre (1) y (4):
 - a. Síntomas de excitación autónoma
 - i. Palpitaciones o ritmo de corazón acelerado
 - ii. Sudoración
 - iii. Temblor o sacudidas
 - iv. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación)
 - b. Síntomas que afectan pecho y abdomen

- i. Dificultad para respirar
 - ii. Sensación de ahogo
 - iii. Dolor en el pecho o malestar
 - iv. Náuseas o dolor abdominal
 - c. Síntomas que afectan al estado mental
 - i. Sensación de mareo, inestabilidad, debilidad o exaltación.
 - ii. Sentimiento de que los objetos no son reales (desrealización) o que uno mismo es distante o “no está realmente aquí” (despersonalización)
 - iii. Miedo a perder el control, “volverse loco” o desmayarse.
 - iv. Miedo a morir
 - d. Síntomas generales
 - i. Sofocos o escalofríos
 - ii. Entumecimiento o sensación de hormigueo.
 - e. Síntomas de tensión
 - i. Tensión muscular o dolores y molestias
 - ii. Inquietud e incapacidad para relajarse
 - iii. Nerviosismo o tensión mental.
 - iv. Sensación de nudo en la garganta o de dificultad para tragar.
 - f. Otros síntomas específicos
 - i. Respuesta exagerada a la menor sorpresa o asustarse.
 - ii. Dificultad para concentrarse o mente “en blanco” debido a la preocupación o a la ansiedad
 - iii. Irritabilidad constante
 - iv. Dificultad para dormirse debido a la preocupación
- C. El trastorno no satisface los criterios para el trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno hipocondríaco.
- D. El trastorno de ansiedad no es debido a un trastorno somático como hipertiroidismo, un trastorno mental orgánico o un trastorno relacionado con sustancias psicoactivas como el consumo excesivo de sustancias anfetamínicas o la retirada de benzodiazepinas.

III.1.7 Escala de Medición de TAG

La Escala de Ansiedad Generalizada (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7) es una herramienta breve utilizada en psicología y psiquiatría para evaluar la presencia y gravedad de los síntomas de ansiedad generalizada en pacientes así como su monitoreo en el progreso de tratamiento. (Camargo et al., 2021).

El GAD-7 consta de una serie de preguntas que evalúan síntomas como: preocupación excesiva, dificultad para controlar la preocupación, sentimientos de nerviosismo, inquietud o tensión, dificultad para relajarse, problemas para concentrarse, irritabilidad y dificultad para dormir. (Camargo et al., 2021).

Es un instrumento autoaplicable de 7 ítems que se utiliza ampliamente para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada durante las últimas 2 semanas según el DSM-5. Cada elemento se puntúa en una escala Likert de 4 puntos que indica la frecuencia de los síntomas, que van de 0 (nada) a 3 (casi todos los días). La puntuación total de GAD-7 puede variar de 0 a 21, donde 0 a 4 puntos corresponden a ausencia de ansiedad, 5 a 9 puntos es ansiedad leve, 10 a 14 puntos ansiedad moderada y 15 a 21 puntos ansiedad severa. (Camargo et al., 2021).

El instrumento GAD-7 presenta adecuados valores de sensibilidad (0,92) y especificidad (0,83) y por tanto se ha utilizado ampliamente en diferentes países como Colombia y Perú y en diversos contextos de la salud mental. Su coeficiente de fiabilidad corresponde a un alfa de Cronbach de 0.92 (Camargo et al., 2021).

GAD-7 se compara con el instrumento DASS-21 el cual es una de las escalas más utilizadas para medir la ansiedad generalizada, fácil de responder y con adecuadas propiedades psicométricas, peromide otros constructos como el estrés y la depresión, por tanto, completarla exige más tiempo (Camargo et al., 2021).

III.1.8 Tratamiento TAG

El tratamiento del TAG es multifactorial y se realiza mediante un abordaje farmacológico y no farmacológico (Vargas, 2014).

Dentro del tratamiento farmacológico se encuentran como primera línea los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina como la venlafaxina; se recomienda iniciar el tratamiento con un ISRS y en el caso de que éste fracase, pasar al tratamiento con venlafaxina. (Buitrago- Ramírez et al., 2014; Narayan et al., 2015; Pelissolo, 2019).

Los antidepresivos tricíclicos se consideran tratamientos de segunda y tercera línea por su mayor prevalencia de efectos secundarios. El tratamiento con antiepilépticos, como la gabapentina y antipsicóticos atípicos se usarán en combinación con un fármaco de primera línea en los casos refractarios. (Buitrago- Ramírez et al., 2014; Narayan et al., 2015; Pelissolo, 2019)

El uso de benzodiazepinas continúa estando indicado, fundamentalmente en las primeras etapas del tratamiento, hasta que el antidepresivo de primera línea comience a hacer efecto. Posteriormente, se debería hacer una retirada progresiva y se utilizará de forma puntual o en los periodos de descompensación (Buitrago- Ramírez et al., 2014; Narayan et al., 2015; Pelissolo, 2019).

Respecto al tratamiento no farmacológico se encuentra la terapia cognitiva-conductual, la cual se inicia después del primer mes del tratamiento farmacológico; además de entrenamiento en técnicas de relajación y meditación. (Marcas-Vila et al., 2000; Gómez-Restrepo et al., 2015).

Se debe de incidir en la psicoeducación en donde se le explica al paciente el origen de sus síntomas, las pruebas realizadas dirigidas a descartar otra enfermedad médica, con el fin de disminuir la preocupación por la presencia de una enfermedad y evitar la búsqueda de otros diagnósticos (Gómez-Restrepo et al., 2015)

III.1.9 Pronóstico de TAG

El curso de los trastornos de ansiedad es crónico y fluctuante; sin tratamiento el 80% de los pacientes continúan presentando síntomas tres años después del inicio. En los pacientes con un TAG crónico se pueden presentar episodios breves de depresión y tiene una probabilidad mayor de presentar un episodio depresivo mayor futuro. El pronóstico es peor si los síntomas son graves (agitación, desrealización, síntomas conversivos, ideas de suicidio) o si se mantienen los acontecimientos estresantes que pudieron actuar como precipitantes (Narayan et al., 2015; Saavedra-González et al., 2016; Vargas, 2014).

La morbilidad es mayor que en la población general y el TAG se asocia a otras enfermedades como el síndrome de colon irritable, colitis ulcerosa, diabetes mellitus y el síndrome de fatiga crónica. Pacientes con TAG tienen elevadas tasas de comorbilidad psiquiátrica, ya que el 60% presenta depresión mayor, 33% alcoholismo, 25% TP, entre el 21-55% fobia simple y el 15-59% fobia social. El riesgo de suicidio en pacientes con TAG es 30 veces mayor respecto a la población general (García Campayo et al., 2007; Pelissolo, 2019).

III.2 La familia

La familia se define de acuerdo con Santacruz como el grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio que interactúan y conviven en forma permanente y comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar (Huerta-González, 2005)

De acuerdo con el consenso académico 2005, la familia es definida como un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad; es la responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique (Huerta-González, 2005).

III.2.1 Clasificación tipológica de acuerdo con su parentesco

La familia se clasifica de acuerdo a su parentesco en: nuclear (hombre y mujer sin hijos), nuclear simple (padre y madre con uno a tres hijos), nuclear numerosa (padre y madre con cuatro hijos o más) , reconstruida (padre y madre en el que alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de una unión anterior), monoparental (padre o madre con hijos), monoparental extendida (padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco), monoparental extendida compuesta (padre o madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco), extensa (padre y madre con hijos más otras personas con parentesco) , extensa compuesta (padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco), no parental (familias con vínculos de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres) (Huerta-González, 2005).

III.2.2 La familia monoparental

La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida, sin embargo, es frecuente en primer nivel de atención encontrar personas con un problema psicosocial donde está implicada la familia (Marcas-Vila et al., 2000; Saavedra-González et al., 2016).

