



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 2 FRESNILLO**

**TESIS**

***“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ASOCIADO A  
ANSIEDAD EN EL ADOLESCENTE”***

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**JOSE ARTURO AGUAYO ROJAS**

**FRESNILLO, ZACATECAS.**

**2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 ZACATECAS**

**TESIS**

***“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ASOCIADO A ANSIEDAD  
EN EL ADOLESCENTE”***

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**JOSE ARTURO AGUAYO ROJAS**

ASESOR METODOLÓGICO

**DR. EDUARDO MARTINEZ CALDERA**

MEDICO FAMILIAR

ASESORA CLÍNICA

**DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS**

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DE BASE EN EL IMSS.

**FRESNILLO, ZACATECAS.**

**2008**

**“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ASOCIADO A ANSIEDAD EN EL  
ADOLESCENTE”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR PRESENTA:

**DR. JOSE ARTURO AGUAYO ROJAS**

**AUTORIZACIONES**

**DR. J. JESUS RODRIGUEZ VALENZUELA**

TITULAR DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS

**DR. MARTINIANO FLORES LERMA**

COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL

**DRA. AURORA DEL VILLAR BARRIOS**

COORDINACION AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD.

EXPROFESORA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS

GENERALES DE BASE DEL IMSS

ASESORA CLINICA

**DR. EDUARDO MARTINEZ CALDERA**

COORDINACION AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.

ASESOR METODOLOGICO

**DR. JUAN CARLOS RAMOS ESCALANTE**

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.

H.G.Z. No. 1, ZACATECAS, ZACATECAS

**ZACATECAS, ZAC.**



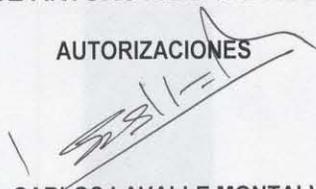
**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ASOCIADO A ANSIEDAD EN EL  
ADOLESCENTE**

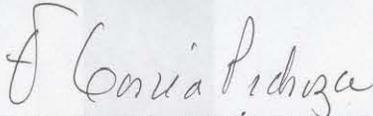
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

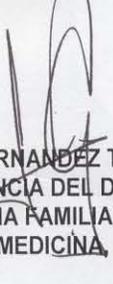
PRESENTA

**JOSE ARTURO AGUAYO ROJAS**

AUTORIZACIONES

  
DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO  
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

  
DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

  
DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

FRESNILLO, ZAC.

2008

## INDICE

1. Antecedentes	6
2. Planteamiento del problema	18
3. Justificación	19
4. Objetivo de la investigación	20
4.1 Objetivo general	20
4.2 Objetivos específicos	20
5. Metodología	21
5.1 Material y Método	21
5.2 Diseño Metodológico	21
5.2.2 Población	21
5.2.3 Lugar	21
5.2.4 Tiempo	21
5.3 Muestreo	22
5.3.1 Tipo de Muestra	22
5.3.2 Tamaño de la muestra	22
5.4 Criterios de Selección	22
6.4.1 Criterios de Inclusión	22
6.4.2 Criterios de exclusión	22
6.4.3 Criterios de Eliminación	22
5.5 Variables de estudio	23
5.5.1 Variable Dependiente	23
5.5.2 Variables independientes	23
5.5.3 Definición Operacional de las variables	23
5.6. Procedimientos para captar la información	28
5.7 Plan de Análisis Estadístico.	28
5.8 Instrumento De recolección, cuestionario de Evaluación del	28

Funcionamiento Familiar	
5.9 .Consideraciones éticas	32
6. Resultados	33
Cuadros y Graficas	
7.- Discusión	58
8.- Conclusión	60
9.- Bibliografía	61
10.- Anexos	66
10.1 Anexo 1. Recolección de datos	66
10.2 Anexo 2. Método Graffar	67
10.3 Anexo 3.Sintomas de los Estados de Ansiedad	69
10.4 Anexo 4. Cuestionario de evaluación del	71
Funcionamiento Familiar	
10.5 Anexo 5. Consentimiento Informativo	74

## 1. ANTECEDENTES

La salud mental es un proceso evolutivo y dinámico de la vida donde intervienen múltiples factores para una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales. Según estudios internacionales, en todo el mundo hasta un 20 % de los niños y adolescentes padecen de una enfermedad mental y de un 3 o 4 % requiere tratamiento. Para muchos niños y adolescentes con trastornos emocionales y conductuales, las actividades cotidianas, como crear amistades y ser integrantes de la sociedad son retos extraordinarios. Los adolescentes experimentan ansiedad en sus vidas al igual que los adultos constituyendo una problemática frecuente que se ha incrementado en las últimas décadas. La ansiedad puede ser vivida intensamente por los adolescentes (1). En México, al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública. En 2003, en el sexo masculino ocuparon el noveno lugar de las enfermedades no transmisibles causantes de egresos hospitalarios mientras que en el femenino ocupó el sexto lugar. (2) Identificar los factores de riesgo asociados a la psicopatología del adolescente debe ser uno de los objetivos prioritarios de la investigación epidemiológica, considerando sus aplicaciones en el ámbito de la salud mental(3). La sensibilidad a la ansiedad en los adolescentes puede ser un factor de riesgo para manifestar algún trastorno de ansiedad, inclusive la ansiedad social, Los adolescentes diagnosticados con algún trastorno de ansiedad informan de más quejas somáticas que aquellos sin trastornos de ansiedad (4). Los trastornos de ansiedad junto con los trastornos del comportamiento, se han convertido en uno de los motivos mas frecuentes de consulta en la práctica diaria y afectan del 9-21% de los niños y adolescentes. La ansiedad de separación afecta al 2-4% de los adolescentes y la ansiedad excesiva al 4%. Las tasas de prevalencia de otros trastornos de ansiedad, el trastorno de angustia afectarían al 0,8% y las fobias específicas al 1.5-3% aproximadamente. La distribución por sexos de los trastornos de ansiedad, la fobia social se da más en los varones, mientras que las fobias simples y la agorafobia afectan más a las mujeres.

La ansiedad y el estrés forman parte de la vida cotidiana como elementos naturales del estilo de vida de los países desarrollados. Los niños y los jóvenes captan muy pronto la dimensión amenazante del mundo que les rodea, dimensión que abarca las relaciones personales, sociales e internacionales. Cuando a estas circunstancias ambientales se unen otros factores de riesgo de tipo genético, temperamental o familiar, puede surgir el cuadro clínico de trastorno de ansiedad. Las reacciones de miedo y ansiedad son reacciones fisiológicas de defensa ante peligros potenciales, sirven para que el individuo se ponga en estado de alerta ante posibles amenazas y, sin duda, han sido imprescindibles para la supervivencia de la especie humana. La ansiedad fisiológica se pone en marcha ante un peligro inmediato y tiene un carácter adaptativo; su finalidad última es salvaguardar la integridad del individuo. La ansiedad patológica, por el contrario, se desencadena sin que exista una circunstancia ambiental que la justifique o, existiendo esa circunstancia, su intensidad y frecuencia son desproporcionadas. Desde el punto de vista psicopatológico, existen, por tanto, tres tipos de ansiedad: la ansiedad como forma de respuesta fisiológica ante las vicisitudes de la vida, es decir, como una experiencia humana normal; la ansiedad como síntoma de diferentes enfermedades, médicas y psiquiátricas; y por último, la ansiedad como entidad específica, que abarca el amplio campo de los trastornos de ansiedad. En la vertiente motriz, la ansiedad se manifiesta en inquietud, desasosiego, temblor, imposibilidad de permanecer sentado. Otras veces, aunque más raramente, se traduce en inhibición motriz, con dificultad del adolescente para hablar o moverse. Los síntomas somáticos de la ansiedad pueden afectar prácticamente a todos los órganos y sistemas, desde el sistema cardiovascular al respiratorio, digestivo, piel, endocrino y neurovegetativo. La frecuencia cardíaca se acelera, disminuye el flujo sanguíneo periférico, se producen modificaciones en el EEG, aparece sudoración, palidez, temblor. Las manifestaciones clínicas de la ansiedad varían en los adolescentes en función de la edad y del desarrollo cognoscitivo y emocional, lo cual amplía la complejidad del tema. En términos generales abarcan cuatro grupos de síntomas: neurovegetativos, conductuales, cognoscitivos y

vivenciales. A la inquietud motriz, los trastornos del sueño, la pérdida del apetito y el llanto inmotivado de los niños pequeños, se añadirá más adelante, a medida que se desarrolle el lenguaje y la capacidad para expresar emociones y sentimientos, la comunicación verbal de la angustia, los miedos y temores. Las dificultades de atención y concentración, los problemas de memoria y la lentitud del pensamiento, son síntomas ya típicos de la etapa escolar a los que se añaden los sentimientos de despersonalización y desrealización en la adolescencia. La ansiedad patológica abarca un amplio espectro clínico desde los miedos y temores excesivos, a la evitación fóbica de determinados estímulos y circunstancias, la ansiedad anticipatoria, el estado de vigilancia generalizado y los ataques de pánico. Los objetivos del tratamiento son: mejorar el cuadro clínico aumentando la calidad de vida del paciente, favorecer el desarrollo emocional y social del adolescente, prevenir la aparición de otros síntomas psiquiátricos asociados, especialmente de tipo depresivo y mejorar el pronóstico evitando la evolución crónica del proceso. El plan de tratamiento debe tener en cuenta la naturaleza del trastorno de ansiedad, la gravedad, el tiempo de evolución, la edad del paciente y su desarrollo cognoscitivo, las características del medio familiar y los estilos educativos de los padres. Las técnicas cognitivo conductuales comprenden la desensibilización sistemática, la administración de contingencias, el modelado, las técnicas de autocontrol, la inundación mediante exposición imaginada y la relajación. Son muy eficaces en las fobias simples. Los fármacos empleados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad son los antidepresivos y los ansiolíticos, no obstante aún no se ha llegado a una conclusión definitiva respecto de su eficacia y de los criterios de prescripción. (5)

La ansiedad es una vivencia universal. Suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego; ocasionalmente como terror y pánico. Si se hace persistente, intensa, autónoma, desproporcionada a los estímulos que la causan y genera conductas evitativas o de retraimiento, se la incluye entre los trastornos de ansiedad. En la atención médica primaria, la ansiedad motiva consultas porque sus síntomas incluyen cuadros somáticos y psicológicos. El nivel socioeconómico es otro factor que influye en la prevalencia con tasas más altas de trastornos de

ansiedad y de síntomas ansiosos en las clases desfavorecidas. La exposición a un medio violento es otra variable que incrementa la prevalencia en los adolescentes, actuando como claro factor de riesgo. (6).

Estudios anteriores han mostrado como el ambiente familiar, las relaciones sociales en la familia, los diferentes acontecimientos vitales de carácter adverso y factores estresantes, constituyen factores de riesgo en el desarrollo ansiedad durante la adolescencia (7). Los adolescentes portadores de algún tipo de trastorno de ansiedad tienden a tener un tipo de pensamiento particular que se caracteriza por ser exagerado, irracional, negativo, difícil de controlar, casi parásito. Podemos llamarlo pensamiento catastrófico reverberante. Esta forma de pensar podrá dar lugar a cierto tipo de sentimientos básicos, a saber: excesivo miedo, excesiva vergüenza, excesiva preocupación. La exageración es uno de los problemas cognitivos importantes de los adolescentes portadores de estos trastornos. El miedo, la preocupación y la vergüenza son propios del ser humano. Lo que define la enfermedad es la intensidad o la frecuencia desmedida con la que aparecen o ambas (8).

De acuerdo con las clasificaciones internacionales, los trastornos de ansiedad de los adolescentes comprenden: trastorno de pánico, las fobias, el trastorno de ansiedad a la separación, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático (TEP) y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

El trastorno de pánico se caracteriza por un súbito ataque de terror y de miedo a perder el control, aparece súbitamente ante situaciones neutras donde no existe razón de tener miedo, súbitamente el paciente sufre de gran ansiedad a tal grado puede solicitar ayuda medica para aliviar sus múltiples síntomas. los trastornos de pánico en los adolescentes no son infrecuentes y los síntomas mas comunes son palpitaciones, temblor, nausea o malestar abdominal, escalofríos o bochorno y frecuentemente existe comorbilidad con depresión mayor.

El trastorno de ansiedad generalizada dentro de los síntomas que se pueden presentar esta la preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, como el rendimiento escolar o laboral, esta ansiedad se prolonga por mas de seis meses el individuo siente que no puede

controlar solo con su voluntad este estado de preocupación y puede presentar: Inquietud o impaciencia, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño.

Fobia específica: Es un temor excesivo e irracional que se desencadena por la presencia o anticipación de un objeto o una situación específica, tiende a presentarse de una manera anticipada, la persona al saber que la enfrentará, podrá sentir temor mucho antes de que suceda, cuando el paciente se enfrenta al estímulo temido existe una respuesta inmediata de ansiedad que puede desencadenar una crisis de angustia.

Trastorno obsesivo compulsivo: Este trastorno de ansiedad se caracteriza por dos síntomas las ideas suicidas y los actos compulsivos. Las ideas o impulsos no deseados sin la voluntad de la persona en forma recurrente y provocan una preocupación irracional.

Trastorno de estrés postraumático: es una forma de trastorno psicológico crónico que sigue a la exposición de un evento traumático como un evento violento, abuso infantil, violación, asesinato, tortura, accidente etc. Como resultado de esto experimenta tres grupos de síntomas: Re-experimentación del hecho traumático, evitación y embotamiento psíquico, Hiperactivación psíquica.