Actualmente la estructura familiar se está transformando debido a los cambios socioeconómicos y a nuestro sistema de valores, por lo que está apareciendo otra nueva estructura de familia siendo esta, la familia monoparental (Pérez-Milena et al., 2009)

El concepto de monoparental o uniparental hace referencia a las relaciones familiares fundadas sobre una única cabeza (madre o padre) quien se encarga de gestionar el núcleo familiar. En estos casos los hijos son reconocidos legalmente

por uno de los progenitores y generalmente dependen también de esa persona (Coronel- Rodríguez et al., 2022).

De acuerdo con la ONU las define como una variación de la familia nuclear de un solo adulto, donde un progenitor, que no convive con su cónyuge ni otra persona adulta, tiene a su cargo a un hijo soltero que depende económicamente de él (Coronel- Rodríguez et al., 2022).

Existen diversas causas por las cuales se forman las familias monoparentales:

1. **Padres divorciados:** Generalmente son las madres quienes después del divorcio se encargan de cuidar de los hijos.
2. **Hijos adoptados o resultado de la fertilización asistida.**
3. **Muerte de uno de los progenitores** (viudez)
4. **Maternidad/paternidad forzosa.** Fenómeno caracterizado por la obligación de las niñas y mujeres a llevar a término embarazos no deseados o que el padre biológico se niega a reconocer su paternidad; abandono por parte de la madre de la relación conyugal y parental.
5. **Tutores por causas diversas.** Se considera a una persona que acoge a uno o varios menores a su cargo para proporcionarle educación o estabilidad económica de manera indefinida o de forma temporal (García-Campayo et al., 2007; Turabián et al., 2012)

La mayoría de ellas ya se encuentran aprobadas y tienen consideración en la mayoría de los sistemas legislativos del mundo; en algunos países todavía se restringe y suprime este tipo de relaciones parentales porque se apuesta por la permanencia de una familia tradicional, generalmente vinculada a valores religiosos y jerárquicos determinados (Coronel- Rodríguez et al., 2022).

A nivel psicológico hay una gran diferencia en las familias monoparentales por circunstancias sobrevenidas como divorcio, separación o viudez, siendo necesaria la ayuda psicológica, tanto para padres como para los hijos. Los últimos estudios realizados confirman que las madres solteras con hijos a su cargo o que tienen la

custodia compartida padecen algún tipo de trastorno psicológico asociado a la depresión o ansiedad (Blanca-Tamayo et al.,2008)

Las fases del ciclo de vida familiar suponen nuevos y diferentes roles, que de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo, complicarse con problemas de salud o trastornos mentales (ansiedad, depresión, fobias, entre otros) (Miranda-Chueca, 2003)

Debido a diversos estudios la familia nuclear no parece ser imprescindible para el establecimiento de unas relaciones familiares positivas y un desarrollo saludable. La dinámica familiar estaría matizada por los factores demográficos y los recursos existentes más que por la estructura familiar; familias no nucleares podrían presentar ciclos vitales alternativos que le confieren un funcionamiento normal. (Turabián et al., 2012)

Un tema que siempre ha generado gran interés es el proceso de separación, divorcio o ruptura conyugal. Este es vivido por la familia como uno de los eventos vitales más estresantes. Como tal, puede repercutir en la salud mental y física de todos sus miembros, y especialmente en el bienestar de los hijos. Así, diferentes autores, han señalado los siguientes efectos emocionales: sentimientos de abandono y rechazo, culpabilidad por la separación de los padres; miedo no resuelto e inseguridad; baja autoestima; ansiedad y depresión, ansiedad por separación e inadaptación personal, familiar, escolar y social. Sin embargo, estos efectos pueden ser revertidos en el tiempo, si se mantienen buenos lazos afectivos entre padres e hijos, a pesar de estar separados (Turabián et al., 2012).

De acuerdo con la literatura se establece que la experiencia del divorcio de los padres se relacionaba con una mayor incidencia de alteraciones emocionales; además, se constató que los hijos de padres separados, en comparación con los que se mantienen con familias intactas, habían recibido más atención psiquiátrica y psicológica a lo largo de su vida. (Buitrago- Ramírez et al., 2014; Turabián et al., 2012; Vargas, 2014).

Más que la estructura familiar es el funcionamiento familiar el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad y depresión en los miembros de la familia; cuando el funcionamiento familiar se altera debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual (cada miembro de la familia), grupal (la familia como un todo) y social (las relaciones del grupo con su entorno) (Buitrago-Ramírez et al., 2014; Turabián et al., 2012; Vargas, 2014).

Se ha establecido que las familias con alta cohesión y adaptación baja presentaron niveles más elevados de ansiedad y depresión tanto en pacientes como en familiares; además, existe asociación entre disfunción familiar y síntomas depresivos. (Vargas, 2014).

La dinámica familiar es un concepto ligado al funcionamiento familiar, que es definido como el proceso de interacción entre los miembros que están ligados por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones de cada miembro; actuando así, tanto fuerzas positivas como negativas que determinan el buen o mal funcionamiento de la familia (Vargas, 2014).

Es importante lograr una relación terapéutica de colaboración que genere en la familia un sentimiento de control realista y favorezca la movilización de las capacidades del sistema para que promueva la mejoría. Esta idea permite que el sistema muestre apertura y considere que existen formas de funcionamiento más eficaces que las que tienen hasta ese momento (Vargas, 2014).

III.3 Funcionalidad familiar

III.3.1 Definición

La funcionalidad familiar se define como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que

se puedan presentar; depende del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible que pueden propiciar un impacto menor de enfermedad. La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del síntoma (Saavedra-González et al., 2016).

La funcionalidad familiar se presenta en la familia a través de la cohesión, armonía, asignación de roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad (Huerta-González, 2005).

La adaptabilidad se define como la habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación determinada; la afectividad es la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros; la armonía es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo (Huerta-González, 2005).

Respecto a la cohesión es la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas; la comunicación es la forma en que los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa; la permeabilidad familiar es la capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones; los roles con los papeles que cumple cada miembro de la familia respecto a las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar (Huerta-González, 2005).

III.3.2 Test FFSIL

El test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) por Ortega, de la Cuesta y Días se diseñó en 1994, con la idea de que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria (Rosales-Córdova et al., 2017).

Respecto a la metodología del instrumento, consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento (Ortega Veitía et al., 1999).

N° de situaciones	Variables que mide
1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

El instrumento define a las variables de la siguiente manera: Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.; Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo; Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa; Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones; Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros; Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar; Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiere (Ordoñez et al., 2020).

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos (Ortega Veitía et al., 1999).

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
Casi nunca	1 punto
Pocas veces	2 puntos
A veces	3 puntos
Muchas veces	4 puntos
Casi siempre	5 puntos

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativas, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera (Ortega- Veitía et al., 1999).

De 70 a 57 puntos	Familia FUNCIONAL
De 56 a 43 puntos	Familia MODERADAMENTE funcional
De 42 a 28 puntos	Familia DISFUNCIONAL
De 27 a 14 puntos	Familia SEVERAMENTE disfuncional

Dicho tipo de familias se definen de la siguiente manera: Familia Funcional: Una familia funcional o moderadamente funcional, se caracterizan por ser cohesionadas con una unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas, armónica con correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo (Ordoñez et al., 2020).

Familia disfuncional: Es un espacio donde no se valora al otro, no se cumplen con los roles correspondientes a cada miembro de la familia, no se delegan responsabilidades, lo cual afecta directamente a los integrantes del grupo familiar, ya que puede generar rasgos de personalidad desequilibrados que les afectarán en todos los ámbitos de la vida (Ordoñez et al., 2020).

El coeficiente de fiabilidad del instrumento FFSIL corresponde a un Alfa de Cronbach de 0.89 (Rosales-Córdova et al., 2017).

IV. HIPÓTESIS

IV.1. Hipótesis general

Ho: En pacientes de familia monoparental con funcionalidad familiar, el trastorno de ansiedad generalizada es $\leq 10\%$ y en pacientes de familia monoparental con disfunción familiar, el trastorno de ansiedad generalizada es \leq a 24.5%.

Ha: En pacientes de familia monoparental con funcionalidad familiar, el trastorno de ansiedad generalizada es $> 10\%$ y en pacientes de familia monoparental con disfunción familiar, el trastorno de ansiedad generalizada es $>$ a 24.5%.

IV.1.2 Hipótesis específicas

1. **Ho:** En pacientes de familia monoparental de **padres divorciados** con funcionalidad familiar, el trastorno de ansiedad generalizada es = que en pacientes con disfunción familiar.

Ha: En pacientes de familia monoparental de **padres divorciados** con funcionalidad familiar, el trastorno de ansiedad generalizada es \neq que en pacientes con disfunción familiar.

2. **Ho:** En pacientes de familia monoparental por **hijos adoptados** con funcionalidad familiar, el trastorno de ansiedad generalizada es = que en pacientes con disfunción familiar.

Ha: En pacientes de familia monoparental por **hijos adoptados** con funcionalidad familiar, el trastorno de ansiedad generalizada es \neq que en pacientes con disfunción familiar.

3. **Ho:** En pacientes de familia monoparental **por muerte de uno de los progenitores** con funcionalidad familiar, el trastorno de ansiedad generalizada es = que en pacientes con disfunción familiar.
Ha: En pacientes de familia monoparental **por muerte de uno de los progenitores** con funcionalidad familiar, el trastorno de ansiedad generalizada es \neq que en pacientes con disfunción familiar.

4. **Ho:** En pacientes de familia monoparental **por maternidad o paternidad forzosa** con funcionalidad familiar, el trastorno de ansiedad generalizada es = que en pacientes con disfunción familiar.
Ha: En pacientes de familia monoparental **por maternidad o paternidad forzosa**, con funcionalidad familiar, el trastorno de ansiedad generalizada es \neq que en pacientes con disfunción familiar.

5. **Ho:** En pacientes de familia monoparental **por tutor por causas diversas**, con funcionalidad familiar el trastorno de ansiedad generalizada es = que en pacientes con disfunción familiar.
Ha: En pacientes de familia monoparental **por tutor por causas diversas** con funcionalidad familiar, el trastorno de ansiedad generalizada es \neq que en pacientes con disfunción familiar.

V. OBJETIVOS

V.1 Objetivo general

Determinar la relación de la funcionalidad familiar con trastorno de ansiedad generalizada en familias monoparentales.

V.2 Objetivos específicos

1. Determinar la relación de la funcionalidad familiar con trastorno de ansiedad generalizada en familia monoparental por padres divorciados.

2. Determinar la relación de la funcionalidad familiar con trastorno de ansiedad generalizada en familia monoparental por hijos adoptados.

3. Determinar la relación de la funcionalidad familiar con trastorno de ansiedad generalizada en familia monoparental por muerte de uno de los progenitores.

4. Determinar la relación de la funcionalidad familiar con trastorno de ansiedad generalizada en familia monoparental por maternidad o paternidad forzada.

5. Determinar la relación de la funcionalidad familiar con trastorno de ansiedad generalizada en familia monoparental por tutor por causas diversas.

VI. MATERIAL Y METODOS

VI.1 Tipo de investigación

Estudio observacional, analítico, transversal comparativo realizado en el periodo correspondiente al 1° marzo del 2023 al 31 julio del 2024.

VI.2 Población o unidad de análisis

Hombre o mujer perteneciente a una familia monoparental derechohabiente de la unidad de medicina familiar no. 9, Querétaro.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

Se utilizó el muestreo No probabilístico por conveniencia.

La muestra se calculó con la fórmula cuyo objetivo es comparar dos proporciones con nivel de confianza del 95%, margen de error 5% y poder de prueba de 80%:

$$n = \frac{(p_1q_1) + (p_2q_2) k}{(p_1 - p_2)^2}$$

No hay bibliografía donde se sustente el trastorno de ansiedad en familias monoparentales, por lo que se toma como porcentaje para calcular las hipótesis lo reportado en el estudio de Rodríguez, 2017, donde se estudió la asociación entre funcionalidad familiar y trastorno de depresión en adultos de población mexicana y se encontró que en las familias funcionales, el trastorno de depresión se presentó en el 10% y en las familias disfuncionales, el trastorno de depresión se presentó en el 24.5% (Rodríguez, 2017).

Dónde:

- p_1 = proporción de individuos con depresión y funcionalidad familiar (0.10)
- $q_1 = (1 - p_1) = 0.90$
- p_2 = proporción de individuos con depresión y disfunción familiar (0.24)
- $q_2 = (1 - p_2) = 0.755$
- k = constante (6.2)

Se calculó el tamaño de muestra para familias monoparentales de padres divorciados de la siguiente manera:

$$n = \frac{[(0.10)(0.90) + (0.24)(0.76)] (6.2)}{(0.10-0.24)^2} = \frac{(0.09) + (0.1824)(6.2)}{0.0196} = \frac{0.2724 (6.2)}{0.0196}$$

$$13.89(6.2) = 86$$

N = 86 pacientes para cada grupo

Grupo 1. Pacientes con funcionalidad familiar

Grupo 2. Pacientes sin funcionalidad familiar.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyó a pacientes de 18 a 35 años, hijos, pertenecientes a una familia monoparental estricta en cualquiera de las variantes de monoparentalismo que vivían dentro del hogar, firmaran su consentimiento informado y que fueran derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar n. 9, Querétaro. Se excluyó a los pacientes con depresión mayor o menor diagnosticada antes del monoparentalismo, que contaban con enfermedad física o mental que les impidiera la participación en el estudio. Se eliminó a todos los pacientes que contestaron de manera incompleta cualquiera de los instrumentos aplicados en el presente estudio.

VI.3.2 Variables estudiadas

Las variables que se estudiaron fueron variables sociodemográficas del paciente, entre ellas: sexo, edad, ocupación, estado civil, escolaridad concluida, número de hermanos totales (hombres y mujeres) e hijo que representa. Respecto al progenitor las variables sociodemográficas que se estudiaron fueron: edad, sexo, escolaridad, enfermedades presentadas, si recibieron tratamiento, situación laboral actual y tipo de vivienda.

Se analizó el tipo de monoparentalimo, el tiempo en que sucedió y la causa del fallecimiento del progenitor. Se analizó la presencia de TAG por medio del test GAD 7 y la funcionalidad familiar por medio del test FFSIL.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Para la evaluación del funcionamiento familiar se utilizó el test FF-SIL, el cual consta de 14 situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Para cada situación se presentó una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos: casi nunca = 1 puntos, pocas veces = 2 puntos, a veces = 3 puntos, muchas veces = 4 puntos, casi siempre = 5 puntos.

Se realizó la sumatoria de los puntos, para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera: familia funcional (57 a 70 puntos) y familia disfuncional (14 a 56 puntos), el cual engloba el puntaje correspondiente a la familia moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional (Ortega Veitía et al., 1999).

El coeficiente de fiabilidad del instrumento FFSIL corresponde a un Alfa de Cronbach de 0.89. (Ortega Veitía et al., 1999).

Para la evaluación del trastorno de Ansiedad Generalizada se utilizó el instrumento (GAD 7) el cual consta de 7 preguntas puntuables entre 0 y 3, siendo las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente. El coeficiente de fiabilidad del instrumentos corresponde a un alfa de Cronbach de 0.92 (Camargo et al., 2021).