Fobia Social: Es un marcado y persistente temor a una o más situaciones sociales en donde la persona teme que su rendimiento sea juzgado por los demás. Cuando el adolescente se expone a ambientes no familiares tiene síntomas de ansiedad y entonces piensa que va a sentir vergüenza o humillación. (9). En lo que atañe a los trastornos de ansiedad en los adolescentes distintos estudios muestran consistentemente una clara relación entre su prevalencia y el consumo de tabaco. Una nueva línea de investigación está surgiendo para conocer si el consumo de tabaco previo puede incrementar los trastornos de ansiedad o si, por el contrario, padecer un trastorno de ansiedad lleva a incrementar el consumo de tabaco o a comenzar a fumar. (10) Se disponen de escalas breves y de fácil aplicación y manejo, que permitan la detección, evaluación y seguimiento de estas patologías en atención primaria. La utilización de escalas para medir variables psicosociales y somáticas, es muy habitual y ofrece ventajas a la hora de llevar a cabo proyectos

de investigación. La escala de Hamilton para ansiedad examina y cuantifica la intensidad de la sintomatología ansiosa. Evalúa categorías de síntomas, tanto psíquicos como somáticos. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o después de recibir tratamiento, por lo que podemos usarla en estudios de seguimiento. En función de la sintomatología presente en cada paciente se agrupa en ansiedad leve, ansiedad moderada, ansiedad grave o bien en ausencia o remisión del trastorno. (11). Desde los años ochenta la adolescencia ha adquirido relevancia como objeto de estudio científico-médico debido especialmente al esfuerzo hecho por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana para que los países comprendieran la necesidad de dirigir acciones hacia ese grupo de edad. (12). Se define a la adolescencia como la segunda década de la vida, entre los 10 y los 19 años de edad, o como el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta; Etapa caracterizada por la sucesión de importantes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en el ser humano (13). La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma, siendo una etapa crucial en la vida del ser humano; puesto que con ella comienza la participación del adolescente en todas las áreas de interrelaciones humanas y por ende consolida su integración en la sociedad. (14). Entre los 10 y 20 años, los niños sufren rápidos cambios en el tamaño, forma y la fisiología corporal así como en el funcionamiento psicológico y social. Son las hormonas las que fijan la agenda del desarrollo conjuntamente con las estructuras sociales destinadas a abrigar la transición desde la infancia dependiente a la edad adulta autónoma; Por lo que la adolescencia debe entenderse dentro del amplio contexto de lo histórico, lo político, lo socio-cultural, lo religioso, lo económico y lo étnico. El ser adolescente implica abordar un nuevo pensamiento, aceptar un cuerpo con cambios, canalizar una sensibilidad y adoptar actitudes ante sí mismo y ante los demás, por lo que en este proceso necesita y busca identidades que lo ayuden a estructurar su personalidad, interpretando en sí diversas formas del ambiente social que lo rodee y que simbolizen metas e ideas significantes para él. Para desarrollar estrategias de planificación, atención y evaluación, la Organización Panamericana de la Salud

(OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período comprendido entre los 10 a 19 años, la que a su vez ha sido dividida en temprana (10-13 años), intermedia (14-16 años) y tardía (17-20 años) según la Asociación Americana de Pediatría, y el joven de 15 a 24 años, para los efectos de planificación de atención por parte del Estado y cuyas políticas deben ser estructuradas y proyectadas al grupo de 10 a 24 años de edad, porque es difícil hacer una separación sólo por edad cronológica, sin tener presente el resto de los componentes que pueden ser comunes (15). Como crisis individual, la adolescencia es una etapa del ciclo vital, de tan fundamental importancia, que ha sido considerada un segundo nacimiento, un nuevo y gran desprendimiento, esta vez del núcleo familiar. Se presenta un conflicto central que reside en superar la pérdida del cuerpo infantil, de los primitivos vínculos familiares los cuales van siendo sustituidos por otros ambientes sociales menos conocidos así como la pérdida de las identificaciones y procesos mentales infantiles. Por lo tanto, el surgimiento de la pubertad desorganiza la estabilidad lograda en la primera década de la vida con el cuerpo, deseos, ritmo de vida, e imágenes parentales. Frente a tales cambios surgen sentimientos de inseguridad, confusión, soledad, desamparo, que obligan al adolescente a descubrir formas de autoestima como defensa, por desaparecer la convicción que lo acompañó hasta la latencia, de que los padres lo querían incondicionalmente. Tales sentimientos deberán manejarse, tanto consigo mismo como con lo demás constantemente, para favorecer el contacto entre el adolescente y su mundo. Por otro lado, los sentimientos instintivos lo invaden generando dificultades en el manejo y el equilibrio de las fuentes de placer, lo que ocasiona entonces cierto grado de marginación como situación inherente a la adolescencia por el mismo proceso. Surge una dificultad inicial en la búsqueda del objeto sexual, canalizando primero las energías para él mismo y sólo después hacia fuera; ya que necesita antes su propio reconocimiento. Ese afuera también está cambiando, tanto en las variaciones de los padres como por la proyección del adolescente desde la familia inicial hasta el grupo exogámico (16). En el ámbito mundial, adolescentes y jóvenes (10 a 24 años de edad) representan la cuarta parte de la población; alrededor de 1 700 millones

de personas se encuentran en este grupo de edad, de los cuales 85% viven en los países en desarrollo. De acuerdo con el censo 2000 en México 21.3% de la población es adolescente. Viven 29.7 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad; En cuanto a la proporción de adolescentes en el resto de la población para el año 2000, representan el 21.26 % del total de la población. En México entre 35 a 40% de adolescentes viven en hogares de extrema pobreza. La gran mayoría viven en familias con madre y padre y 26.6% han salido del hogar paterno. Entre adolescentes de 15 a 19 años de edad, 1.5% son jefes de familia (hombres 2.3% y mujeres 0.7%). El CONAPO identifica al menos 12 tipos de grupos familiares y 22% de la población de adolescentes viven en hogares mono parentales con prevalencia de la madre. En cuanto al estado civil de las y los adolescentes, existen más mujeres solteras menores de 14 años de edad en áreas urbanas (95%), que en áreas rurales (77%). Entre adolescentes de 10 a 15 años de edad 99% son solteros y en los de 16 a 20 años de edad, hasta uno de cada 10 se encuentran ya en unión; entre las mujeres este porcentaje aumenta hasta tres veces más con relación a los hombres, en este mismo grupo de edad. (17) La salud de adolescentes y de jóvenes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de las y los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que éstos en comparación con los niños y los adultos mayores, sufren de pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas. Sin embargo, aunque gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se hacen en años posteriores. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia. (18). Se define a la familia como un grupo social organizado a modo de 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 ya sea consanguíneos, legales y/o de afinidad. Las familias están presentes en las diferentes sociedades y en todos los tiempos, matizados por el modo y estilo de

vida de cada época, de hay su importancia para el individuo, el proceso salud enfermedad y en especial para la sociedad (19).El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo.(20)La influencia de la estructura y de la funcionalidad familiar sobre el bienestar de sus integrantes ha sido objeto de estudio del área de la salud, la familia puede constituir tanto un ente protector o una fuente de factores de riesgo (cuando existen ciertos factores de disfuncionalidad) en el adolescente (21). La familia es una unidad biopsicosocial y una de sus funciones más importantes es contribuir a la salud de todos sus miembros, por medio de la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, así como del apoyo brindado. Así, todo el proceso de crecimiento y desarrollo de los adolescentes se encuentra influido por las decisiones que se adoptan en el seno del grupo familiar (22). En el transito de su ciclo vital, la familia oscila entre periodos de estabilidad y periodos de cambios, caracterizados estos últimos por contraindicaciones internas que son necesarias e imprescindibles para propiciar su desarrollo. Estas contraindicaciones surgen a partir de eventos familiares que constituyen hechos de alta significación para el individuo y la familia y que provocan cambios en el ritmo normal de la vida familiar, originando momentos de estrés (23). Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad (24). La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal, subsistema paterno- filial y subsistema fraternal, así mismo se reconocen las características tipológicas

como son: La composición (nuclear, extensa o compuesta). El desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (urbana-suburbana o rural), la Ocupación (campesino-empleado o profesionista), la Integración (integrada-semiIntegrada o desintegrada). Otras características importantes para conocer el grado de funcionalidad familiar se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en manifiestan en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia misma, sí lo la organización familiar, los límites que representan las reglas que determinan a las jerarquías y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser directa, enmascarada o desplazada (25) En relación con los problemas de ansiedad en la adolescencia, algunos investigadores se han centrado en analizar el papel desempeñado en el contexto familiar. Respecto esto, estudios previos señalan, por ejemplo, que el ambiente familiar negativo caracterizado por los problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, constituye uno de los factores familiares de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental en los hijos, tales como de síntomas depresivos, ansiedad y estrés. Como contrapartida, la comunicación familiar abierta y fluida, es decir, el intercambio de puntos de vista de manera clara, respetuosa, afectiva y empática entre padres e hijos, ejerce un fuerte efecto protector ante los problemas de salud mental e influye positivamente en el bienestar psicológico del adolescente (26). Dentro de los factores familiares, muchos trabajos ponen de manifiesto que un número importante de consultas por trastornos de conducta, somatizaciones y signos y síntomas mal definidos en general, se deben a alteraciones de la función familiar. Otros autores, han relacionado los acontecimientos vitales estresantes y los problemas psicosociales con el origen de crisis y disfunción familiar. El problema radica en la necesidad de reconocer los trastornos Psíquicos subyacentes mediante un abordaje biopsicosocial (27). En familias con disfunción familiar, frecuentemente existe dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida de la persona. Entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los

trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación (28) En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas (29). En algún momento entre la infancia y la adolescencia la comunicación entre los hijos e hijas y sus progenitores se deteriora, pasan menos tiempo interactuando juntos, chicos y chicas hablan menos de sus asuntos espontáneamente y la comunicación se hace más difícil. Un ejemplo del aumento de la dificultad de la comunicación familiar en este momento lo encontramos en los estudios que comparan los intercambios comunicativos que se producen durante la infancia y la adolescencia. Estos trabajos señalan que durante la adolescencia las interrupciones son mucho más frecuentes, sobre todo en las conversaciones que chicos y chicas tienen con sus madres. Probablemente las interrupciones no sean algo casual, sino que reflejen un cambio en las estructuras de poder, un reajuste en las relaciones a través del cual el chico o la chica gana estatus en la familia (30).

El funcionamiento familiar está relacionado con los aspectos transaccionales y sistémicos de la familia, implica la habilidad de la familia para resolver los problemas a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar efectivo. La comunicación que alude al intercambio de información en la familia, se postula que cuanto más enmascarados sean los patrones de comunicación familiar, más ineficientes será el funcionamiento familiar y cuanto más clara y directa sea la comunicación, más eficiente será. Se ha encontrado que la comunicación confusa e indirecta provoca respuestas confusas. Roles: esta dimensión se refiere a los patrones de conducta, por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares, las cuales se subdividen en dos áreas: instrumentales y afectivas, que a su vez se subdividen en funciones familiares necesarias y no necesarias. Involucramiento afectivo, se refiere al grado en que la familia como

un todo, muestra interés y valora las actividades e intereses de cada miembro de la familia. Respuestas afectivas: alude a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad como cantidad. Control de la conducta, se refiere a los patrones que adopta la familia para manejar el comportamiento. (31)

En la medición de conocimientos y actitudes se han utilizado tradicionalmente diferentes escalas, las cuales buscan determinar la intensidad de una respuesta.

La escala Likert es utilizada frecuentemente para este tipo de mediciones porque se considera fácil de elaborar; además, permite lograr altos niveles de confiabilidad y requiere pocos ítems mientras que otras necesitan más para lograr los mismos resultados. Escala de actitud tipo Likert. Es una escala de actitud de intervalos aparentemente iguales. Pertenece a lo que se ha denominado escala ordinal. Utiliza series de afirmaciones o ítems sobre los cuales se obtiene una respuesta por parte del sujeto.(32)

## **2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los trastornos de ansiedad constituyen una de las categorías de mayor prevalencia de todos los trastornos psicológicos en la adolescencia. Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de estos trastornos en la adolescencia oscila aproximadamente entre un 5.6 % y un 21 %.

Los niños y adolescentes experimentan ansiedad en sus vidas al igual que los adultos. En la atención médica primaria, la ansiedad motiva consultas porque sus síntomas físicos remedan cuadros somáticos o si es correlato de una enfermedad médica.

Para muchos niños y adolescentes con trastornos de ansiedad, las actividades cotidianas, como crear amistades y ser integrantes de la sociedad son retos extraordinariamente complicados. La ansiedad afecta los procesos del pensamiento, a la percepción y al aprendizaje. Limitando el desarrollo adecuado del adolescente.

No existe antecedente alguno de estudios de investigación previos en el municipio de Cañitas de Felipe Pescador, Zacatecas. Por lo que no contamos hasta este momento con estadísticas de este lugar respecto a la ansiedad en adolescentes.

¿Cómo se asocia el funcionamiento familiar de los adolescentes con ansiedad?

### **3.- JUSTIFICACIÓN**

La adolescencia es una etapa fundamental del desarrollo humano, etapa crucial en la vida; puesto que con ella comienza la participación del adolescente en todas las áreas de interrelaciones humanas y por ende consolida su integración en la sociedad. La salud de adolescentes y de jóvenes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países. Gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia misma, pero sí lo hacen en años posteriores. La familia constituye tanto un ente protector o una fuente de factores de riesgo para el adolescente, en las familias con disfunción frecuentemente existe dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en el desarrollo de la persona, lo que puede ser un factor importante en el desarrollo de trastorno de ansiedad. Con el presente estudio evaluaremos la situación familiar de los adolescentes, de tal manera que se obtendrán elementos para fortalecer los vínculos afectivos y de comunicación del adolescente con su familia así como su intervención positiva en la resolución de problemas familiares y el control de la conducta para un mayor funcionamiento familiar que conlleve a un menor riesgo de presentar ansiedad. La información relativa al contexto familiar en el caso de los adolescentes con ansiedad es importante para los planes de tratamiento de los mismos así como para establecer la necesaria cooperación con los padres, cosa que es verdaderamente útil para la valoración y el tratamiento de los pacientes adolescentes. La existencia de unos lazos familiares sólidos y positivos constituye un factor protector contra los riesgos de padecer cuadros psiquiátricos.

## **4.- OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la asociación del funcionamiento familiar y la ansiedad en los adolescentes.

### **4.2-OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1.-Determinar factores socio demográficos relacionados con la presencia de ansiedad en los adolescentes (edad, sexo, estado civil, escolaridad, estrato socioeconómico).

2.-Determinar factores familiares relacionados con la ansiedad (tipos de familia según su desarrollo, demografía, integración y composición).

3.-Evaluar el funcionamiento familiar de los adolescentes ( involucramiento afectivo funcional, involucramiento afectivo disfuncional, patrones de comunicación disfuncional, factores de comunicación funcional, la resolución de problemas y el control de la conducta en las familias).

4.- Examinar y cuantificar la intensidad de la sintomatología ansiosa de los adolescentes.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 MATERIAL Y METODO**

Encuesta transversal analítica.

Ejes de estudio:

-Transversal

-Observacional

-Analítico

-Prospectivo

### **5.2.-DISEÑO METODOLOGICO**

#### **5.2.1. POBLACION**

Población adolescente de ambos sexos que se encuentran inscritos al ciclo Escolar 2006-2007 en forma regular en la Escuela Secundaria del colegio Margil Y Colegio de Bachilleres Plantel De Cañitas De Felipe Pescador Zacatecas. Así como población adolescente no inscrita a plantel educativo pero que acudió a servicio medico a la UMF Numero 52 de Cañitas De Felipe Pescador Zacatecas durante periodo de 1ro de enero del 2007 al 31 de octubre del año 2007.

#### **5.2.2 LUGAR**

Cañitas de Felipe Pescador Zacatecas.