El GAD-7 es un instrumento autoaplicable de 7 ítems que se utiliza ampliamente para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada durante las últimas 2 semanas según el DSM-5. Cada elemento se puntúa en una escala Likert de 4 puntos que indica la frecuencia de los síntomas, que van de 0 (nada) a 3 (casi todos los días). La puntuación total de GAD-7 puede variar de 0 a 21,

donde 0 a 4 puntos corresponden a ausencia de ansiedad, 5 a 9 puntos es ansiedad leve, 10 a 14 puntos ansiedad moderada y 15 a 21 puntos ansiedad severa. (Camargo et al., 2021).

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la directora de tesis a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada.

Se acudió en horario matutino y vespertino a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de la Delegación 23 de Querétaro, se seleccionaron a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y se les invitó a participar en el protocolo de investigación, haciendo una reseña breve del objetivo y de los beneficios que adquirirán en caso de decidir participar en el mismo.

Una vez que se contó con la autorización, se firmó el consentimiento informado y se procedió al interrogatorio y al llenado del formato general y de las escalas a medir.

Para medir la funcionalidad familiar se utilizó el cuestionario FFSIL, el cual permitió formar los grupos de comparación, grupo 1: Funcional, grupo 2: Disfuncional (incluye las categorías de moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional)

Para conocer la presencia de trastorno de ansiedad generalizada se utilizó el Test GAD-7, cuya puntuación total de GAD-7 puede variar de 0 a 21, donde 0 a 4 puntos corresponden a ausencia de ansiedad, 5 a 9 puntos es ansiedad leve, 10 a 14 puntos ansiedad moderada y 15 a 21 puntos ansiedad severa. (Camargo et al., 2021).

Una vez terminada la entrevista, se le otorgó a los pacientes de manera física el resultado obtenido en ambas escalas y aquellos que resultaron con diagnóstico de TAG de acuerdo a test GAD- 7 se les indicó que presentaran dicho resultado a su médico familiar correspondiente para que éste a su vez pueda referirlos a trabajo social y/o psiquiatría para su valoración y seguimiento.

VI.5.1 Análisis estadístico

El procesamiento de los datos se realizó con el programa SPSS versión 22, el análisis diferencial se llevó a cabo con la prueba de χ^2 para variables cuantitativas y estadística descriptiva para las variables cualitativas utilizando frecuencias y porcentajes.

VI.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al ser sometido a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Declaración de Helsinki 2013 se respetó el postulado 9 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”. Así como el postulado 24 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Así como los lineamientos de la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, en donde se mencionaron en el apartado 5.3 “La Secretaría para el otorgamiento de la autorización de una investigación para la salud en seres humanos conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma, deberá corroborar que en el proyecto o protocolo de investigación, prevalezcan los criterios de respeto a la dignidad del sujeto de investigación, la protección de sus derechos, principalmente el de la protección de la salud, así

como el bienestar y la conservación de su integridad física”. Y expresó en el apartado 5.5 “Toda investigación debe garantizar que no expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles, inherentes a la maniobra experimental”.

De igual manera se respetaron los principios éticos de autonomía al respetar la libertad y la capacidad de los derechohabientes a tomar la decisión de participar en el estudio sin interferencias externas; beneficencia, al actuar a favor de los pacientes al promover opciones de detección de TAG y su posible intervención, buscando su bienestar y salud; No maleficencia, al evitar causar perjuicio innecesario a los pacientes; justicia, al promover la equidad y la imparcialidad a todas los derechohabientes de participar en el estudio de manera igualitaria.

De acuerdo a la Ley General de Salud el estudio fue considerado una investigación con RIESGO MÍNIMO ya que en el estudio se empleó el riesgo de datos a través de pruebas psicológicas a individuos en los que no se manipuló la conducta de los sujetos participantes. Existieron diversos beneficios como el conocer la presencia de trastorno de ansiedad generalizada y poder canalizarlos, aportando una mejora a la Salud física, mental, social.

Se proporcionó a firmar la carta de consentimiento informado previa explicación de los procedimientos a seguir.

Se derivó a todos los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada con el médico familiar correspondiente para poder ser derivados a trabajo social y/o psicología y psiquiatría. El servicio de trabajo social apoya a los pacientes con TAG (preferentemente a pacientes con TAG leve) de diversas maneras:

1) Fortaleciendo los estilos de vida saludables por medio del programa “Pasos por la salud” con el fomento de la actividad física 2 días a la semana como taichi y acondicionamiento físico.

2) Envío a la asociación “Psyque” a pacientes con ansiedad que tiene recursos económicos para recibir los servicios proporcionados.

3) Envío a Centros de Capacitación Juvenil a pacientes con ansiedad y nivel socioeconómico bajo.

4) Referencia a Centro de seguridad social donde se imparten actividades físicas y ocupaciones (tejido, pintura, entre otras)

5) Referencia al servicio de psicología médica al segundo nivel de atención ubicado en Hospital General Regional no.1, Querétaro, Qro.

Pacientes con TAG moderada y severa serán canalizados al servicio de Psiquiatría por medio de su médico familiar correspondiente mediante documento de referencia 4-30-8.

Para guardar la confidencialidad de los resultados se creó una base de datos en Excel en la cual se encriptaron y se le otorgó un código al que solo tendrán acceso los investigadores principales. Los instrumentos de recolección de datos se resguardaron en la coordinación de educación de la Unidad de Medicina Familiar no. 9.

VII. RESULTADOS

Cuadro VII.1 Características sociodemográficas de los pacientes con familia monoparental.

		Familia Funcional n=191		Familia No funcional n=249		*p
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Sexo						
	Masculino	65	34	72	28.9	0.251
	Femenino	126	66	177	71.1	
Edad						
	18-25 años	106	55.5	161	64.7	0.141
	26 a 30 años	50	26.2	54	21.7	
	31 a 35 años	35	18.3	34	13.7	
Estado civil						
	Soltero	144	75.4	186	74.7	0.697
	Casado	13	6.8	13	5.2	
	Viudo	0	0	1	0.4	
	Unión libre	34	17.8	49	19.7	
Ocupación						
	Estudiante	23	12	21	8.4	0.018
	Empleado	147	77	169	67.9	
	Ama de casa	8	4.2	15	6	
	Otros	1	0.5	3	1.2	
	Estudiante/empleado	12	6.3	39	15.7	
	Ninguna	0	0	2	0.8	
Escolaridad						
	Primaria	2	1	1	0.4	0.001
	Secundaria	50	26.2	67	26.9	
	Preparatoria/técnico	84	44	140	56.2	
	Licenciatura	47	24.6	41	16.5	
	Posgrado	8	4.2	0	0	

*X², tomando como significativo cuando p es ≤0.05

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo titulado “Relación de la disfunción familiar con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en familias monoparentales”

En los hijos entrevistados de familias monoparentales predominó el sexo femenino en familias funcionales (66%) y no funcionales (71.1%); la edad predominante fue de 18-25 años en familias funcionales (55.5%) y no funcionales (64.7%); su estado civil predominante fue soltero en ambos grupos (75.4% versus 74.7%), datos sin significancia estadística. La ocupación predominante fue empleado en familias funcionales (77%) y no funcionales (67.9%) y su escolaridad predominante fue preparatoria/técnica en ambos grupos (85% versus 149%); ambos datos con significancia estadística.

Cuadro VII.2 Relación de hermanos totales e hijo que representa con TAG

	Familia Funcional n=191		Familia No funcional n=249		*p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Hermanos totales					
0 a 5	188	98.4	237	95.2	0.154
6 a 10	2	1	10	4	
11 a 15	1	0.5	2	0.8	
Hijo que representa					
Mayor	68	35.6	82	32.9	0.544
Medio	47	24.6	77	30.9	
Menor	66	34.6	78	31.3	
Hijo único	10	5.2	12	4.8	

*X², tomando como significativo cuando p es ≤0.05

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo titulado “relación de la disfunción familiar con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en familias monoparentales”

Respecto a los hermanos totales que componen las familias monoparentales predominó de 0 a 5 hermanos en familias funcionales (98.4%) y no funcionales (95.2%); y de acuerdo al hijo que representa el paciente entrevistado, predominó el hijo mayor en familias funcionales (36.6%) y no funcionales (32.9%), ambos datos sin significancia estadística.

Cuadro VII.3 Características sociodemográficas del progenitor

	Familia Funcional n=191		Familia No funcional n=249		*p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Sexo					
Masculino	31	16.2	32	12.9	0.543
Femenino	160	83.8	217	87.1	
Edad					
20 a 29	1	0.5	0	0	0.178
30 a 40	21	11	30	12	
41 a 50	70	36.6	97	39	
51 a 60	67	35.1	96	38.6	
61 a 70	29	15.2	25	10	
71 y mas	3	1.6	0	0	
Vivienda					
Rural	3	1.6	2	0.8	0.377
Urbana	188	98.4	247	99.2	
Situación laboral					
Empleado	118	61.8	155	62.2	0.911
Desempleado	51	26.7	68	27.3	
Jubilado	13	6.8	13	5.2	
Pensionado	9	4.7	13	5.2	
Escolaridad					
Primaria	35	18.3	43	17.3	0.374
Secundaria	66	34.6	102	41	
Preparatoria/técnico	48	25.1	68	27.3	
Licenciatura	26	13.6	24	9.6	
Posgrado	4	2.1	2	0.8	
Ninguno	12	6.3	10	4	

*X², tomando como significativo cuando p es ≤0.05

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo titulado “relación de la disfunción familiar con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en familias monoparentales”

Respecto al progenitor de las familias monoparentales, predominó el sexo femenino en familias funcionales 83.8% y no funcionales 87.1%, datos sin significancia estadística; su edad oscila entre 41 a 50 años, en familias funcionales 36.6% y no funcionales 39%; habitan en vivienda urbana, tanto en familias funcionales con 98.4% y no funcionales con 99.2%; su situación laboral es empleado, tanto en familias funcionales con 61.8% y no funcionales con 62.2%; su escolaridad máxima terminada fue secundaria, en familias funcionales con 34.6% y no funcionales con 41% . Todos los datos anteriores no presentaron significancia estadística.

Cuadro VII.4 Tiempo de monoparentalismo y causa de fallecimiento del progenitor

	Familia Funcional n=191		Familia No funcional n=249		*p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Tiempo de monoparentalismo					
0-11 m	18	9.4	20	8	0.217
1 a 5 años	62	32.5	81	32.5	
6 a 10	32	16.8	62	24.9	
11 a 20	54	28.3	53	21.3	
21 o más	25	13.1	33	13.3	
Causa muerte progenitor					
COVID	4	2.1	1	0.4	0.033
Cáncer	5	2.6	12	4.8	
Enf	9	4.7	21	8.4	
Cardiovasculares					
Accidentes	1	0.5	9	3.6	
Complicaciones	6	3.1	2	0.8	
DM2					
Enf Respiratorias	2	1	1	0.4	
Desconoce	2	1	3	1.2	
No aplica	151	79.1	187	75.1	
Otras	7	3.7	7	2.8	
Enf	0	0	4	1.6	
cerebrovasculares					
Suicidio/Homicidio	4	2.1	2	0.8	

*X², tomando como significativo cuando p es ≤0.05

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo titulado “relación de la disfunción familiar con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en familias monoparentales”

El tiempo de monoparentalismo fue de 1 a 5 años en las familias funcionales y no funcionales con 32.5%, dicho dato sin significancia estadística.

En la mayor parte de las familias estudiadas con funcionalidad familiar (79.1%) y sin funcionalidad familiar (75.1%), la causa de monoparentalismo no se debió a muerte del progenitor, si no a cualquier otra variante de monoparentalismo (separación/divorcio, adopción, maternidad/paternidad forzada, causas diversas), esto con significancia estadística $< 0.05\%$.

En las familias cuyo monoparentalismo se debió a muerte del progenitor, tanto en familias funcionales (4.7%) como en no funcionales (8.4%) la causa de muerte predominante fue por enfermedades cardiovasculares, dato con significancia estadística $< 0.05\%$.

Cuadro VII.5. Relación de funcionalidad familiar (FFSIL) y presencia de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)

Trastorno de ansiedad	Familia Funcional n=191		Familia No funcional n=249		*p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Paciente SIN ansiedad	90	47.1	54	21.7	0.000
Paciente con ansiedad LEVE	49	25.7	78	31.3	
Paciente con ansiedad MODERADA	18	9.4	62	24.7	
Paciente con ansiedad SEVERA	34	17.8	55	22.1	

*X², tomando como significativo cuando p es ≤0.05

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo titulado “relación de la disfunción familiar con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en familias monoparentales”

Pacientes que pertenecen a una familia funcional predominó la ausencia de ansiedad en 47.1% en comparación de los que pertenecen a una familia no funcional con 21.7%, diferencia estadísticamente significativa.

Pacientes que pertenecen a una familia no funcional predominó la ansiedad leve en 31.3% en comparación de los que pertenecen a una familia funcional con 25.7%, diferencia estadísticamente significativa. El resto de los resultados se aprecian en el cuadro.

Cuadro VII.6. Relación de funcionalidad familiar con trastorno de ansiedad generalizada por tipo de monoparentalismo.

	Familia Funcional n=191		Familia No funcional n=249		Total	*p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Padres divorciados						
SIN ansiedad	70	49.3	44	24.7	114	.000
Ansiedad LEVE	33	23.2	60	33.7	94	
Ansiedad MODERADA	12	8.5	44	24.7	56	
Ansiedad SEVERA	27	19	30	16.9	57	
Total	142	100	178	100	321	
Muerte del progenitor						
SIN ansiedad	18	45	7	11.3	25	.000
Ansiedad LEVE	11	27.5	16	25.8	27	
Ansiedad MODERADA	6	15	17	27.4	23	
Ansiedad SEVERA	5	12.5	22	35.5	27	
Total	40	100	62	100	102	
Maternidad/paternidad forzada						
SIN ansiedad	0	0	2	25	2	0.301
Ansiedad LEVE	4	66.7	2	25	6	
Ansiedad MODERADA	0	0	1	12.5	1	
Ansiedad SEVERA	2	33.3	3	37.5	5	
Total	6	100	8	100	14	
Causas diversas						
SIN ansiedad	2	100	1	100	3	0.500
Ansiedad LEVE	0	0	0	0	0	
Ansiedad MODERADA	0	0	0	0	0	
Ansiedad SEVERA	0	0	0	0	0	
Total	2	100	1	100	3	

*X2, tomando como significativo cuando p es ≤ 0.05

Fuente: Instrumento de recolección de datos del protocolo titulado “relación de la disfunción familiar con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en familias monoparentales”

Pacientes cuyo monoparentalismo fue por padres divorciados y pertenecen a una familia funcional predominó la ausencia de ansiedad en 49.3% en comparación de los que pertenecen a una familia no funcional donde la ausencia de ansiedad se presentó en el 24.7 % y la diferencia fue estadísticamente significativa. En los pacientes que pertenecen a una familia no funcional predominó la ansiedad LEVE en el 33.7 % en comparación de los que pertenecen a una familia funcional con 23.2% con diferencia estadísticamente significativa.

En la muestra no se obtuvieron pacientes pertenecientes a monoparentalismo por adopción.

Pacientes cuyo monoparentalismo fue por muerte del progenitor y pertenecen a una familia funcional predominó la ausencia de ansiedad en 45% en comparación de los que pertenecen a una familia no funcional donde la ausencia de ansiedad se presentó en el 11.3 % y la diferencia fue estadísticamente significativa. En los pacientes que pertenecen a una familia no funcional predominó la ansiedad severa en el 35.5 % en comparación de los que pertenecen a una familia funcional con 12.5% con diferencia estadísticamente significativa.