#### **5.2.3 TIEMPO**

1ero de Enero del 2007 – al 30 de Octubre del 2007.

## **5.3 MUESTREO**

### **5-3-1.-TIPO DE MUESTRA**

Muestreo no probabilística

### **5-3-2.- TAMAÑO DE LA MUESTRA**

No se determinara tamaño de la muestra ya que se realizo un censo de los alumnos del plantel escolar de la Escuela secundaria del colegio Marfil y los alumnos inscritos en el Colegio de Bachilleres plantel de Cañitas De Felipe Pescador Zacatecas y los adolescentes no inscritos en instituciones educativas pero que acudieron a servicio medico a la UMF Numero 52 del IMSS Zacatecas durante el periodo del primero de enero del 2007 al 30 de octubre del año 2007.

## **5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **5.4.1. CRITERIOS DE INCLUSION**

- Adolescentes que acudieron a consulta médica a la UMF número 52 de Cañitas De Felipe Pescador Zacatecas en el periodo del 1ro de enero al 31 de octubre del año 2007, que no están inscritos a ninguna institución educativa.
- Adolescentes de ambos sexos de 12 a 19 años de edad inscritos en forma regular en la Escuela Secundaria Del colegio Margil De Cañitas De Felipe Pescador ciclo escolar 2006-2007.
- Inscritos en el Colegio de Bachilleres plantel de Cañitas De Felipe Pescador ciclo escolar 2006-2007.

### **5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- Adolescentes que no acepten participar en el estudio.

### **-5.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACION:**

- Encuestas mal llenadas.
- Personas que se hallan dado de baja del ciclo escolar establecido.

## **5.5 VARIABLES**

### **5.5.1 VARIEBLE DEPENDIENTE**

Ansiedad

### **5.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES:**

Edad, sexo, estado civil, grado escolar, estado civil, religión, tipo de vivienda, nivel socioeconómico, ocupación, etapa del ciclo familiar, tipo de familia, funcionamiento familiar.

### **5.5.3. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES**

<b>Nombre:</b>	<b>EDAD:</b>
Definición conceptual:	Tiempo trascendido desde el nacimiento hasta la actualidad.
Definición operacional:	Años cumplidos al momento de la encuesta.
Escala de medición:	De razón.
Categorías:	10, 11, 12, 13, 14,15, 16, 17, 18,19 años.

<b>Nombre:</b>	<b>SEXO</b>
Definición conceptual:	Características biológicas que diferencian al hombre de la mujer.
Definición operacional:	De acuerdo a sus características genotípicas.
Escala de medición:	Cualitativa Nominal.
Categorías:	Masculino, femenino.

**Nombre:** **ESCOLARIDAD**

**Definición conceptual:** Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o centro de Enseñanza.

**Definición operacional:** Grado escolar según refiera el entrevistado al momento de la encuesta

**Escala de medición:** Cualitativa nominal.

**Categoría** 3ero secundaria  
1-2 semestre de bachilleres  
3-4 to. Semestre de bachilleres  
5-6 to. Semestre de bachilleres

**Nombre:** **ESTADO CIVIL**

**Definición conceptual:** Condición del individuo en relación con los derechos y Obligaciones civiles.

**Definición**

**Operacional:** Estado o condición civil que refiere la persona en el Momento del estudio.

**Escala:** Cualitativa nominal

**Categorías:** Soltero, casado, divorciado, unión libre.

**Nombre:** ANSIEDAD

**Definición conceptual:** vivencia universal. Surge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar adaptación. Suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego, ocasionalmente como terror y pánico. Si se hace persistente, intensa, autónoma, Desproporcionada a los estímulos y genera conductas evitativas o retiro que la causan se considera trastorno de ansiedad

**Definición**

**Operacional:** Estado o condición psicósomática que refiere la persona en el momento del estudio.

**Escala:** Cualitativa nominal

**Categorías:** Ausencia o remisión del trastorno.  
Ansiedad leve.  
Ansiedad moderada - Grave

**Nombre :**           **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

**Definición conceptual:** Funcionamiento adecuado que

Promueve el desarrollo integral de sus miembros y logra el mantenimiento de estados de salud favorables en esta. Es considerado como la dinámica relacional interactiva y Sistémica que se da entre los miembros de una familia, Desde el interior, contribuyendo a desarrollar recursos psicológicos ante situaciones conflictivas que se les presentan en las diferentes etapas, desarrollando así su capacidad para promover Salud Familiar

**Definición**

**Operacional:**

Lo que resulte según puntuación de: El cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar, (EFF) es del tipo Likert, que utiliza cinco opciones para valorar cada Reactivo

Involucramiento afectivo funcional, involucramiento afectivo disfuncional, patrones de comunicaciones disfuncionales, patrones de comunicación funcionales, resolución de problemas, factores de patrón de conducta.

**ESCALA**

**ORDINAL**

**Categorías**

Funcional  
Moderado Funcional  
Moderado Disfuncional  
Severo Disfuncional

**Nombre:** **TIPOLOGÍA FAMILIAR**

**Definición conceptual:** Familia es la unidad básica de la sociedad, y se concibe como un sistema compuesto por elementos que se encuentran interactuando entre si y que determinan que desempeñe funciones determinadas que tengan como finalidad que sus integrantes se desarrollen, como individuos, pero simultáneamente se promueva el desarrollo integral del sistema familiar.

**Definición operacional:** De acuerdo al esquema de clasificación integral de la familia.

**Escala de medición:** Nominal.

**Categorías:** **Por su desarrollo:** moderna y tradicional.

**Por su demografía:** rural, urbana.

**Por su integración:** integrada, semi-integrada, desintegrada.

**Por su estructura o composición:** nuclear, extensa, extensa-compuesta.

## **5.6. PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN**

Una vez autorizado el protocolo por el comité local de investigación., posteriormente se realizará en un lugar distinto al sitio estipulado para el estudio una prueba piloto, y consecutivamente se procederá a otorgar formato de consentimiento informado para a continuación aplicar la encuesta a quienes decidan participar en el estudio. Previa autorización del consentimiento informado el cual debe estar firmado por el adolescente y su tutor, una vez cumplido este requisito se entrevistará a los adolescentes a los cuales se les explicará ampliamente el propósito del proyecto y se aplicará la encuesta que contendrá los datos personales y el Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF)(Anexos), posteriormente se capturará EPI INFO 2000 la información en el programa Excel de Microsoft XP, después se realizaran tablas de concentrado y gráficos.

## **5.7 PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO**

Se utilizo estadística descriptiva: porcentaje en las variables categóricas; media y desviación estándar para variables continuas. Para determinar la asociación de los factores familiares con el grado de ansiedad se utilizo la Razón de momios con sus intervalos de confianza del 95%, para la significancia estadística se utilizo chi cuadrada o prueba exacta de Fischer, estableciendo el valor.

## **5.8.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCION**

### **CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EF)**

El instrumento fue elaborado apartir del modelo McMaster de funcionamiento familiar (Epstein Etal;1981), se genero un banco de doscientos reactivos con base a este marco teórico, se realizo una primera selección de reactivos, utilizando como criterio la claridad y pertinencia con la escala y quedaron ciento cincuenta y un reactivos distribuidos de la siguiente manera: 25 correspondían al área de resolución de problemas, 25 al área de comunicación, 26 al área de roles, 25 al área de respuestas afectivas, 22 al área de involucramiento

afectivo, y 28 al área de control de conducta. Estos se repartieron a 20 expertos para efectuar la validación por jueces, quienes eligieron los 10 reactivos más significativos de cada una de las seis dimensiones, los cuales se repartieron aleatoriamente para formular el cuestionario original.

El cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar, (EFF) es del tipo Likert, que utiliza cinco opciones para valorar cada reactivo: Totalmente de acuerdo (5), Acuerdo (4), Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3), En desacuerdo (2), y Totalmente en desacuerdo (1).

### **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

Para obtener la validez de constructo del instrumento se realizó un análisis de componentes principales con dos métodos de rotación de los ejes: El de solución, Varimax y el de Rotación Oblicua.

La solución Varimax dio dieciséis factores con valores Eigen superiores a uno, que acumularon 63.5% de la varianza total. Se rotaron los ejes para efectuar factores aun más reducidos. En la rotación oblicua, esos 16 factores se redujeron a seis con valores Eigen, superiores a uno, que acumularon 61.8% de la varianza total.

En una rotación Varimax, esos 16 factores de la solución original se redujeron también a seis factores con valores Eigen superiores a uno, que acumularon setentaicinco punto cuatro por cientos de la varianza, razón por la cual, se decidió a utilizarla para la validación del instrumento; En el primer factor se obtuvo 48.3% de la varianza, en el segundo 9.3%, en el tercero 5.1%, en el cuarto 4.6%, en el quinto 4.2% y el sexto acumulo 3.9 de la varianza.

Debido a que este estudio es de carácter exploratorio, se realizaron todas aquellas rotaciones consideradas pertinentes y que se ajustaran mejor al tipo de datos. Se eligió la derivada Varimax como solución para analizar los datos, lo cual represento la mejor opción empírica para explicar la estructura factorial subyacente, por que acumulo mejor porcentaje de varianza explicada y se ajusto mayor a la valuación de los aspectos que no se estiman sean dependientes teóricamente.

La finalidad de la técnica Varimax es hacer máxima la varianza de las cargas factoriales para cada factor, haciendo mayores las cargas altas y menores las bajas en la selección e interpretación de los factores se eligieron aquellos cuyas raíces latentes (valores Eigen) fueran iguales o superiores a uno. Para elegir un reactivo perteneciente a un factor, se respeta el criterio de carga factorial igual o mayor que 0.40 ( $> 0.40$ ). Dicha carga indica que se tiene buen nivel en la validez de lo que medimos, así que se eligieron solo aquellos reactivos en los cuales la carga factorial fuera mayor.

Como regla general las cargas de 0.30 pueden ser elegidas para interpretar los valores, en tanto que as menores no lo son. Pues un factor con carga  $<$  de 0.30 indica al menos 9% de coincidencia en la varianza entre la variable y un factor. Cuanto mayor sea la coincidencia entre una variable y un factor, la variable es una medida más representativa.

Así observamos que en el primer factor se agruparon 17 reactivos con cargas factoriales iguales o superiores a 0.40 ( $>0.40$ ) y Alfas iguales o mayores a 0.92 (Mayor o igual a 0.92).

En el segundo factor se agruparon 13 reactivos con cargas factoriales iguales o superiores a 0.40 ( $>0.40$ ) y alfas iguales o mayores a 0.92 ( $>$  o igual a 0.92).

El tercer factor agrupo 4 reactivos con cargas factoriales iguales o superiores a cero punto cuarenta (Mayor o igual a 0.40) y alfas iguales o mayores a 0.92 (Mayor o igual a 0.92)

El cuarto factor tuvo 3 reactivos con cargas factoriales iguales o superiores a 0.47 (Mayor o igual a 0.47) y Alfas iguales o Mayores a 0.92 ( $>$  o igual a 0.92)

El quinto factor tuvo 3 reactivos con cargas factoriales iguales o superiores a 0.40 (Mayor o igual a 0.40) y Alfas iguales o Mayores a 0.93 ( $>$  o igual a 0.93).

El quinto factor tuvo 2 reactivos con cargas factoriales iguales o superiores a 0.51 (Mayor o igual a 0.51) y Alfas iguales o Mayores a 0.93 ( $>$  o igual a 0.93).

La teoría de Mc Máster, había planteado seis constructor: Resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas y control de conducta. Sin embargo al efectuar el análisis de componentes principales surgieron también seis factores, pero, a diferencia del modelo de Mc

Máster, el resultado hace notar la imposibilidad de separar o discriminar los constructos propuestos originalmente.

En la escala original el primer factor, resolución de problemas, es un concepto que se limita a una sola dimensión; en cambio, a partir de los resultados empíricos surge un factor que agrupa reactivos de todas las áreas, por lo tanto, propicia una amplia gama de dimensiones englobadas en un solo factor.

Optamos por denominar al primer factor Involucramiento afectivo funcional con 17 reactivos. En este primer factor, todos los reactivos tienen que ver con aspectos positivos en el nivel afectivo del funcionamiento familiar. Representa el grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la familia, y denota la habilidad para responder con una amplia gama de emociones, así como la capacidad de propiciar cuidados, afecto y bienestar.

El segundo factor incluyó 11 reactivos que tienen que ver con aspectos negativos del funcionamiento familiar, en el nivel afectivo. Implica una sobrecarga en algún miembro de la familia que lo convierte en receptor de los aspectos negativos de la familia. Se optó por denominar a este factor Involucramiento afectivo disfuncional.

El tercer factor agrupó 4 reactivos y tiene que ver con aspectos negativos de la comunicación, tanto en el nivel verbal como en el no verbal. Se enfoca a una marcada dificultad en el intercambio de información en el área afectiva. Se denominó este factor Patrones de comunicación disfuncional.

El cuarto factor quedó formado por 3 reactivos que tienen que ver con aspectos positivos de la comunicación: se refiere al intercambio de la información verbal. En el área instrumental. Se la ha denominado Patrones de comunicación funcional.

El quinto factor reúne a tres reactivos y engloba áreas como resolución de problemas, control de conducta y roles: Revela que la familia es capaz de ponerse de acuerdo y que tiene una buena organización familiar; por lo tanto, se infiere que pueden resolver los problemas instrumentales que se les presentan, se le denominó Resolución de problemas.

El sexto factor incluyo solo dos reactivos, ambos pertenecientes al área de control de conducta: Se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento, los factores son razonables con posibilidad de negociación y cambio, dependiendo del contexto. Se le ha denominado Patrones de control de conducta.

Así, el EFF, esta constituido básicamente por seis escalas que contienen un total de cuarenta reactivos.

### **5.9 CONSIDERACIONES ETICAS**

Se tomaron en consideración las disposiciones emitidas en la declaración de Helsinki, con su modificaciones hasta la de Edimburgo Escocia, en Octubre del 2000, así como las dispuestas por la Ley General de Salud, de los Estados Unidos Mexicanos.

Se solicito con sentimiento informado de los adolescentes (Anexo 7), y una vez obtenida la información, se guardo confidencialidad de los datos obtenidos.

De los resultados obtenidos diagnósticos de los adolescentes con ansiedad, dichos resultados se mandaron de manera confidencial en un sobre a cada uno de los alumnos y se derivaron con el especialista en caso de requerirlo.

## 6.-RESULTADOS

Se incluyeron 467 adolescentes en el estudio de los cuales 103 presentaron ansiedad y de estos hubo 89 casos que correspondieron a Ansiedad Leve ( 81.6 %) y de ansiedad moderada/ grave correspondieron 19 casos (18.4 %). La prevalencia de ansiedad en el adolescente de Cañitas de Felipe Pescador, Zac. Fue de 22.05% (Cuadro y Grafica No.1).

El Estado Civil que prevaleció fue el de soltero en un 92.07% (n=430), sin embargo predominó con ansiedad el grupo de adolescentes que viven en unión libre ya que el 87.50% se presentó el trastorno; y los adolescentes solteros presentaron ansiedad el 18.37% (Cuadro y grafica No.5)

La Ocupación estudiante predominó con 383 (82.01%), el 20.10% tuvieron ansiedad en comparación con los trabajadores que presentaron este trastorno el 30.90%; (Cuadro y Grafica No.12)

En la Escolaridad no hubo analfabetas, se presentaron 14 casos con una escolaridad máxima de primaria, 161 personas de secundaria y 292 de preparatoria, además encontrándose que 22.36% (n=161) de los adolescentes con escolaridad de secundaria presentaron ansiedad y en adolescentes cuyo grado máximo de estudios era la primaria se encontró un menor porcentaje de 7.14% (Cuadro y Grafica No.4).

El Estrato Socioeconómico, que predominó en los adolescentes fue el obrero 191 con (40.89%), seguido del medio bajo por 143. El 37.69% de los adolescentes que pertenecieron al estrato socioeconómico obrero presentaron ansiedad, seguido por el estrato marginal que 17.02%, en el medio bajo, el 11.88 la presentó en el medio alto el 7.79%, y el estrato en el que no se encontró ansiedad fue en el de modalidad alto; (Cuadro y Grafica No.13).

Concernientes al Tipo de Familia, de Acuerdo a su Demografía prevaleció, la urbana en el 88.86% (n= 415) en el 28.84 de los adolescentes que pertenecían a familia rural encontramos ansiedad y en los adolescentes que provenían de las familias urbanas se presentaron el 21.20% (Cuadro y Grafica No.7).

Acerca a su Desarrollo, la Familia que Predomino fue la tradicional con 389 (83.29%), los adolescentes que pertenecían a familia moderna presentaron mas ansiedad 38.46% en comparación con los que provenían de la familia tradicional 18.77%, (Cuadro y Grafica No.8).

Con respecto a su integración, se encontró que el 75.58% de los adolescentes (n=353) pertenecían a familias integradas, sin embargo presentaron mas ansiedad los adolescentes de familias desintegradas 51.75% respecto a los adolescentes de familias integradas (12.46%) (Cuadro y Gráfica No.9)

La Familia que predomino de Acuerdo a su Estructura fue la nuclear en el 79.87% de los casos (n=373), con ansiedad se encontró el 71.43 de los adolescentes que pertenecían a familias extensas compuestas, el 32.18% en extensa y los adolescentes que menos ansiedad presentaron fueron los que provenían de familias nucleares con un porcentaje de 18.77 (Cuadro y Grafica No.10)

Sobre el Involucramiento Afectivo Funcional, Predominaron las familias funcionales con un 48.60% (n=227), sin embargo se encontró ansiedad en los adolescentes que pertenecían a familias severamente disfuncionales en un 65.11%, respecto a los jóvenes funcionales el 7.10%. (Cuadro y Grafica No.14).

Referente al Involucramiento Afectivo Disfuncional, predominaron las familias funcionales con un 45.61%, (n=213) sin embargo se encontraron ansiedad en los adolescentes que pertenecieron a familias severamente disfuncionales en un 66.67% respecto a los jóvenes de familias funcionales que solo lo presentaron en el 6.57% (Cuadro y Grafica No.15)

Tocante a Patrones de Comunicación Disfuncionales, predominaron las familias funcionales con un 37.47% (n=175), se encontró mayor frecuencia de ansiedad en los adolescentes de familias con patrones de comunicación severamente disfuncionales con un 79.03%, con respecto al grupo de familias con patrones funcionales que la presentaron un 4%.(Cuadro y Grafica No.16)

De los Patrones de Comunicación Funcionales, predominaron las familias funcionales con un 34.68% (n=162), se encontró mayor frecuencia de ansiedad en los adolescentes de familias con patrones de comunicación severamente disfuncionales con un 83.01% con respecto al grupo de familias con patrones funcionales que la presentaron un 3.98%. (Cuadro y Grafica No.17)

Con respecto a Resolución de Problemas en las familias y ansiedad predominaron las familias funcionales con un 47.57% (n=222), sin embargo se encontró la mayor frecuencia en los adolescentes de familias severamente funcionales con un 87.03% en relación al grupo de adolescentes de familias funcionales que lo presentaron en un 4.95% (Cuadro y Grafica No.18)

Por ultimo concerniente al Factor de Patrones del Control de la Conducta de las familias de los adolescentes predominó igualmente las familias funcionales en un 46.25% (n=216),sin embargo se encontró la mayor frecuencia en los adolescentes de familias severamente disfuncionales con un 78.57%, en relación al grupo de adolescentes de familias funcionales con un 3.71% (Cuadro y Grafica No.19)

El estado civil que prevaleció fue el soltero 92.07 % (n=430), sin embargo el estado civil que predominó con ansiedad fue el de los adolescentes que vivían en unión libre ya que un 87.50

### CUADRO NO. 1

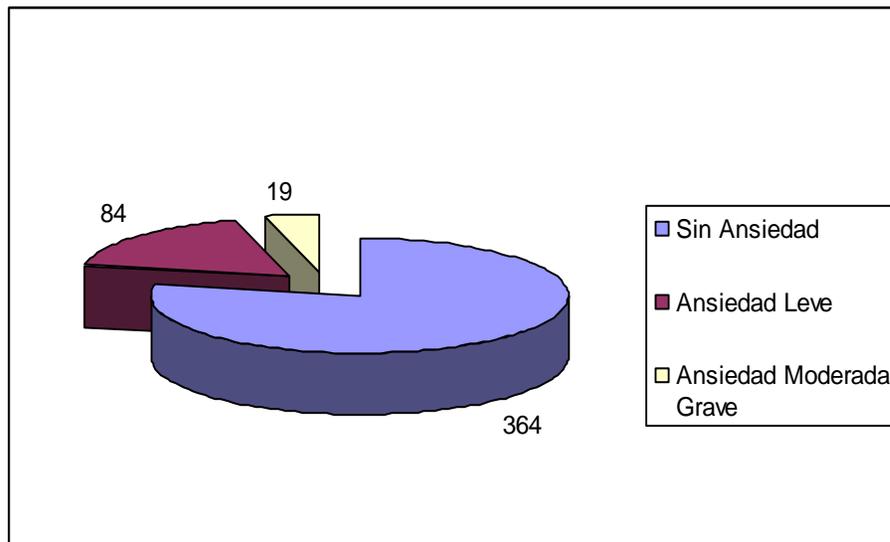
Prevalencia y Grado de Ansiedad en Adolescentes de Cañitas de Felipe Pescador  
Zacatecas 2007

Grado de ansiedad	ESCALA DE EVALUACIÓN DE HAMILTON		
	Frecuencia	%	Total
Sin Ansiedad	364	77.95	77.95
Ansiedad Leve	84	17.98	95.93
Ansiedad Moderada Grave	19	4.07	100
Total	467	100	

Fuente: Encuestas, f= Frecuencia, %= Porcentaje

### GRAFICA NO. 1

PREVALENCIA Y GRADO DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DE  
CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR ZAC.



## CUADRO NO.2

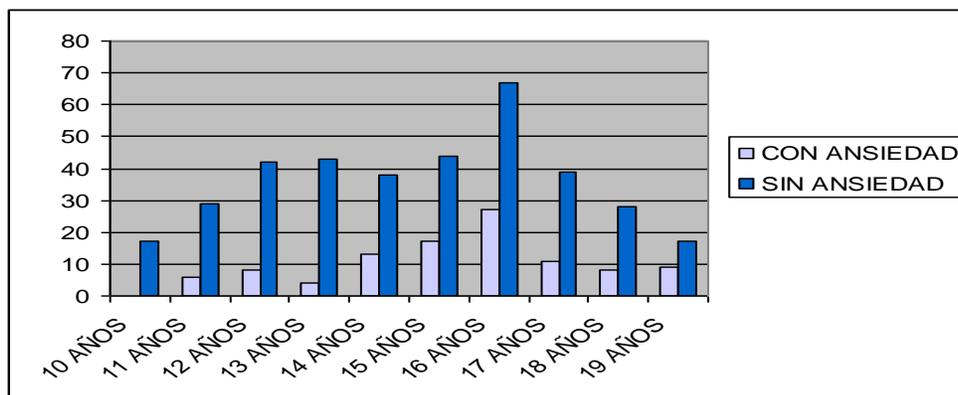
Edad De Los Adolescentes De Cañitas De Felipe Pescador Zacatecas. 2007

EDAD	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
10	0	0	17	100	17
11	6	17.14	29	82.86	35
12	8	16.00	42	84.00	50
13	4	8.51	43	91.49	47
14	13	25.49	38	74.51	51
15	17	27.86	44	72.14	61
16	27	28.72	67	72.28	94
17	11	22.00	39	78.00	50
18	8	22.22	28	77.78	36
19	9	34.61	17	65.39	26
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>364</b>	<b>100</b>	<b>467</b>

Fuente: Encuestas, f = Frecuencia, % = Porcentaje

## GRAFICA NO 2

EDAD DE LOS ADOLESCENTES DE CAÑITAS DE FELIPE  
PESCADOR ZACATECAS. 2007



### CUADRO NO.3

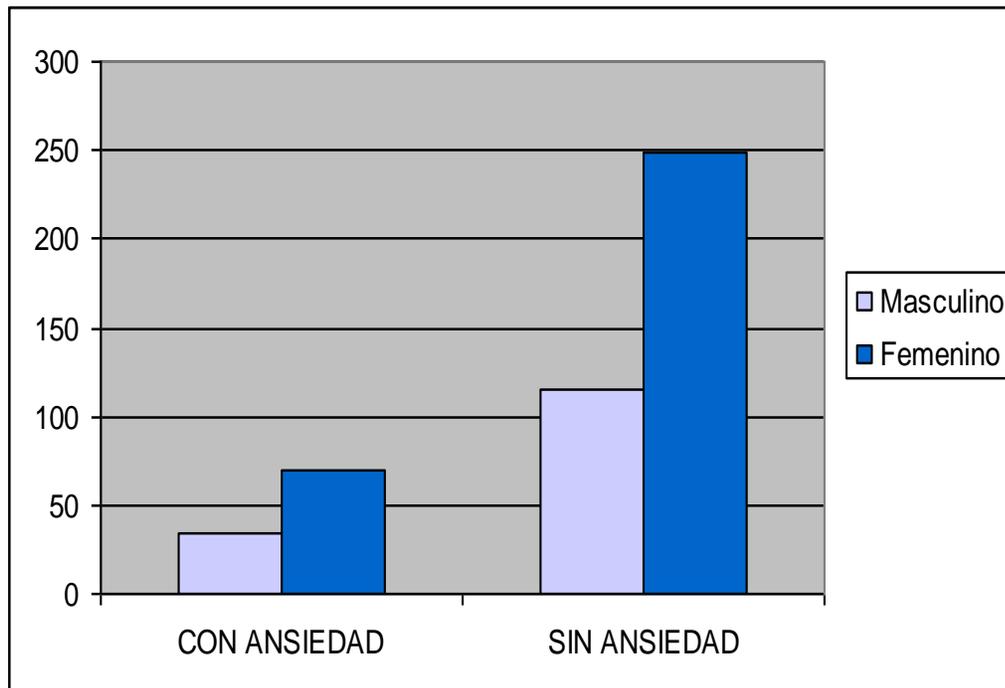
Sexo en los Adolescentes de Cañitas de Felipe Pescador Zac. 2007

SEXO	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
Masculino	34	22.82	115	77.18	149
Femenino	69	21.69	249	78.31	318
TOTAL	103	100	364	100	467

Fuente: Encuestas, f = Frecuencia, % = Porcentaje

### GRAFICA NO. 3

SEXO EN LOS ADOLESCENTES DE CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR  
ZAC. 2007



### CUADRO NO.4

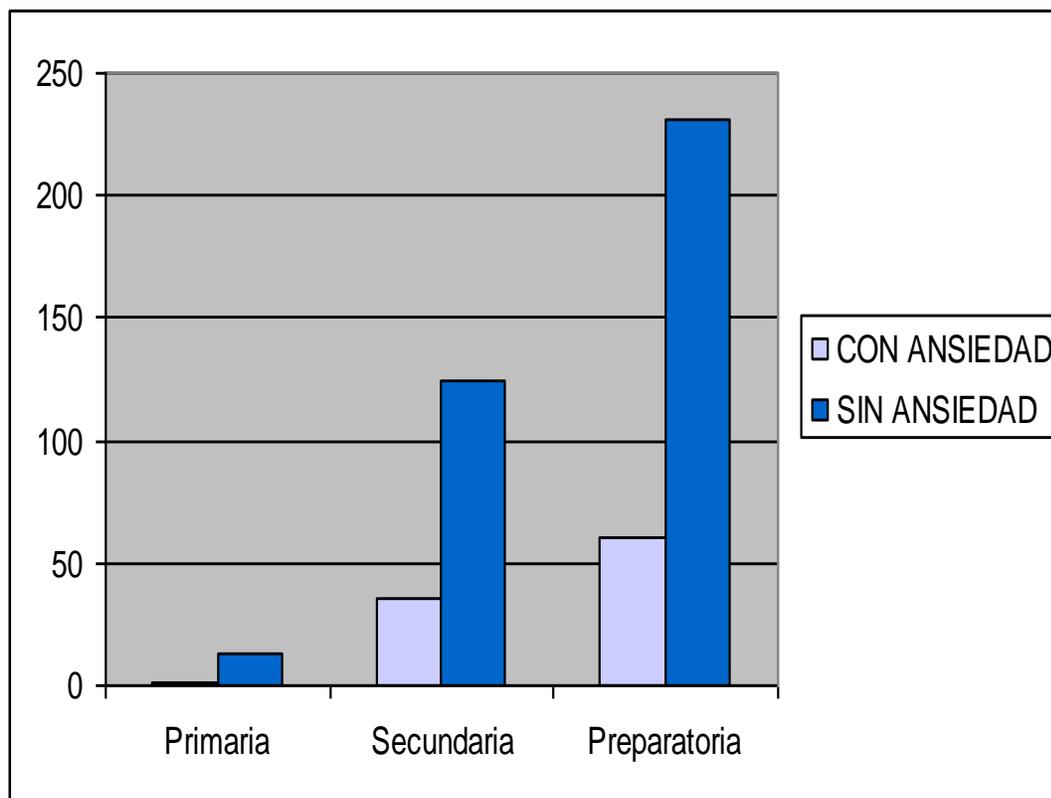
Escolaridad De Los Adolescentes De Cañitas De Felipe Pescador Zacateas  
2007