Pacientes cuyo monoparentalismo fue por maternidad/paternidad forzosa y pertenecen a una familia funcional predominó la ansiedad leve en 66.7% en comparación de los que pertenecen a una familia no funcional donde la ansiedad leve se presentó en el 25% y la diferencia no tuvo significancia estadística. Los pacientes que pertenecen a una familia no funcional predominó la ansiedad severa en el 37.5 % en comparación de los que pertenecen a una familia funcional con 33.3% y la diferencia fue no estadísticamente significativa.

VIII. Discusión

Se resalta la importancia de esta investigación ya que en los últimos años ha habido una transición en la tipología estructural de la población mexicana, aumentando las “estructuras familiares emergentes”, con lo son las familias monoparentales, quienes en el 2015 representaban un 25% del total de las familias; por ende hubo una disminución de familias nucleares de un 80% en 1980 a 60% en 2020. Este suceso es apoyado por De la Revilla L. 2009, quien expresó un incremento significativo de las familias monoparentales del 4.4% al 11.7% entre 1995 y 2005; el censo de Población y vivienda del 2020 estableció que en México el 18.5% de los hogares familiares son monoparentales; Buitrago Ramírez F et al., 2014 expresó que han incrementado un 67% de 1981 al 2012 y López Romo, 2016 señaló que éstas familias son el segundo tipo de familia en México.

Respecto al progenitor de las familias monoparentales en este estudio se encontró el predominio del sexo femenino con un 85.6% en ambos grupos y su edad osciló entre 41 a 50 años; resultado similar al reportado por el INEGI en 2014 donde expresó que en México las mujeres encabezaban el 84% de los hogares monoparentales y el jefe de familia se encontraba entre los 30 y 59 años. Según Buitrago Ramírez et al., 2014, la categoría de madres solteras ha experimentado un incremento del 299% en la última década y 9 de cada 10 familias monoparentales tiene una mujer como persona de referencia.

Otros datos acerca del progenitor de las familias monoparentales encontradas en ambos grupos fue que son económicamente activos en 62% y en 38% su escolaridad máxima terminada fue secundaria. De acuerdo a datos del INEGI 2020, 54% de los jefes de los hogares monoparentales son económicamente activos y cuentan con educación básica tanto hombres y mujeres en 6.2% y 6.3% respectivamente; mientras aquellos que tienen un nivel de estudios superior representan el 12.7% y 13% respectivamente.

Gómez-Restrepo Ca et al., 2015 en un estudio transversal descriptivo con una muestra de 2727 niños colombianos entre 7 y 11 años concluyó que existe

mayor prevalencia de trastornos mentales en los niños que residen en áreas urbanas que entre los que habitan en el área rural; dato presente en nuestra investigación donde la población estudiada reside con mayor frecuencia en dichas áreas en 98% de los casos.

Respecto a nuestra población entrevistada en ambos grupos, la mayor parte fueron mujeres con un 69% , pertenecieron al grupo de edad de 18 a 25 años en 61%, su estado civil predominante fue soltero en 75%, fueron activos económicamente en 72% y su escolaridad fue preparatoria/técnica en 51%; éste último dato es diferente a lo encontrado por Buitrago-Ramírez et al., 2014 el cual establece que los hijos de familias monoparentales tuvieron la tendencia de abandonar el colegio prematuramente, con inferiores niveles de estudios y tener mayores niveles de desempleo.

En este estudio el tipo de monoparentalismo que predominó en ambos grupos fue por divorcio/separación en 73%. De acuerdo al INEGI 2020 la mayoría de los progenitores de los hogares monoparentales se encontraban separados/divorciados en 74% y viudos en 76.6%. Datos similares fueron plasmados por Coronel-Rodríguez et al., 2021, en Sevilla España donde el 80% de las familias estudiadas correspondieron a nuclear clásico, 13% fueron monoparentales y de éstas el 77% proceden de madres divorciadas.

Este estudio estableció que la funcionalidad familiar influye en el grado de ansiedad del paciente, es decir a mayor funcionalidad familiar menores grados de ansiedad, esto independientemente del tipo de monoparentalismo. Esta relación entre funcionalidad familiar y trastorno de ansiedad es apoyada por Vargas, 2014, quien describió que más que la estructura familiar, el funcionamiento familiar es el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad y depresión en los miembros de la familia.

Dicha relación es analizada en múltiples estudios donde las poblaciones fueron distintas a la del nuestro, pero las conclusiones fueron similares; el primer ejemplo fue realizado por Wang et al., 2023, en una muestra de 897 pacientes

adultos con discapacidad donde se estudió el impacto del funcionamiento familiar en síntomas de ansiedad y depresión a través del análisis de redes y concluyó que el buen funcionamiento familiar es eficaz para mejorar los niveles de ansiedad y depresión en personas con discapacidad.

Un segundo ejemplo fue realizado por Ma, R et al., 2024, en una muestra de 1223 adolescentes en China donde evaluaron el funcionamiento familiar, la identidad propia, la flexibilidad cognitiva y la ansiedad generalizada en 2 puntos temporales con intervalo de 6 meses y concluyeron que el funcionamiento familiar puede ser un factor protector de la ansiedad generalizada y que la autoidentidad y la flexibilidad cognitiva actúan en la asociación entre funcionalidad familiar y ansiedad generalizada.

Un tercer ejemplo es el realizado por Hinostroza P et al., 2023 en un estudio transversal descriptivo con una muestra de 218 adolescentes entre 12 y 17 años donde analizaron la relación entre funcionalidad familiar y ansiedad estado-rasgo en Guayaquil, Ecuador y concluyeron que a mayor funcionalidad familiar, menores niveles de ansiedad en los adolescentes.

Un último ejemplo de esta relación es el estudio transversal descriptivo realizado por De la Revilla et al., 2007 en una muestra de 314 pacientes mayores de 18 años donde se estudiaron las variables personales y familiares que intervienen en la aparición de problemas psicosociales (PPS) y concluyó que la presencia de disfunción moderada daba la probabilidad de tener PPS en 3,11 veces mayor que en los que tienen una familia normofuncional y en las disfunciones graves el riesgo es 5,47 veces mayor; apoyando este punto García et al., 2007, expresó que los niños y adolescentes que viven en familias disfuncionales (definidas según la percepción del hijo) presentan una mayor tasa de enfermedades psiquiátricas.

En nuestro estudio el tipo de monoparentalismo no influyó de manera predominante en el grado de ansiedad de los pacientes aunque los tipos de familia

más influenciados fueron por muerte del progenitor y maternidad/paternidad forzosa donde la ansiedad severa tuvo mayor predominancia; apoyando esta relación entre funcionalidad familiar y estructura familiar Pérez- Milena et al., 2009, en una muestra de 1356 adolescentes donde pretendía conocer la relación del funcionamiento y estructura familiar y concluyó que el tipo de familia nuclear es el más preparado para afrontar los cambios en cada fase de su ciclo vital, mientras que las familias monoparentales se asocian a otros problemas debido a su origen y a la dispersión familiar que las caracteriza, lo cual impediría a los adolescentes recibir los factores protectores adecuados; aunque también estipula que los cambios sociales han hecho que las familias monoparentales puedan presentar ciclos vitales alternativos que le confieran un funcionamiento normal.

Otro ejemplo que ejemplifica dicha relación fue el realizado por Saavedra-González et al., 2016 en un estudio transversal descriptivo con una muestra de 220 pacientes donde determinó la asociación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores en UMF de Tamaulipas, México y concluyó que la familia nuclear es un factor protector para la disfuncionalidad familiar;

Un último ejemplo que apoya la relación entre enfermedad mental y estructura familiar es el realizado por Gómez-Restrepo et al., 2015, en un estudio transversal descriptivo donde estudiaron la prevalencia y los factores asociados a trastornos mentales en niños colombianos de 7 a 11 años, señaló que el pertenecer a una familia monoparental tiene mayor riesgo de tener un trastorno mental (depresión, ansiedad, TDAH); dato apoyado por Vargas, 2014 quien constató que los hijos de padres separados en comparación con los que se mantienen con familias nucleares habían recibido más atención psiquiátrica y psicológica a lo largo de su vida.

Una debilidad del presente trabajo fue el lugar donde se realizó la toma de muestra (UMF 9, Querétaro) en donde predominó la familia tradicional, que quizá de haberla realizado en una población con mayor urbanización los resultados

hubieran sido con mayor predominio de familias monoparentales como lo expresa la literatura.

Otra debilidad, fue no haber entrevistado al progenitor, con el fin de tener un panorama más amplio de la funcionalidad familiar, el monoparentalismo, su estado mental y de ésta forma entender de manera más amplia la situación del hijo (a) entrevistado.

Una fortaleza de la investigación es haberla realizado en familias monoparentales, ya que no existen estudios en la literatura que comparen las variables de funcionalidad familiar y TAG en dicho tipo de familia.

IX. CONCLUSIONES

El tipo de monoparentalismo predominante en ambos grupos fue por divorcio/separación.

El progenitor predominante de las familias monoparentales estudiadas fueron mujeres.

La funcionalidad familiar influye en el grado de ansiedad del paciente, independientemente del tipo de monoparentalismo, a mayor funcionalidad familiar menores grados de ansiedad en los pacientes.

La disfuncionalidad familiar aumenta el grado de ansiedad en todos los tipos de monoparentalismo, en mayor medida por muerte del progenitor y maternidad/paternidad forzosa, ya que la ansiedad severa se presentó en el 35.5% de los pacientes por muerte del progenitor y en el 37.5% de los pacientes por maternidad/ paternidad forzosa.

X. PROPUESTAS

Con base a los resultados obtenidos y anteriormente señalados, presento las siguientes propuestas:

Realizar un genograma familiar en la consulta de inicio, de forma rápida (3 a 5 minutos) a manera de borrador, como instrumento de exploración que evalúe la estructura familiar y permita detectar las situaciones de monoparentalidad.

Señalar la situación de monoparentalidad de forma clara en el apartado de antecedentes personales no patológicos de la historia clínica del hijo(a) y el progenitor, ya que esto puede ayudarnos a detectar la presencia de factores de riesgo de disfunción familiar.

Realizar el test GAD-7 en las consultas de medicina familiar, en pacientes con factores de riesgo para ansiedad y en caso de ser positivo derivar a psicología (2do nivel), trabajo social y/o pacientes con ansiedad moderada a grave al servicio de psiquiatría (2do nivel).

Gestionar con las autoridades de las Unidades de Medicina Familiar correspondientes a realizar talleres de capacitación dirigidos a médicos familiares sobre los distintos programas de apoyo otorgados por trabajo social, en los cuales nos podemos apoyar para referir a los pacientes con TAG (Programa de “Pasos por la salud”, Asociación Psyque, Centros de Capacitación Juvenil , Centros de Seguridad Social)

Se propone realizar una investigación similar con centro de estudio en el progenitor de la familia monoparental, ya que ayudaría a complementar la investigación actual obteniendo un mayor panorama de las variables estudiadas.

XI. BIBLIOGRAFIA

- Bellón J, et al. 2020. Enfermedades mentales comunes en atención primaria dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit* 2020;34(S1):20–26. [Consultado el 13 de julio del 2022]
- Blanca-Tamayo M, et al. 2008. Utilización de antidepresivos en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada comparada con otras indicaciones en atención primaria. *Farm Hosp* 2008;32(4):249-57. [Consultado el 15 de junio del 2022]
- Bordas Reig R. 2015. ¿Vivimos en una sociedad cada vez más ansiosa? *FMC*. 2015;22(9):473-4. [Consultado el 17 de junio del 2022]
- Buitrago Ramírez F, et al. 2014 Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. *Aten Primaria* 2014;46(Supl 4):59-74. [Consultado el 30 de junio del 2022]
- Buitrago Ramírez F, et al. 2018. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria* 2018;50(Supl 1):83-108. [Consultado el 1° de julio del 2022]
- Camargo L, et al. 2021. Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y confiabilidad. *Rev Colomb Psiquiat*. 2021. [Consultado el 09 de enero del 2023]
- Coronel Rodríguez C, et al. 2022. Nuevos modelos de familia. Revisión de nuestra situación actual. *Anales de Pediatría* 96 (2022) 350-371. [Consultado el 26 de junio del 2022]

De la Revilla L, et al. 2007. Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. *Aten Primaria* 2007;39(6):305-11. [Consultado el 4 de junio del 2022]

De la Revilla L. 2009. Disfunción familiar o crisis de desarrollo en la adolescencia. 10.1016/j.aprim.2009.06.006. [Consultado el 19 de octubre del 2022]

Escamilla Canales I, 2011. Trastornos de ansiedad (I). Trastorno de ansiedad generalizado. Trastorno de pánico. *Medicine* 2011;10(85):5725-33. [Consultado el 6 de julio del 2022]

García Campayo J, et al. 2007. La importancia de la familia en la aparición de enfermedad psiquiátrica en los adolescentes. *Aten Primaria* 2007;39(2):61-7. [Consultado el 9 de julio del 2022]

García Ricardo, 2011. Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. *REV. MED. CLIN. CONDES* 2011; 22(1) 77 – 84. [Consultado el 5 de julio del 2022]

Gómez-Restrepo Ca, et al.2015. Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños ~ colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Rev colomb psiquiat.* 2016;45(S1):39–49. [Consultado el 5 de junio del 2022]

Huerta-González J, 2005. Medicina Familiar, la familia en el proceso salud-enfermedad. Editorial Alfil. Ciudad de México 2005. Pp. 9-11. [Consultado el 10 de octubre del 2022]

- Latorre Postigo J.M, et al. 2005. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2005;36(2):85-92. [Consultado el 8 de julio del 2022]
- Miranda Chueca I, 2003. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria* 2003;32(9):524-30. [Consultado el 9 de julio del 2022]
- Narayan S, et al. 2015. Depresión y ansiedad en el dolor crónico. Capítulo 30. 2015 [Consultado el 15 de junio del 2022]
- Marcas Vila A, et al. 2000. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental. ¿Existe tal asociación? *Atención Primaria* 2000 Vol. 26. Núm. 7. [Consultado el 5 de julio del 2022]
- Ordóñez Azuara Y, et al. 2020. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Aten Primaria* 2020;52(10):680-689. [Consultado el 18 de junio del 2022]
- Ordoñez AY, Gutiérrez HR, Méndez EE, 2020. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Atención primaria*. 2020. 52(10): 680-689.
- Ortega Veitía T, et al. 1999. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer* 1999;15(3):164-8 [Consultado el 12 de octubre del 2022]
- Pelissolo A. 2019. Trastornos de ansiedad y fóbicos. *Tratado de Medicina*. Volumen 23. junio 2019. [Consultado el 9 de junio del 2022]

- Pérez Milena A, et al. 2009. Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997–2007). *Aten Primaria* 2009;41(9):479–486. [Consultado el 5 de julio del 2022]
- Reyes Marrero R, et al. 2019. Trastornos de ansiedad. *Medicine* 2019;12(84):4911- 7. [Consultado el 1° de julio del 2022]
- Román F, et al. 2016. Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *ACTA DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA* 2016, 6 (1), 2325 – 2336. [Consultado el 27 de junio del 2022]
- Rosales-Córdova, et al. 2017. Funcionalidad familiar y afrontamiento en pacientes con incapacidad permanente. *Horizonte sanitario / vol. 16, no. 2, mayo-agosto 2017*. [Consultado el 09 de enero del 2023]
- Saavedra-González A, et al. 2016. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam* 2016;23(1):24-28. [Consultado el 8 de julio del 2022]
- Sicras-Mainar A, et al. 2008. Influencia de la morbilidad y uso de recursos en pacientes que demandan atención por trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 2008;40(12):603-10. [Consultado el 8 de julio del 2022]
- Turabián J, et al. 2012. Los síntomas en medicina de familia no son síntomas de enfermedad, sino síntomas de vida. *Aten Primaria* 2012;44(4):232-236. [Consultado el 8 de mayo del 2022]