ESCOLARIDAD	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
Primaria	1	7.14	13	92.86	14
Secundaria	36	22.36	125	77.64	161
Preparatoria	61	20.89	231	79.11	292
TOTAL	103	100	364	100	467

Fuente: Encuestas /f = Frecuencia / % = Porcentaje

### GRAFICA No.4

ESCOLARIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE CAÑITAS DE FELIPE  
PESCADOR, ZAC



### CUADRO NO.5

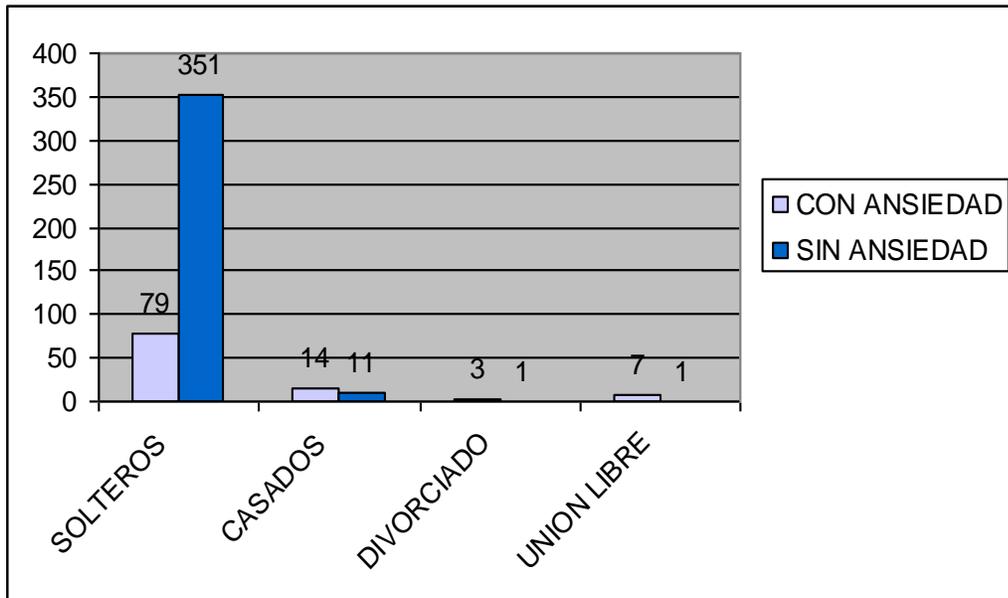
Estado Civil de los Adolescentes de Cañitas de Felipe Pescador Zacatecas. 2007.

ESTADO CIVIL	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
SOLTEROS	79	18.37	351	81.63	430
CASADOS	14	56.00	11	44.00	25
DIVORCIADO	3	75.00	1	25.00	4
UNION LIBRE	7	87.50	1	12.50	8
TOTAL	103	100	364	100	467

Fuente: Encuestas, f = Frecuencia, % = Porcentaje

### GRAFICA NO 5

ESTADO CIVIL DE LOS ADOLESCENTES DE CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR ZAC. 2007



### CUADRO NO.6

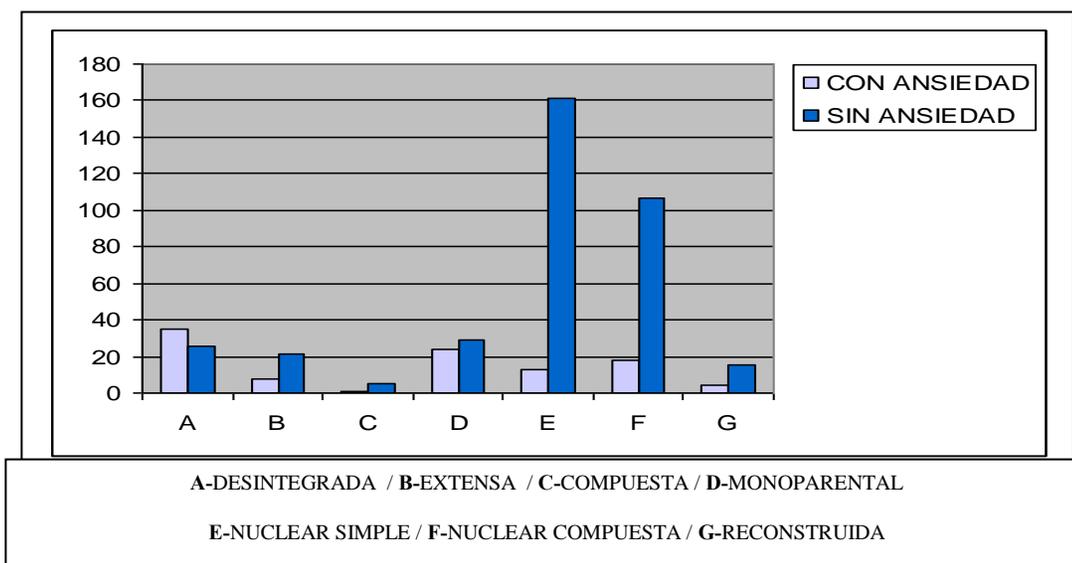
Integridad Familiar de los Adolescentes de Cañitas de Felipe Pescador  
Zacatecas 2007

INTEGRIDAD FAMILIAR	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
DESINTEGRADA	35	57.37	26	42.63	61
EXTENSA	8	27.58	21	72.42	29
COMPUESTA	1	16.66	5	83.34	6
MONOPARENTAL	24	45.28	29	54.72	53
NUCLEAR-SIMPLE	13	16.50	161	22.80	174
NUCLEAR NUMEROSA	18	14.4	107	85.6	125
RECONSTRUIDA	4	21.05	15	78.95	19
TOTAL	103	100	364	100	467

Fuente: Encuestas / f = Frecuencia / % = Porcentaje

### GRAFICA NO 6

INTEGRIDAD FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES DE CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR ZAC. 2007



### CUADRO NO.7

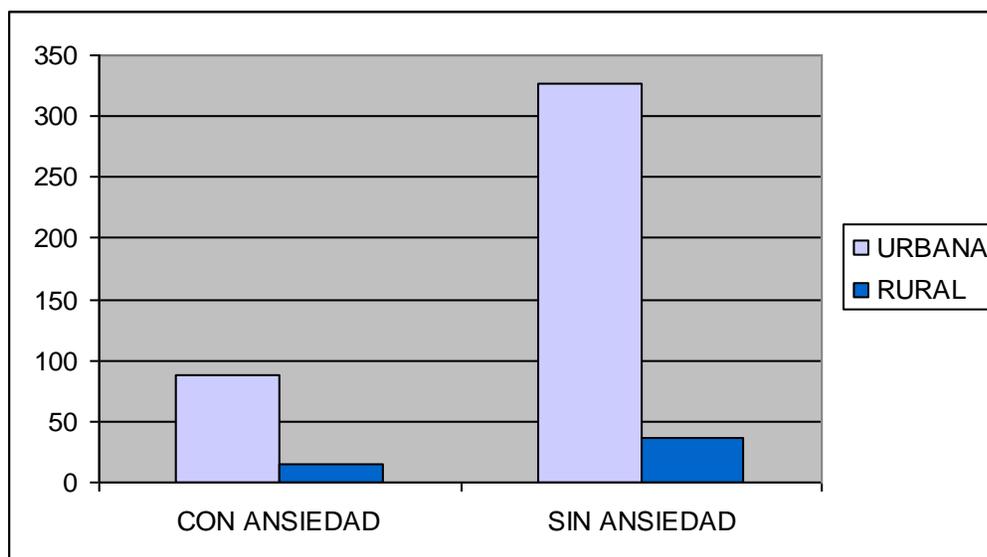
Tipo de Familia (Por su demografía) De Los Adolescentes De Cañitas De Felipe Pescador Zacatecas. 2007

TIPO DE VIVIENDA	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
URBANA	88	21.20	327	78.80	415
RURAL	15	28.84	37	71.16	52
TOTAL	103	100	364	100	467

Fuente: Encuestas, f = Frecuencia, % = Porcentaje

### GRAFICA NO. 7

TIPO DE FAMILIA (POR SU DEMOGRAFÍA) DE LOS ADOLESCENTES DE CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR ZACATECAS. 2007



### CUADRO NO.8

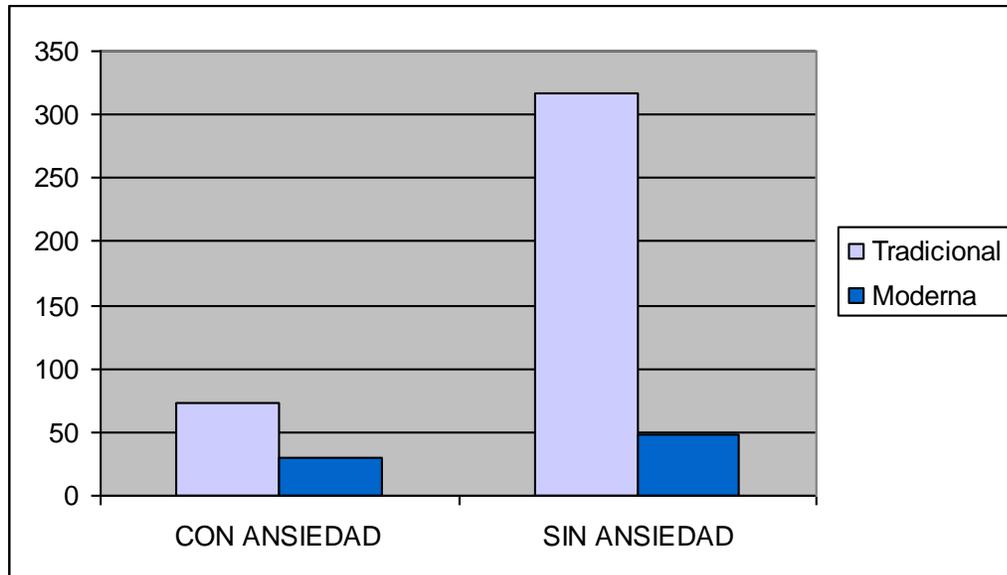
Tipo de Familia de acuerdo a su desarrollo, de los Adolescentes De Cañitas  
De Felipe Pescador Zacatecas. 2007

TIPO DE FAMILIA POR DESARROLLO	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
Tradicional	73	18.77	316	81.23	389
Moderna	30	38.46	48	61.54	78
TOTAL	103	100	364	100	467

Fuente: Encuestas, f = Frecuencia, % = Porcentaje

### GRAFICA NO 8

TIPO DE FAMILIA DE ACUERDO A SU DESARROLLO, DE LOS ADOLESCENTES DE CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR ZACATECAS. 2007



### CUADRO NO.9

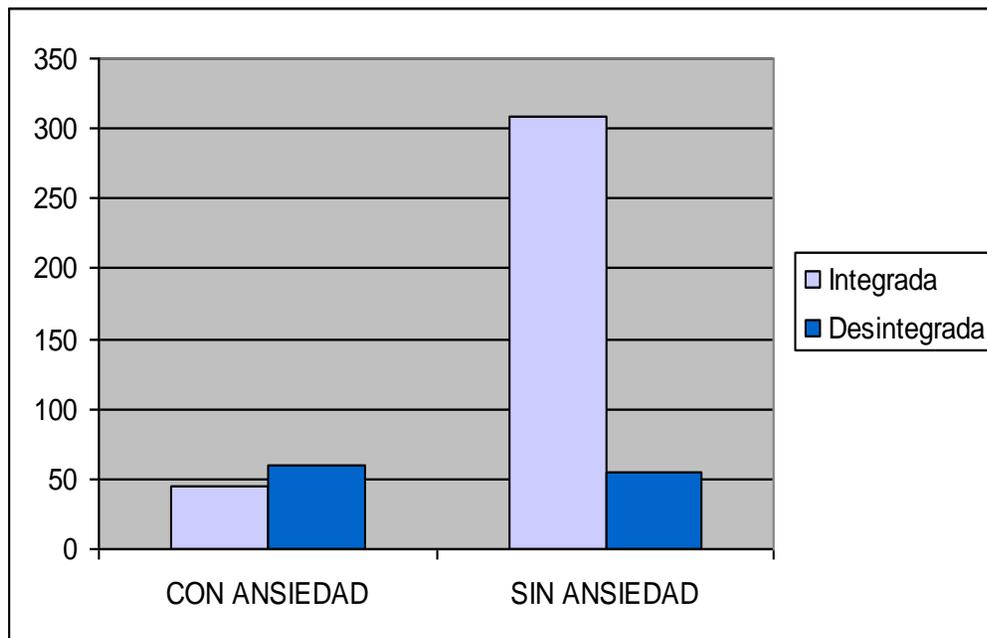
Tipo de Familia de acuerdo a su integración de los Adolescentes De Cañitas De Felipe Pescador Zacatecas. 2007

TIPO DE VIVIENDA	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
Integrada	44	12.46	309	87.54	353
Desintegrada	59	51.75	55	48.25	114
TOTAL	103	100	364	100	467

Fuente: Encuestas, f = Frecuencia, % = Porcentaje

### GRAFICA NO 9

TIPO DE FAMILIA DE ACUERDO A SU INTEGRACIÓN, DE LOS ADOLESCENTES DE CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR ZACATECAS. 2007



### CUADRO NO.10

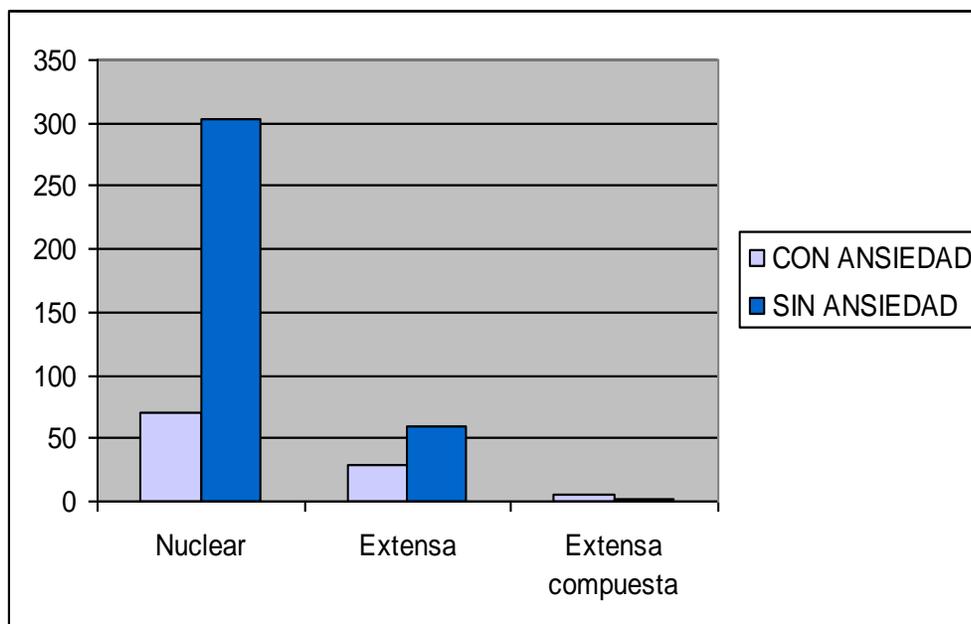
Tipo de Familia (Por su estructura), de los Adolescentes De Cañitas De Felipe  
Pescador Zacatecas. 2007