- Vargas H, 2014. Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Rev Med Hered* 2014; 25:57-59. [Consultado el 10 de julio del 2022]
- Rodríguez G, Haro M, Martínez F, Ayala F, Román M. 2017. Funcionalidad familiar y depresión en adultos en la atención primaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 16(4), 20-23. [Consultado el 20 de octubre del 2024]
- Ma, R., Zhang, Q., Zhang, C. *et al.* Asociaciones longitudinales entre el funcionamiento familiar y la ansiedad generalizada en adolescentes: el papel mediador de la autoidentidad y la flexibilidad cognitiva. *BMC Psychol* 12, 399 (2024). [Consultado el 14 de noviembre del 2024]
- Wang B, Yuan D, Zhong X, Yang F, Fu H. Función familiar, ansiedad y depresión en adultos con discapacidades: un análisis de redes. *Frente Salud Pública*. 31 de octubre de 2023. [Consultado el 18 de noviembre del 2024]
- Hinostroza, Pamela, & Lima, Dayamy. (2023). RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ANSIEDAD ESTADO-RASGO EN ADOLESCENTES. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades*, (20), 112-124. [Consultado el 18 de noviembre del 2024]

XII. ANEXOS

XII.1 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrucciones: El investigador subrayará o llenará la opción de acuerdo con los datos proporcionados por el participante.

Paciente	
1.	Edad:
2.	Sexo a) Hombre b) Mujer
3.	¿Cuántos hermanos tiene? Mujeres? Hombres?
4.	Ocupación a) Estudiante b) Empleado c) Ninguno
5.	Estado civil a) Soltero b) Casado c) Unión libre d) Viudo
6.	Escolaridad: a) Ninguna b) Primaria c) Secundaria d) Preparatoria/técnico e) Licenciatura f) Posgrado
7.	¿Cuál es el número de hijo que usted representa?
8.	Tipo de monoparentalismo a) Padres divorciados b) Hijos adoptados o resultado de la fertilización asistida c) Muerte de uno de los progenitores d) Maternidad/paternidad forzosa e) Tutores por causas diversas
8.	Si ocurrió muerte del progenitor, especifique causa:
9.	Tiempo de fallecimiento del progenitor: a) 0 a 11 meses b) 1 a 5 años c) 6 a 10 años d) 11 a 20 años e) 21 o más
10.	Funcionalidad familiar (Test FFSIL) a) Familia Funcional b) Familia Disfuncional
11.	Presencia de Trastorno de ansiedad generalizada (test GAD 7) a) Paciente SIN ansiedad b) Paciente con ansiedad leve c) Paciente con ansiedad moderada d) Paciente con ansiedad severa
12	¿Considera que el monoparentalismo influyó o es causa de su ansiedad? 1) Ninguna 2) Regular 3) Importante 4) Muy importante 5) Totalmente

Datos de progenitor dados por paciente	
1.	Edad:
2.	Sexo a) Hombre b) Mujer
3.	Escolaridad: a) Ninguna b) Primaria c) Secundaria d) Preparatoria/técnico e) Licenciatura f) Posgrado
4.	Enfermedades: a) DM2 b) HAS c) Hipotiroidismo d) Insuficiencia renal e) Cáncer Otro. Especifique _____
5.	Tratamiento actual de su enfermedad: a) Si b) No
6.	Situación laboral: a) Empleado b) Desempleado
7.	Demografía a) Rural Urbana

XII.2 INSTRUMENTOS

XII.2.1 PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente. La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

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

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; este se muestra en el siguiente cuadro:

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL	
Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

Calificación final del paciente: _____

Diagnóstico de funcionamiento familiar

- a) Funcional (70-57)
- b) No funcional (56-14)

XII.2.2 ESCALA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)

Las siguientes frases describen problemas que usted puede haber padecido. Recapacite sobre las ocasiones en que los ha sufrido durante las 2 últimas semanas, e indique cual de las 4 opciones describe mejor la frecuencia con la que se ha enfrentado a esos problemas.

Marcando:

0: Nunca

1: Varios días

2: La mitad de los días

3: Casi todos los días

		Nunca	Varios días	La mitad de los días	Casi todos los días
1	Sentirse nervioso, ansioso, notar que los nervios se le ponen de punta				
2	No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones.				
3	Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas.				
4	Dificultad para relajarse.				
5	Estar tan inquieto que le resulta difícil estar tranquilo.				
6	Sentirse fácilmente disgustado o irritable.				

7	Sentirse asustado como si algo horrible pudiese pasar				
----------	--	--	--	--	--

La Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada consta de 7 preguntas puntuables entre 0 y 3, siendo por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente. Para evaluar los resultados obtenidos al contestar el cuestionario sus autores sugieren las siguientes puntuaciones, recomendándose la consulta con un profesional de la salud al obtener una puntuación de 10 o superior:

0–4	SIN ansiedad
5–9	Ansiedad leve
10–14	Ansiedad moderada
15–21	Ansiedad severa

XII.3 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>		
Nombre del estudio:	Determinar la relación de la funcionalidad familiar con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en familias monoparentales.	
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF. 9. Delegación, Querétaro, oct 2022	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la relación de la disfunción familiar con trastorno de ansiedad generalizada en familias monoparentales.	
Procedimientos:	Se le aplicarán dos cuestionarios con una duración aproximadamente de 10 minutos cada uno, los cuales nos darán información sobre la funcionalidad de su familia y la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en usted.	
Posibles riesgos y molestias:	La entrevista no genera ningún riesgo para usted aunque quizá puede sentirse incómodo de expresar datos personales y familiares.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios que obtendrá es conocer si presenta trastorno de ansiedad generalizada y con ello poder redirigirlo al servicio de psicología o psiquiatría si es necesario. Se le orientará acerca de esta enfermedad y usted puede brindar esa información a su familia con el fin de mejorar el estado de salud mental y funcionalidad de ésta.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le darán de forma inmediata los resultados que obtuvo en las pruebas y se le sugerirá que acuda con su médico familiar para que sea derivado al servicio de psicología y/o psiquiatría.	
Participación o retiro:	Su participación en el presente proyecto de investigación es voluntaria y no tiene que participar en esta investigación si no desea hacerlo, su decisión no afectara su atención en la clínica. Tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento.	
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial.	
Beneficios al término del estudio:	Obtendrá información relevante acerca de la presencia de trastorno de ansiedad generalizada y su envió al servicio de psicología y/o psiquiatría en caso de que lo amerite.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	<p>Dra. Blanco Castillo Leticia Especialista en Medicina Familiar Matricula: 99231263 Adscripción UMF 09 Querétaro Director de Tesis Celular: 4421276140 Correo electrónico: lety_blc7@hotmail.com</p>	
Colaboradores:	<p>Dra. Ceja Bojorge Ana Cecilia Matricula: 98234862 Residente de Medicina Familiar Sede en UMF 09 Querétaro Celular: 5627343305 Correo electrónico: cecilia0016hotmail.com</p>	
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación localizado en la Coordinación clínica de educación e investigación en salud del Hospital General regional No. 1 ubicado en Av. 5 de febrero 102, Colonia Centro, CP: 76000, Querétaro México de lunes a viernes de 8 a 16:00 horas. Teléfono 4422112337. Correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com</p>		
Nombre y firma del entrevistado	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio</p>		
<p>Clave: 2810-009-013</p>		