TIPO DE VIVIENDA	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
Nuclear	70	18.77	303	81.23	373
Extensa	28	32.18	59	67.82	87
Extensa compuesta	5	71.43	2	28.57	7
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>364</b>	<b>100</b>	<b>467</b>

Fuente: Encuestas, f = Frecuencia, % = Porcentaje

### GRAFICA NO 10

TIPO DE FAMILIA (POR SU ESTRUCTURA), DE LOS ADOLESCENTES DE  
CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR ZACATECAS. 2007



### CUADRO NO. 11

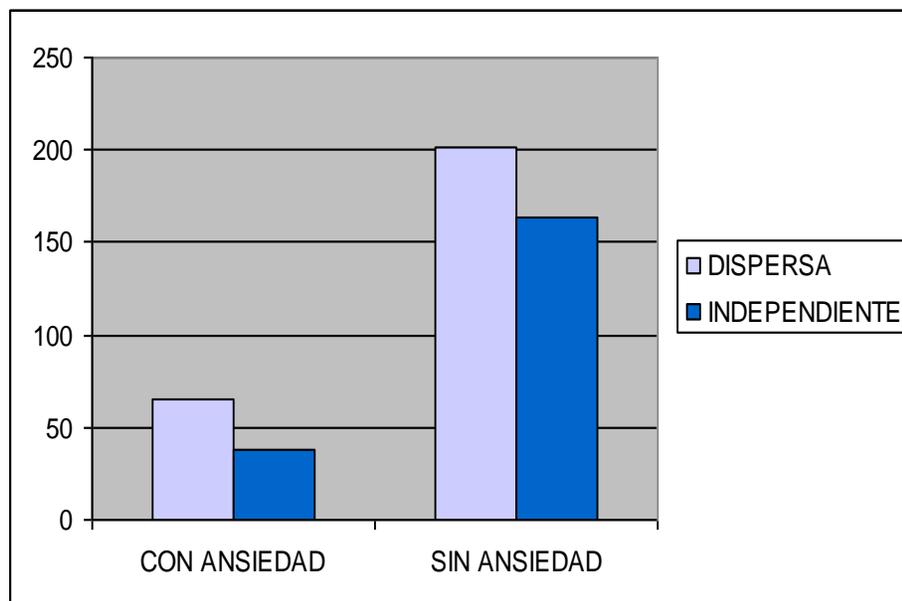
Etapa del Ciclo Familiar de los Adolescentes de Cañitas de Felipe Pescador Zac. 2007

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
DISPERSA	65	24.43	201	75.56	266
INDEPENDIENTE	38	18.90	163	81.10	201
TOTAL	103	100	364	100	467

Fuente: Encuestas, f = Frecuencia, % = Porcentaje

### GRAFICA NO 11

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES DE CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR ZAC. 2007



### CUADRO NO.12

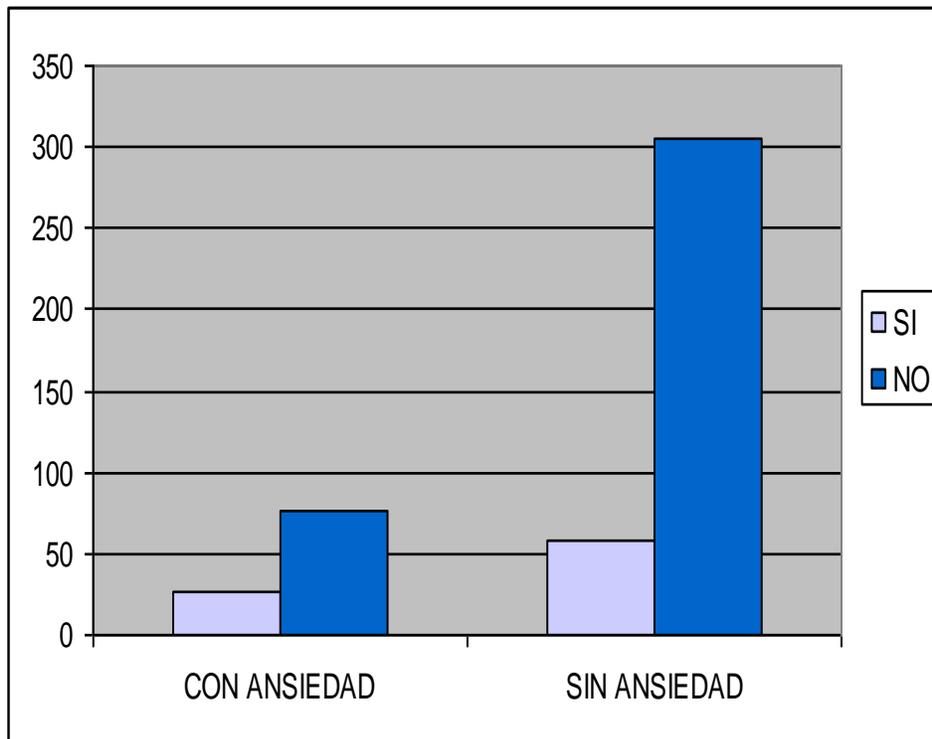
Adolescentes Que Trabajan De Cañitas De Felipe Pescador Zacatecas. 2007

	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
SI	26	30.90	58	69.10	84
NO	77	20.10	306	79.90	383
TOTAL	103	100	364	100	467

Fuente: Encuestas, f = Frecuencia, % = Porcentaje

### GRAFICA NO 12

ADOLESCENTES QUE TRABAJAN DE CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR  
ZACATECAS. 2007



### CUADRO NO.13

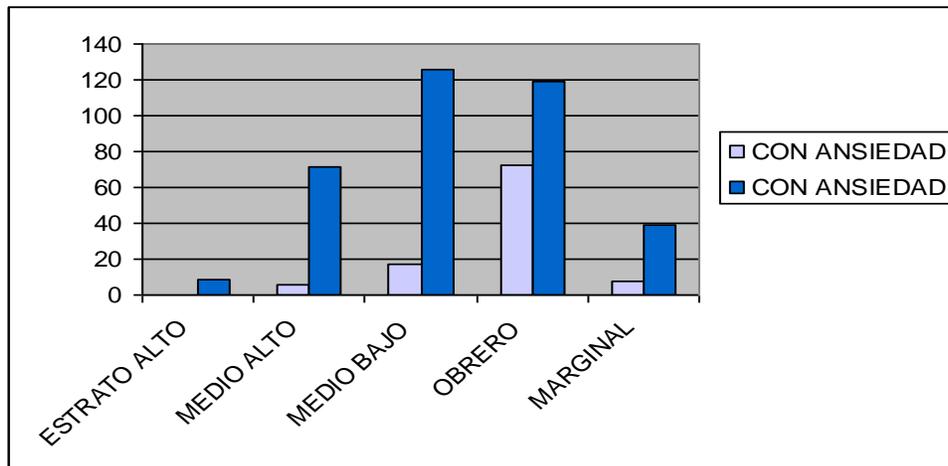
Nivel Socioeconómico De Los Adolescentes De Cañitas De Felipe Pescador  
Zacatecas. 2007

Nivel Socioeconómico	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
ESTRATO ALTO	0	0	9	100.00	9
MEDIO ALTO	6	7.79	71	92.21	77
MEDIO BAJO	17	11.88	126	88.12	143
OBRERO	72	37.69	119	63.91	191
MARGINAL	8	17.02	39	82.98	47
TOTAL	103	100	364	100	467

Fuente: Encuestas, f = Frecuencia, % = Porcentaje

### GRAFICA NO 13

NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS ADOLESCENTES DE CAÑITAS DE  
FELIPE PESCADOR ZACATECAS. 2007



### CUADRO NO. 14

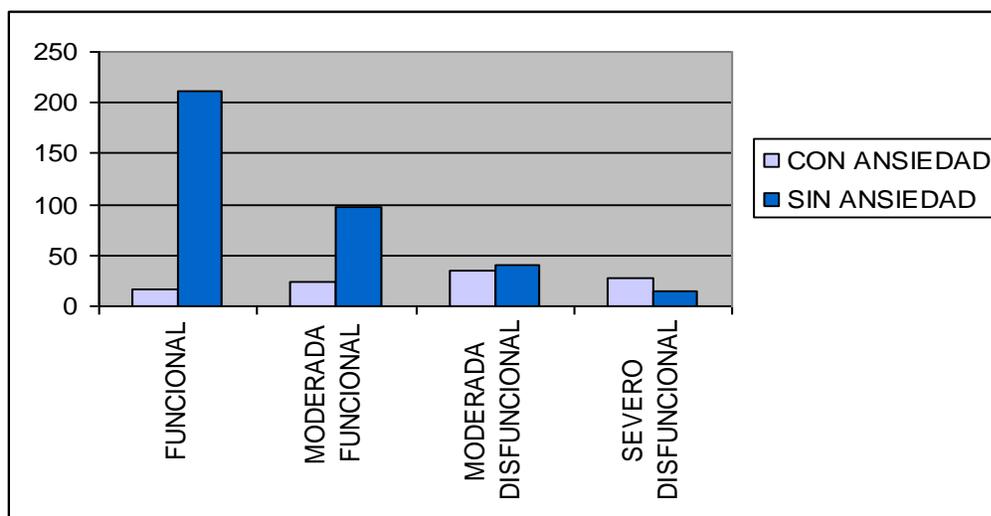
Factor 1.- Involucramiento Afectivo Funcional De Las Familias De Los Adolescentes De Cañitas De Felipe Pescador Zacatecas. 2007

FACTOR 1	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
FUNCIONAL	16	7.10	211	92.90	227
MODERADA FUNCIONAL	24	19.80	97	80.20	121
MODERADA DISFUNCIONAL	35	46.05	41	53.95	76
SEVERO DISFUNCIONAL	28	65.11	15	34.89	43
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>364</b>	<b>100</b>	<b>467</b>

Fuente: Encuestas / f = frecuencia / % = Porcentaje

### GRAFICA NO 14

FACTOR 1.- INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FUNCIONAL DE LAS FAMILIAS DE LOS ADOLESCENTES DE CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR ZACATECAS. 2007



### CUADRO NO.15

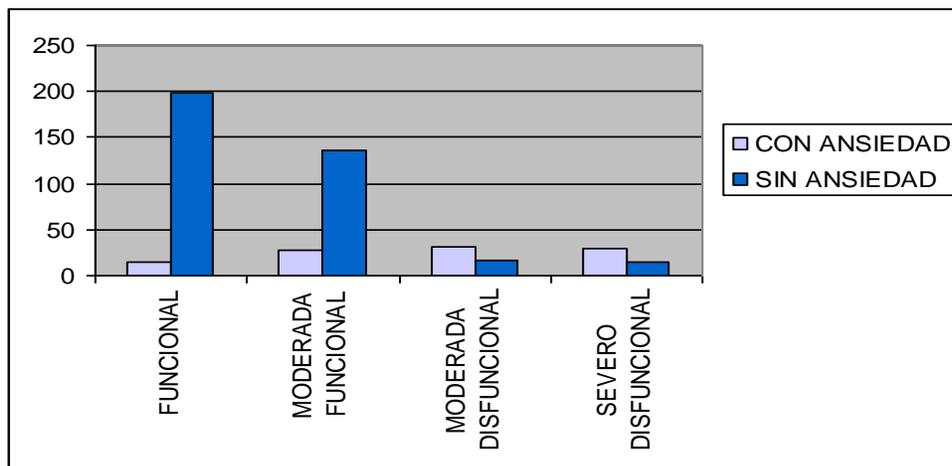
Factor 2.- Involucramiento afectivo disfuncional de los Adolescentes de Cañitas de Felipe Pescador Zac. 2007

FACTOR 2	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
FUNCIONAL	14	6.57	199	93.43	213
MODERADA FUNCIONAL	27	16.56	136	83.44	163
MODERADA DISFUNCIONAL	32	65.31	17	34.69	49
SEVERO DISFUNCIONAL	30	66.67	15	33.33	45
TOTAL	103	100	367	100	467

Fuente: Encuestas, f = frecuencia, % = Porcentaje

### GRAFICA No.15

FACTOR 2.- INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO DISFUNCIONAL DE LOS ADOLESCENTES DE CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR, ZAC 2007



## CUADRO NO.16

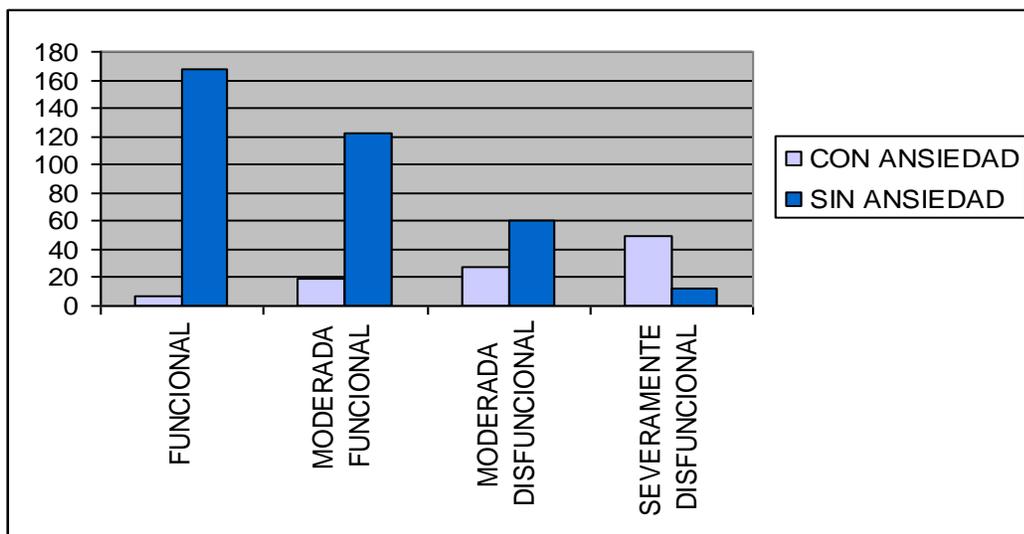
Factor 3.- Patrones De Comunicación Disfuncionales De Los Adolescentes De  
Cañitas De Felipe Pescador Zacatecas. 2007

FACTOR 3	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
FUNCIONAL	7	4.00	168	96.00	175
MODERADA FUNCIONAL	19	13.47	122	86.53	141
MODERADA DISFUNCIONAL	28	31.47	61	68.53	89
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	49	79.03	13	20.97	62
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>364</b>	<b>100</b>	<b>467</b>

Fuente: Encuestas / f = frecuencia / % = Porcentaje

### GRAFICA NO 16

FACTOR 3.- PATRONES DE COMUNICACIÓN DISFUNCIONALES DE LOS  
ADOLESCENTES DE CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR ZACATECAS.



### CUADRO NO.17

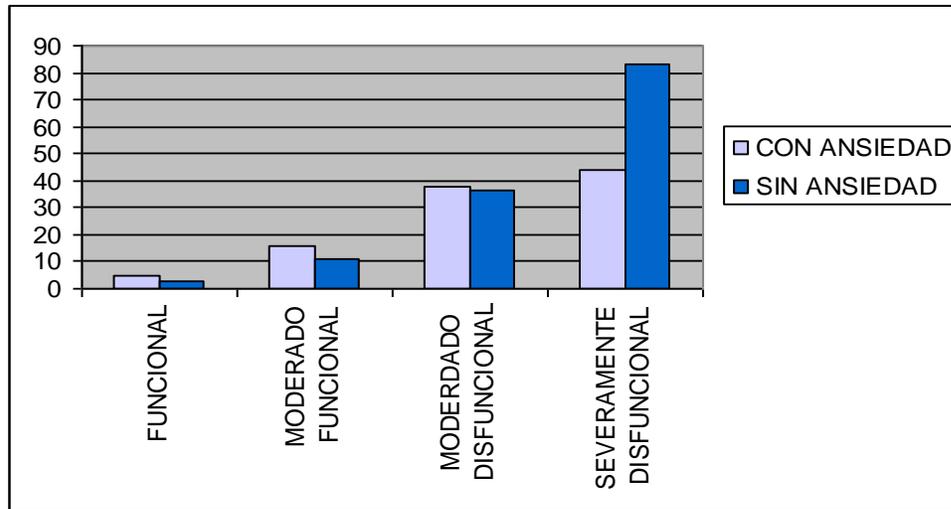
Factor 4.- Patrones De Comunicación Funcional De Los Adolescentes De  
Cañitas De Felipe Pescador Zacatecas 2007

FACTOR 4	F	%	F	%	TOTAL
FUNCIONAL	5	3.08	157	96.92	162
MODERADO FUNCIONAL	16	10.88	131	89.12	147
MODERDADO DISFUNCIONAL	38	36.19	67	63.81	105
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	44	83.01	9	16.99	53
<b>TOTAL</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>364</b>	<b>100</b>	<b>467</b>

Fuente: Encuestas / f = frecuencia / % = Porcentaje

### GRAFICA NO 17

FACTOR 4.- PATRONES DE COMUNICACIÓN FUNCIONAL DE LOS  
ADOLESCENTES DE CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR ZACACATECAS 2007



### CUADRO NO.18

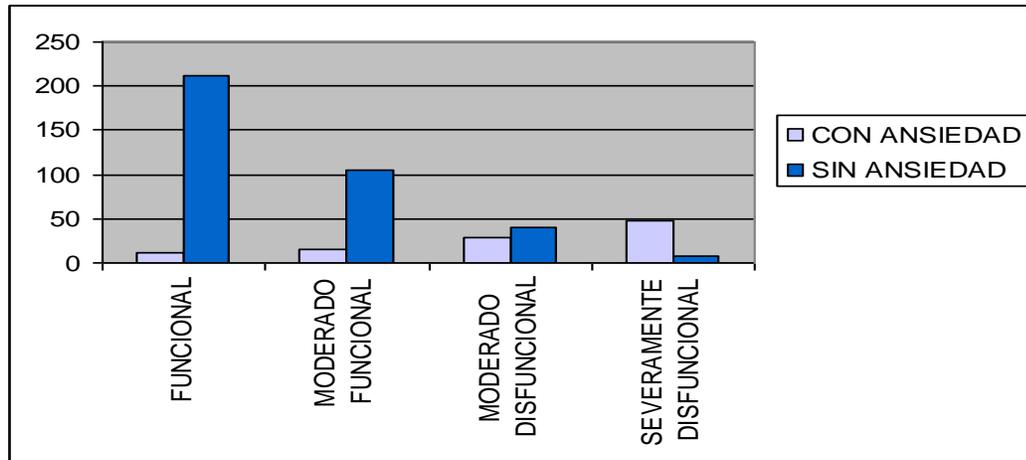
Factor 5.- Resolución De Problemas De Los Adolescentes De Cañitas de Felipe  
Pescador Zacatecas. 2007

FACTOR 5	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
FUNCIONAL	11	4.95	211	95.05	222
MODERADO FUNCIONAL	16	13.22	105	86.78	121
MODERADO DISFUNCIONAL	29	41.42	41	58.58	70
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	47	87.03	7	12.97	54
TOTAL	103	100	364	100	467

Fuente: Encuestas, f = Frecuencia, % = Porcentaje

### GRAFICA No.18

FACTOR 5.- RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE LOS ADOLESCENTES DE  
CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR ZACATECAS. 2007



### CUADRO NO. 19

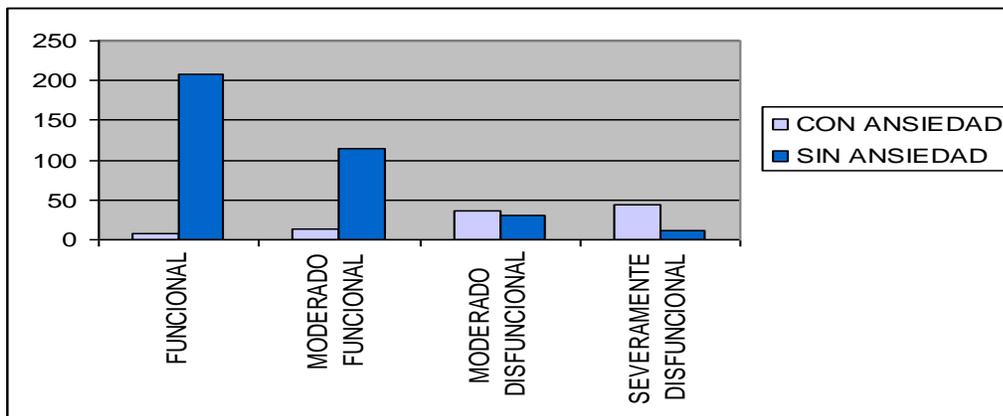
Factor 6.- Patrones De Control De Conducta De Los Adolescentes De Cañitas De Felipe Pescador Zacatecas. 2007

FACTOR 6	CON ANSIEDAD		SIN ANSIEDAD		TOTAL
	F	%	F	%	
FUNCIONAL	8	3.71	208	96.29	216
MODERADO FUNCIONAL	14	10.93	114	89.07	128
MODERADO DISFUNCIONAL	37	55.22	30	44.78	67
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	44	78.57	12	21.43	56
TOTAL	103	100	364	100	467

Fuente: Encuestas, f = Frecuencia, % = Porcentaje

### GRAFICA NO 19

FACTOR 6.- PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA DE LOS ADOLESCENTES DE CAÑITAS DE FELIPE PESCADOR ZACATECAS. 2007



**CUADRO NO.20**  
**GRADO DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTE EN RELACION CON**  
**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.**

<b>FACTOR</b>	<b>CON ANSIEDAD</b>	<b>SIN ANSIEDAD</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P*</b>
<b>EDAD</b>					
10-14	31	169	-	-	-
15-19	72	195	0.50	0.57-0.39	0.0031043 ←
<b>SEXO</b>					
MASCULINO	34	115	-	-	-
FEMENINO	69	249	1.07	1.05-0.73	0.7854254
<b>EDO.CIVIL</b>					
SOLTERO	79	351	-	-	-
CASADO	14	11	0.18	0.33-0.22	0.0000052 ←
<b>OCUPACION</b>					
TRABAJADOR	26	58	-	-	-
ESTUDIANTE	77	306	1.78	1.54-1.06	0.2988725
<b>ESTRATO SOCIOECONOMICO</b>					
ALTO	6	80	-	-	-
BAJO	97	284	0.22	0.27-0.12	0.0001885 ←
<b>TIPO DE FAMILIA POR SU DEMOGRAFIA</b>					
URBANA	88	327	-	-	-
RURAL	15	37	0.66	0.74-0.46	0.2102761
<b>TIPO DE FAMILIA PARA SU INTEGRACION</b>					
INTEGRADO	44	309	-	-	-
DESINTEGRADO	59	55	0.13	0.24-0.17	0.0000000 ←

**TIPO DE FAMILIA  
POR SU  
DESARROLLO**

TRADICIONAL	73	516	-	-	-
MODERNA	30	55	0.37	0.49-0.34	0.0001287 ←

**ETAPA DEL CICLO  
FAMILIAR**

DISPERSION	65	201	-	-	-
INDEPENDENCIA	38	163	1.39	1.29-0.91	0.1535064

**TIPO DE FAMILIA  
DE ACUERDO A  
ESTRUCTURA**

NUCLEAR	70	303	-	-	-
EXTENSA	33	61	0.43	0.53-0.38	0.0006386 ←

**FACTOR 1 –  
INVOLUCRAMIENT  
O AFECTIVO**

FUNCIONAL	40	308	-	-	-
DISFUNCIONAL	63	54	0.11	0.21-0.15	0.0000000 ←

**FACTOR 2 –  
INVOLUCRAMIENT  
O AFECTIVO**

DISFUNCIONAL					
FUNCIONAL	41	335	-	-	-
DISFUNCIONAL	62	32	0.06	0.17-0.12	0.0000000 ←

**FACTOR 3 –  
PATRONES**

**DECOMUNICACION  
DISFUNCIONAL**

FUNCIONAL	26	290	-	-	-
-----------	----	-----	---	---	---

DISFUNCIONAL	77	74	0.09	0.16-0.11	0.0000000	←
<b>FACTOR 4 –</b>						
<b>PATRONES DE</b>						
<b>COMUNICACIÓN</b>						
<b>FUNCIONAL</b>						
FUNCIONAL	21	288	-	-	-	
DISFUNCIONAL	82	76	0.07	0.13-0.08	0.0000000	←
<b>FACTOR 5 –</b>						
<b>RESOLUCION</b>						
<b>DE PROBLEMAS</b>						
FUNCIONAL	27	316	-	-	-	
DISFUNCIONAL	76	48	0.05	0.13-0.09	0.0000000	←
<b>FACTOR 6 –</b>						
<b>PATRONES DE</b>						
<b>CONTROL DE</b>						
<b>CONDUCTA</b>						
FUNCIONAL	22	322	-	-	-	
DISFUNCIONAL	81	42	0.04	0.10-0.06	0.0000000	←

Fuente: Encuesta

\*Prueba de X Cuadrada para grupos independientes.

## 7.- DISCUSIÓN

El presente estudio coincide con múltiples trabajos de investigación realizados a nivel nacional e internacional, los cuales han encontrado relación de los trastornos de ansiedad en el adolescente con su funcionamiento familiar (Musitu G-Jimenez 2006, Bofarul Boch JM 2006, Bragado B, Bersabe R.1990, Roizballt A, 2003). Significativamente la relación entre ansiedad del adolescente y disfunción familiar severa, involucramiento afectivo disfuncional y bajo nivel de resolución de problemas en la familia así como un control de conducta disfuncional.

En relación con problemas de ansiedad en la adolescencia, algunos investigadores se han centrado en el papel desempeñado en el contexto familiar, estudios previos señalan que el ambiente familiar negativo caracterizado por los problemas de comunicación entre padres y adolescentes, constituye uno de los factores familiares de riesgo mas estrechamente vinculados al desarrollo de ansiedad.

Como contrapartida la comunicación familiar abierta y fluida, el intercambio de puntos de vista de manera clara, respetuosa y afectiva entre padres e hijos, ejerce un fuerte efecto protector ante los problemas de salud mental. (Parra Jiménez A-Oliva Delgado A, 2003, Estevez López E, 2005)

En nuestro medio hemos encontrado una prevalencia elevada de ansiedad en el adolescente, correspondiendo a un 22.05%, ligeramente superior a la referida en algunas revisiones previas como en los trabajos de Mardomingo Sanz en donde refiere tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad en los adolescentes del 9-21%5, este resultado es comparable a estudios realizados en Sudamérica que reportan prevalencia del 26%, a nivel mundial se estima que de un 15 y a un 20 % de la población padece o padecerá a lo largo de su vida, problemas relacionados con la ansiedad con una importancia suficiente como para requerir tratamiento. Las variaciones se deben a los instrumentos de medición empleados así como los factores familiares.

De los factores asociados a la ansiedad en el adolescente con significancia estadística encontramos el estado civil, coincidiendo con trabajos previos (N. Calvo Piñero 2006), no es un hallazgo inesperado la mayor proporción, por sus

pocos recursos biopsicosociales para enfrentar las demandas propias de construir una familia independiente.

Al igual que estudios previos fue significativa la relación de ansiedad con el estrato socioeconómico, encontrando mayor prevalencia de ansiedad en adolescentes de estrato obrero. (Maddaleno Matilde MD, 2003, Santos Preciado JS, 2003).

Existe una importante asociación entre la desintegración familiar y la ansiedad en el adolescente, ansiedad en adolescentes de familias modernas, Esto corrobora resultados de estudios previos que ponen de manifiesto la influencia de la estructura y funcionalidad familiar sobre el bienestar de sus integrantes, la familia puede constituir tanto un ente protector o una fuente de factores de riesgo cuando existen ciertos elementos de disfuncionalidad en los adolescentes. (Ortiz Gómez MT, 2003) En relación al funcionamiento familiar fue significativa la prevalencia de ansiedad en adolescentes de familias disfuncional,

## **8.- CONCLUSION**

Es fundamental que el medico familiar conozca la funcionalidad de el grupo familiar en donde se desenvuelve el adolescente con trastornos de ansiedad, para ofrecer orientación tanto a los adolescentes como a sus familiares, colaborar en la resolución de las crisis familiares por las que estos atraviesan. Buscar de manera oportuna las características estructurales y funcionales que puedan poner en riesgo la salud mental de el adolescente; Colaborar como parte de el grupo multidisciplinario que participara con el adolescente con trastornos de ansiedad. Es necesario establecer programas preventivos enfocados a la salud mental de los adolescentes así como la detección oportuna de la patología mental ya que en nuestro medio los trastornos de ansiedad pueden llegar a ser un problema de salud publica, es indispensable establecer programas de difusión y orientación respecto a los trastornos de ansiedad en los adolescentes y que estos comprendan la necesidad de solicitar apoyo oportuno y reconocer la sintomatología de estos trastornos, orientar al adolescente sobre la trascendencia de un ambiente familiar funcional. El medico familiar como encargado de la atención medica continua hacia los miembros de la familia, cuenta con elementos para detectar problemas familiares en el adolescente por lo que es necesario ejercer los elementos necesarios para intervenir a favor de su entorno, ya que entre los recursos de apoyo social para un adolescente el mas importante es la familia por lo que los trastornos en su funcionamiento puede incrementar la probabilidad de que el adolescente presente dificultad de adaptación, es necesario que el medico familiar ejerza su quehacer medico con un interés por los factores psicológicos y sociales, mucho de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una forma u otra en su salud mental.

## 9- BIBLIOGRAFIA

1.-Czernik G, Dabski M, Canteros J, Almirón. Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de corrientes. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina - N° 162 – Octubre 2006. Pág. 1-4.

2.- Leiva-Jiménez R, Hernández-Juárez AM, Nava-Jiménez G, López-Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar, Revista Medica Instituto Mexicano del seguro social.2007; 45 (3): 225-232.

3. González Ceinos M. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. Revista Cubana Medicina General Integral 2007; 23(1).

4.- Zubeidat I, Fernández-Parra A, Sierra J C, Salinas JM. Ansiedad social específica y generalizada: ¿variantes del mismo trastorno o categorías diferentes con características similares? International Journal of Clinical and Health Psychology 2007, Vol. 7, N° 3, pp. 709-724.

5- Mardomingo Sáenz MJ. Características clínicas de los trastornos de ansiedad. Revista Pediatría de Atención Primaria Volumen III. Número 10. Abril/junio 2001.Pag 237-247.

6.-Guillermo Hernández G, Gricel Orellana V, Mónica Kimelman J, Carlos Núñez M<sup>a</sup>, Carolina Ibáñez H. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en medicina interna Revista medica de Chile v.133 n.8 Santiago ago. 2005; 133: 895-902.

7.- Peiponen S, Laukkanen E, Korhonen V, Lehtonen J. La discapacidad laboral de las madres se asocia con depresión mayor entre los adolescentes.Eur. J. Psychiat. (Ed. Esp) v.16n.3 Zaragoza jul – set-2002.

8.- Gold Ariel. Trastornos de ansiedad en niños. Archivos Pediatría Uruguay 2006; 77(1): 34-38.

9- De La Garza Gutiérrez Fidel. Depresión, Angustia y Bipolaridad, Guía para médicos especialistas y de primer contacto. Editorial trillas. 2005. Pág.- 131- 170.

10.- Becoña E, Míguez. MC. Ansiedad y consumo de tabaco en niños y Adolescentes. Adicciones 2004 • vol.16 núm. 2 • págs. 91-96.

11.- Sánchez Pérez JA, López Cárdenas A, Escalas diagnosticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad. Salud Global, Año V, numero 3, 2005, pág. 1-9.

12.- Bettylu Rasmussen C, Hidalgo San Martín A. Publicaciones sobre adolescencia en revistas médicas de México. Salud publica de México, volumen 45, suplemento 1 de 2003.pag 167-170.

13.-González-Garza C, Rojas Martínez R, Hernández-Serrato M, Olaiz Fernández G. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000, salud publica de México, vol. 47, no 3, mayo- junio de 2003.pag 209-218.

14.-Ovalles Rincón A C, Incidencia De La Disfunción Familiar Asociada a La Delincuencia Juvenil. Capítulo Criminológico ISSN 0798-958 Versión Impresa. CC v. 35 n Maracaibo mar 2007.

15.- Urdaneta Castillo MT, Ramírez I. Calidad de vida y situación de salud de los jóvenes y adolescentes del estado Mérida. Archivos venezolanos de puericultura y pediatría vol. 65 n° 4, octubre - diciembre 2002, pág. 165-180.

16.- Bianculli C, Realidad y propuestas para continencia de la transición adolescente en nuestro medio, Adolescencia Latinoamericana, v.1 n.1 Porto Alegre abril-junio 1997.

17.- Santos-Preciado JI, Villa-Barragán JP, García-Avilés MA, León-Álvarez G. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México, salud publica de México, vol. 43, suplemento 1 de 2003, paginas 140-152.

18.-Maddaleno M, Morello P, Infante Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década, Salud Publica de México, vol. 43, suplemento 1 de 2003, pág. 132-139

19.-Dorado Gaspar MP, Loria Castellanos J, Guerrero Martínez MB, Aptitud clínica hacia el manejo integral de la familia en residentes de medicina familiar, Archivos de medicina familiar, vol.8 (3), 169-174,2006.

20.- Méndez López DM, Gómez López ME, García Ruiz J H, Pérez López A, Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2, Rev. Med. IMSS 2004; 42 (4).

21.- Roizblatt A, Valdés M; Florenzano R., Rodríguez J, Características familiares de adolescentes consultantes y no consultantes en unidades de salud mental, Revista. Chilena. Pediatría. 68 (3); 113-118, 1997.

22.- Marcela Forero LA, Avendaño Durán MC, Duarte Cubillos ZJ, Campo-Arias A, Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria, Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXV / No. 1 / 2006, pág., 23-29.

23.-Herrera Santi PM, González Benítez I, La crisis normativa de la adolescencia y su repercusión familiar, Revista Cubana de Medicina General Integral, 2002.

24.- Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M, Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada, Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2004.

25.-Mendoza Solís LA, Soler Huerta E, Sainz Vásquez L, Gil Alfaro I, Análisis De La Dinámica Y Funcionalidad Familiar En Atención Primaria, Archivos De Medicina Familiar, vol. 8 (1), 27-32, 2006.

26.-Estévez López E\*, Musitu Ochoa G, Herrero Olaizola J, El rol de la comunicación familiar y el ajuste escolar en la salud mental del adolescente, Salud Mental, Vol. 28, No. 4, agosto 2005, pag,81-89.

27.- Varela Ruiz FJ, Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria, Medicina de Familia Vol. 1, N° 2, Noviembre 2000, pág., 141-144.

28.-Mendez López DM, Gómez López V M, García Ruiz ME, Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo2, Rev. Med IMSS 2004; 42 (4).

29.-Ortiz Gómez MT, Lauro Bernal I, La salud familiar. Caracterización en un área de salud, Revista Cubana Medicina General Integral, v.15 n.3 Ciudad de La Habana Mayo –Junio 1999.

30.- Águeda Parra Jiménez\* y Alfredo Oliva Delgado, Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. Anales de psicología 2002, vol. 18, n° 2 (diciembre), 215-231.

31.- Atri y Zetune R., Cuestionario de evaluación del Funcionamiento Familiar, Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. Editorial Pax México. Primera edición 2006, Pág. 1-26.

32.- Ospina Rave BE, Sandoval JJ, Aristizabal Botero CA, Ramírez Gómez MC, La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003<sup>a</sup>. Antioquia, 2003. Invest Educ Enferm 2005; 23(1): 14-29

## 10.- A N E X O S

### 10.1.- ANEXO 1

#### RECOLECCION DE DATOS

**EDAD** 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

**SEXO**  FEMENINO  MASCULINO

**GRADO ESCOLAR**  PRIMARIA  SECUNDARIA  PREPARATORIA

**EDO.CIVIL**  SOLTERA  CASADA  UNION LIBRE

**TIPO DE FAMILIA**  TRADICIONAL  MODERNA

#### INTEGRIDAD

**FAMILIAR**  NUCLEAR SIMPLE  NUCLEAR COMPUESTA

MONOPARENTAL  EXTENSA  DESINTEGRADA

COMPUESTA  RECONSTRUIDA

**TIPO DE VIVIENDA**  URBANA  RURAL

**ETAPA DEL CICLO FAMILIAR**  DISPERCION  INDEPENDENCIA

**TRABAJAS**  SI  NO

#### NIVEL

**SOCIOECONOMICO**  ESTRATO ALTO  MEDIOALTO

MEDIO BAJO  OBRERO  MARGINAL

**10.2 .- ANEXO 2**  
**METODO GRAFFAR**  
**(PARA CLASIFICAR ESTRATO SOCIECONOMICO)**

En la parte superior del cuadro las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método, el puntaje va del 1 al 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable. Para clasificar el estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable según la siguiente tabla:

<b>PUNTAJE</b>	<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
04-06	ESTRATO ALTO				
07-09	MEDIO ALTO				
10-12	MEDIO BAJO				
13-16	OBRERO				
17-20	MARGINAL				

**A) PROFESION DEL JEFE DE LA FAMILIA**

- 1) Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- 2) profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
- 3) Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
- 4) Obrero especializado: tractorista, taxistas, etc.
- 5) Obrero no especializado, servicio domestico, etc.

**B) NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE**

- 1) Universitaria o su equivalente
- 2) Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
- 3) Secundaria incompleta o técnica superior (cursos cortos)
- 4) Educación primaria completa
- 5) Primaria incompleta, analfabeta

### **C) PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS**

- 1) Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)
- 2) Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.) deportistas profesionales.
- 3) Sueldo quincenal o mensual
- 4) Salario diario o semanal
- 5) Ingreso de origen público o privado (Subsidios)

### **D) CONDICIONES DE LA VIVIENDA**

- 1) Vivienda amplia, lujosa, con óptimas condiciones sanitarias
- 2) Vivienda amplia sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
- 3) Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias
- 4) Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
- 5) Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente solida pero con deficientes condiciones sanitarias

### 10.3 ANEXO 3

#### SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD

	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<b>1.- HUMOR ANSIOSO:</b> Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad					
<b>2.-TENSION:</b> Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de Sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar					
<b>3.- MIEDOS:</b> A la oscuridad. A lo desconocido. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre					
<b>4.- INSOMNIO;</b> Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio. Al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
<b>5.- FUNCIONES INTELECTUALES (COGNITIVAS):</b> Dificultad de concentración. Mala memoria					
<b>6.- HUMOR DEPRESIVO:</b> Perdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día					
<b>7.- SINTOMAS SOMATICOS MUSCULAES.-</b> Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
<b>8.- SINTOMAS SOMATICOS GENERALES;</b> Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestesias (pinchazos u hormigueos)					
<b>9.- SINTOMAS CARDIOVASCULARES;</b> Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de baja de presión o desmayos. Extrasístoles (Arritmias)					
<b>10.- SINTOMAS RESPIRATORIOS;</b> Opresión pretoracica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros (Dificultad para respirar)					

<p><b>11.- SINTOMAS GASTROINTESTINALES</b> Dificultades evacuatorias. Gases Dispepsia; Dolores antes o después de comer, Ardor, Hinchazón abdominal, nauseas, vómitos, constricción epigástrica, Cólicos (Espasmos) Abdominales. Borborigmos. Diarrea. Perdida de peso. Estreñimientos</p>					
<p><b>12.- SINTOMAS GENITOURINARIOS;</b> Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del periodo menstrual) Metrorragia (Hemorragia genital), Estreñimiento</p>					
<p><b>13.- SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO;</b> Boca seca. Acceso de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión</p>					
<p><b>14.- CONDUCTA EN EL TRANCURSO DEL TEST;</b> Tendencia al abatimiento, Agitación; manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud; va y viene, Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo</p>					

## 10.4 ANEXO 4

### CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFP)

Totalmente de acuerdo (5)

De acuerdo (4)

Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)

En desacuerdo (2)

Totalmente en desacuerdo. (1)

DESCRIPCION	1	2	3	4	5
1.- Mi familia me escucha					
2.- Si tengo dificultades, mi familia estará. En la mejor disposición de ayudarme					
3.- En mi familia ocultamos lo que nos pasa					
4.- En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos.					
5.- No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia					
6.- Raras veces platico con la familia sobre lo que me pasa					
7.- Cuando se me presenta algún problema me paraliza.					
8.-En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.					
9.-Mi familia es flexible en cuanto a las normas.					
10.-Mi familia me ayuda desinteresadamente					
11.-En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones					
12.-Me siento parte de mi familia.					
13.-Cuando me enojo con algún miembro de la familia, se lo digo					
14.-Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas.					
15.-Las tares que me corresponden sobrepasan mi capacidad mi capacidad para cumplirlas.					

Totalmente de acuerdo (5)

De acuerdo (4)

Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)

En desacuerdo (2)

Totalmente en desacuerdo. (1)

DESCRIPCION	1	2	3	4	5
16.-Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia					
17.-En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa					
18.-En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño					
19.-Me siento apoyado por mi familia					
20.-En casa acostumbramos expresar nuestras ideas					
21.-Me duele ver sufrir a otro de mi familia					
22.-Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia					
23.-si falla una decisión, intentamos una alternativa.					
24.-en mi familia hablamos con franqueza					
25.-en mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta					
26.-las normas familiares están bien definidas					
27.-en mi familia no expresamos abiertamente los problemas					
28.-en mi familia si una regla no se puede cumplir la modificamos					
29.-somos una familia cariñosa					
30.-en casa no tenemos un horario para comer.					
31.-cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuales son las consecuencias					
32.-mi familia no respeta mi vida Privada					
33.-si estoy enfermo mi familia me entiende					
34.-en mi casa, cada quien se guarda sus problemas.					

Totalmente de acuerdo (5)

De acuerdo (4)

Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)

En desacuerdo (2)

Totalmente en desacuerdo. (1)

DESCRIPCION	1	2	3	4	5
35.-en mi casa nos decimos las cosas abiertamente					
36.-en mi casa logramos resolver los problemas cotidianos					
37.-existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia					
38.-en mi familia expresamos la ternura que sentimos					
39.-me molesta que mi familia me cuente sus problemas					
40.-en mi casa respetamos nuestras reglas de conducta					



**ANEXO 5**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y TIPOLOGIA FAMILIAR  
COMO FACTORES ASOCIADOS PARA DESARROLLAR ANSIEDAD EN  
LA ADOLESCENCIA”**

Por medio del presente acepto participar en este proyecto de investigación.

El objetivo de este estudio es determinar la asociación entre funcionamiento y tipología familiar para desarrollar ansiedad en los adolescentes, con la finalidad de conocer la prevalencia de este padecimiento y diagnosticarla oportunamente.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar la encuesta personal.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios derivados de mi participación en el estudio, que será diagnosticada la ansiedad y en su caso darle seguimiento al padecimiento así como su derivación oportuna para recibir atención especializada.

El investigador principal, me ha asegurado que no me identificara en la presentación, y publicación que deriven de este y de los datos relacionados con mi privacidad, serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información que se derive de este estudio.

Cañitas de Felipe Pescador, Zac. A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2007

Los números telefónicos a los cuales debe comunicarse en caso de alguna duda o aclaración son: 9-37-01-85 con el siguiente horario: de Martes a Viernes de 8 a 16:00 Hrs. Con el Doctor José Arturo Aguayo Rojas.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADO

\_\_\_\_\_  
DR. JOSE ARTURO AGUAYO ROJAS

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR