

Relación de la disfunción familiar con la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en familias monoparentales

Ana C. Ceja-Bojorge,^{1*} Leticia Blanco-Castillo,² Marina Ramírez-Torres¹
y María G. Arredondo-Delgado¹

¹Unidad de Medicina Familiar No. 9, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); ²Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, IMSS. Querétaro, Querétaro, México

Resumen

Antecedentes: La familia ha evolucionado a las múltiples familias emergentes, como las familias monoparentales, que por sus características presentan mayor prevalencia de trastornos mentales. **Objetivo:** Determinar la relación de la funcionalidad familiar con el trastorno de ansiedad generalizada en familias monoparentales. **Material y métodos:** Estudio observacional, analítico, transversal y comparativo que incluyó 440 hijos de familias monoparentales, divididos en dos grupos conforme el cuestionario de funcionalidad familiar (FF-SIL). Las variables cuantitativas se compararon con prueba χ^2 y para las cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes; se determinó significación estadística con $p < 0.05$. **Resultados:** En sujetos cuyo monoparentalismo fue por divorcio/separación y pertenecen a una familia funcional predominó la ausencia de ansiedad (49.3%), mientras que en las familias disfuncionales predominó la ansiedad leve (33.7%). No hubo sujetos con monoparentalismo por adopción. En aquellos cuyo monoparentalismo fue por muerte de un progenitor y pertenecen a una familia funcional predominó la ausencia de ansiedad (45%), mientras que si pertenecen a una familia disfuncional predomina la ansiedad grave (35.5 %). **Conclusiones:** El tipo de monoparentalismo predominante en ambos grupos fue por divorcio/separación. La funcionalidad familiar influye en el grado de ansiedad del sujeto, independientemente del tipo de monoparentalismo, y en mayor medida por muerte de un progenitor y maternidad/paternidad forzada.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad. Monoparentalismo. Funcionalidad familiar.

Relationship between family dysfunction and the presence of generalized anxiety disorder in single-parent families

Abstract

Background: The family structure has evolved into various emerging types, such as single-parent families, which, due to their characteristics, have higher prevalence of mental disorders. **Objective:** To determine the relationship between family functioning and generalized anxiety disorder in single-parent families. **Material and methods:** This was an observational, analytical, cross-sectional, comparative study involving 440 children from single-parent families. Participants were divided into two groups based on the family functioning questionnaire (FF-SIL). Quantitative variables were compared using the χ^2 , and qualitative variables were analyzed using frequencies and percentages. Statistical significance was determined with $p < 0.05$. **Results:** In families where single-parenthood was due to divorce/separation and family was functional, the absence of anxiety predominated (49.3%), compared to dysfunctional families where mild anxiety was more common (33.7%). No patients had single-parent status due to adoption. In families where single-parenthood was due to the death of a parent and the family

*Correspondencia:

Ana C. Ceja-Bojorge
E-mail: cecilia0016@gmail.com

Fecha de recepción: 30-11-2024

Fecha de aceptación: 25-06-2025

DOI: 10.24875/GMM.24000416

Gac Med Mex. 2025;161:521-527

Disponible en PubMed

www.gacetamedicademexico.com

0016-3813/© 2025 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

was functional, the absence of anxiety predominated (45%), compared to dysfunctional families, where severe anxiety predominated (35.5%). **Conclusions:** The most common cause of single-parenthood in both groups was divorce/separation. Family functioning influences the level of anxiety, regardless of type of single-parenthood, especially in cases of parental death and forced parenthood.

KEYWORDS: Anxiety. Single-parenthood. Family functionality.

Introducción

En las últimas décadas se han producido importantes cambios en el modelo tradicional de la familia mexicana, y aunque sigue prevaleciendo la familia nuclear están siendo más frecuentes las familias emergentes, como las monoparentales.¹ Estas son mayoritariamente formadas por madres con hijos, representado las madres divorciadas el 77%.² Existen diversas causas de monoparentalismo, entre ellas divorcio/separación, adopción o fertilización asistida, viudez o maternidad/paternidad forzada, principalmente.^{2,3}

El tener un antecedente de separación, divorcio y viudez repercute en la salud mental y física tanto del progenitor como de los hijos de hogares monoparentales, presentando mayores tasas de depresión, ansiedad, sentimiento de abandono, rechazo, inseguridad, baja autoestima e inadaptación personal, escolar y social.⁴ Se establece que los hijos de padres divorciados, en comparación los pertenecientes a familias nucleares, reciben más atención psiquiátrica y psicológica a lo largo de su vida.⁵

Chávez et al.⁶, en un estudio transversal descriptivo de adolescentes ecuatorianos, concluyen que existe una relación entre funcionalidad familiar y menores tasas de depresión, ansiedad y estrés. Por otro lado, Pomares et al.⁷ no encontraron relación entre el funcionamiento familiar y la ansiedad o depresión en adultos mayores cubanos.

En la literatura reciente, la relación existente entre funcionalidad familiar y trastorno de ansiedad generalizada se ha estudiado en adultos con discapacidad,²³ adolescentes²⁴ y niños,²⁰ pero no en familias monoparentales.

Los problemas de salud mental son muy frecuentes en la práctica cotidiana del médico familiar; el 25% del total de los pacientes atendidos en atención primaria presentan algún tipo de trastorno de salud mental.⁸ La prevalencia estimada en México se sitúa alrededor del 30%, aunque con un alto grado de variabilidad que depende de la población en estudio, del ámbito rural o urbano, y de las características del instrumento de detección utilizado.^{4,9}

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes en la población general, entre el 3% y el 11%,¹⁰ y aproximadamente el 25% de los pacientes presentan un trastorno de ansiedad generalizada;¹¹ las mujeres tienen mayor prevalencia, con una relación de 2:1.⁴ Estos trastornos asocian una morbilidad significativa, son crónicos y resistentes al tratamiento. Su prevalencia se reduce en los niveles socioeconómicos altos.^{12,13} Suelen iniciarse durante la adolescencia tardía o las etapas iniciales de la edad adulta.^{7,14} Tienen elevadas tasas de comorbilidad psiquiátrica, ya que el 60% presentan depresión mayor, el 33% alcoholismo, el 21-55% fobia simple y el 15-59% fobia social.^{15,16} El riesgo de suicidio en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada es 30 veces mayor que en la población general.^{2,5}

Material y métodos

Estudio observacional, analítico, transversal y comparativo, aprobado por el Comité Local de Ética en Investigación con registro R-2023-2201-024, que incluyó 440 sujetos pertenecientes a una familia monoparental derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 9. del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo de agosto a noviembre de 2023. El tamaño de muestra se calculó con la fórmula cuyo objetivo es comparar dos proporciones, obteniendo dos grupos de acuerdo con el test de funcionalidad familiar (FF-SIL): familias funcionales y disfuncionales. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron hijos de familia monoparental estricta en cualquiera de las variantes de monoparentalismo, entre 18 y 35 años de edad, que vivieran en el hogar. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de depresión mayor o menor. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, número de hermanos, enfermedades y situación laboral del progenitor, demografía familiar, funcionalidad familiar y trastorno de ansiedad generalizada. Para la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada se utilizó el instrumento GAD-7, el cual consta de siete preguntas puntuables entre 0 y 3 que indican la frecuencia de los síntomas durante las últimas 2 semanas, siendo las

puntuaciones mínima y máxima de 0 y 21, respectivamente, correspondiendo 0 a 4 puntos a ausencia de ansiedad, 5 a 9 puntos a ansiedad leve, 10 a 14 puntos a ansiedad moderada y 15 a 21 puntos a ansiedad grave. Su coeficiente de fiabilidad corresponde a un alfa de Cronbach de 0.92.¹⁷

Para la evaluación del funcionamiento familiar se utilizó el cuestionario FF-SIL, el cual consta de 14 situaciones, correspondiendo dos a cada una de las siete variables que mide el instrumento: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Para cada situación se presentó una escala de cinco respuestas cualitativas, que a su vez tienen una escala de puntos (1 a 4) de acuerdo con su frecuencia. La sumatoria describe el funcionamiento familiar de la siguiente manera: 57 a 70 puntos indica familia funcional y 14 a 56 puntos indica familia disfuncional (engloba el puntaje correspondiente a familia moderadamente funcional, disfuncional y gravemente disfuncional). Su coeficiente de fiabilidad corresponde a un alfa de Cronbach de 0.89.¹⁸ El análisis diferencial se llevó a cabo con la prueba χ^2 de Fisher para variables cuantitativas y con estadística descriptiva para las variables cualitativas, utilizando frecuencias y porcentajes. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 22. Se respetaron los aspectos éticos.

Resultados

La mayor parte de los hijos entrevistados de familias monoparentales fueron mujeres, y estas en su mayoría (71.1%) pertenecen a una familia disfuncional ($p = 0.251$). La edad de los hijos pertenecientes a una familia monoparental disfuncional fue de 18 a 25 años, la cual prevaleció con un 64.7% ($p = 0.141$). El estado civil predominante fue soltero, con el 74.7% ($p = 0.697$). La ocupación fue empleado en el 67.9% ($p = 0.018$) y la escolaridad fue preparatoria/técnica en el 56.2% ($p = 0.001$) (Tabla 1).

La mayor parte de los hijos de familias monoparentales con y sin funcionalidad familiar tenían un máximo de cinco hermanos ($p = 0.154$) y representaron al hijo mayor en ambos grupos ($p = 0.544$) (Tabla 2).

Respecto al progenitor de las familias monoparentales, predominó el sexo femenino tanto en las familias funcionales (83.8%) como en las disfuncionales (87.1%) ($p = 0.543$). Su edad oscila entre 41 y 50 años, 36.6% vs. 39% ($p = 0.178$); habitan en vivienda urbana el 98.4% vs. El 99.2% ($p = 0.377$); su situación laboral es empleado en el 61.8% vs. El 62.2% ($p = 0.911$); y

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con familia monoparental

Variable	Familia funcional (n = 191)		Familia disfuncional (n = 249)		p*
	n	%	n	%	
Sexo					
Femenino	126	66	177	71.1	0.251
Edad					
18-25 años	106	55.5	161	64.7	0.141
26 a 30 años	50	26.2	54	21.7	
31 a 35 años	35	18.3	34	13.7	
Estado civil					
Soltero	144	75.4	186	74.7	0.697
Casado	13	6.8	13	5.2	
Viudo	0	0	1	0.4	
Unión libre	34	17.8	49	19.7	
Ocupación					
Estudiante	23	12	21	8.4	0.018
Empleado	147	77	169	67.9	
Ama de casa	8	4.2	15	6	
Otros	1	0.5	3	1.2	
Estudiante/empleado	12	6.3	39	15.7	
Ninguna	0	0	2	0.8	
Escolaridad					
Primaria	2	1	1	0.4	0.001
Secundaria	50	26.2	67	26.9	
Preparatoria/técnico	84	44	140	56.2	
Licenciatura	47	24.6	41	16.5	
Posgrado	8	4.2	0	0	

*Prueba χ^2 , tomando como significativo $p \leq 0.05$.

su escolaridad máxima terminada fue secundaria en 34.6% vs. El 41% ($p = 0.374$) (Tabla 3).

Entre los sujetos que pertenecen a una familia funcional predominó la ausencia de ansiedad en el 47.1%, frente al 21.7% en los que pertenecen a una familia disfuncional ($p = 0.000$). En los pertenecientes a una familia disfuncional predominó la ansiedad leve en el 31.3%, en comparación con el 25.7% en una familia funcional ($p = 0.000$) (Tabla 4).

En los sujetos cuyo monoparentalismo es por padres divorciados y pertenecen a una familia funcional predominó la ausencia de ansiedad en el 49.3%, en comparación con el 24.7% en una familia disfuncional ($p = 0.000$). En aquellos que pertenecen a una familia disfuncional predominó la ansiedad leve en el 33.7%, frente al 23.2% en una familia funcional ($p = 0.000$). En la muestra no hubo participantes con monoparentalismo por adopción (Tabla 5).

En los sujetos cuyo monoparentalismo es por muerte de un progenitor y pertenecen a una familia

Tabla 2. Características sociodemográficas del progenitor

	Familia funcional (n = 191)		Familia disfuncional (n = 249)		p*
	n	%	n	%	
Sexo					
Femenino	160	83.8	217	87.1	0.543
Edad					
20 a 29 años	1	0.5	0	0	0.178
30 a 40 años	21	11	30	12	
41 a 50 años	70	36.6	97	39	
51 a 60 años	67	35.1	96	38.6	
61 a 70 años	29	15.2	25	10	
71 años y más	3	1.6	0	0	
Vivienda					
Rural	3	1.6	2	0.8	0.377
Urbana	188	98.4	247	99.2	
Situación laboral					
Empleado	118	61.8	155	62.2	0.911
Desempleado	51	26.7	68	27.3	
Jubilado	13	6.8	13	5.2	
Pensionado	9	4.7	13	5.2	
Escolaridad					
Primaria	35	18.3	43	17.3	0.374
Secundaria	66	34.6	102	41	
Preparatoria/técnico	48	25.1	68	27.3	
Licenciatura	26	13.6	24	9.6	
Posgrado	4	2.1	2	0.8	
Ninguna	12	6.3	10	4	

*Prueba χ^2 , tomando como significativo $p \leq 0.05$.

Tabla 3. Relación de hermanos totales e hijo que representa con trastorno de ansiedad generalizada

	Familia funcional (n = 191)		Familia disfuncional (n = 249)		p*
	n	%	n	%	
Hermanos totales					
0 a 5	188	98.4	237	95.2	0.154
6 a 10	2	1	10	4	
11 a 15	1	0.5	2	0.8	
Hijo que representa					
Mayor	68	35.6	82	32.9	0.544
Medio	47	24.6	77	30.9	
Menor	66	34.6	78	31.3	
Hijo único	10	5.2	12	4.8	

*Prueba χ^2 , tomando como significativo $p \leq 0.05$.

funcional predomina la ausencia de ansiedad en el 45%, frente al 11.3% en una familia disfuncional ($p = 0.000$). En aquellos que pertenecen a una familia disfuncional predomina la ansiedad grave en el 35.5%,

Tabla 4. Relación de funcionalidad familiar (FF-SIL) y presencia de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)

Trastorno de ansiedad	Familia funcional (n = 191)		Familia disfuncional (n = 249)		p*
	n	%	n	%	
Pacientes sin ansiedad	90	47.1	54	21.7	0.000
Pacientes con ansiedad leve	49	25.7	78	31.3	
Pacientes con ansiedad moderada	18	9.4	62	24.7	
Pacientes con ansiedad grave	34	17.8	55	22.1	

*Prueba χ^2 , tomando como significativo $p \leq 0.05$.

frente al 12.5% en una familia funcional ($p = 0.000$). En aquellos con monoparentalismo por maternidad/paternidad forzosa y pertenecientes a una familia disfuncional predominó la ansiedad grave en el 37.5%, frente al 33.3% en una familia funcional ($p = 0.301$) (Tabla 5).

Discusión

Se resalta la importancia de esta investigación ya que en los últimos años ha habido una transición en la tipología familiar de la población mexicana, aumentando las «estructuras familiares emergentes», suceso apoyado por De la Revilla,¹⁹ quien halló un incremento significativo de las familias monoparentales del 4.4% al 11.7% entre 1995 y 2005. El Censo de Población y Vivienda de 2020 estableció que, en México, el 18.5% de los hogares familiares son monoparentales, Buitrago et al.⁵ expresan que estos han incrementado un 67% de 1981 a 2012, y Marcas et al.²⁰ señalan que estas familias son el segundo tipo de familia en México.

Respecto al progenitor de las familias monoparentales, en este estudio se encontró un predominio del sexo femenino, con un 85.6% en ambos grupos, y su edad osciló entre 41 y 50 años. Este resultado es similar al reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2014, que expresó que las mujeres encabezaban el 84% de los hogares monoparentales y el jefe de familia se encontraba entre los 30 y los 59 años. Según Buitrago et al.⁵, la categoría de madres solteras ha experimentado un incremento del 299% en la última década, y 9 de cada 10 familias monoparentales tiene una mujer como persona de referencia.

Tabla 5. Relación de disfunción familiar con trastorno de ansiedad generalizada por tipo de monoparentalismo

	Familia funcional (n = 191)		Familia disfuncional (n = 249)		Total	p*
	n	%	n	%		
Padres divorciados						
Sin ansiedad	70	49.3	44	24.7	114	0.000
Ansiedad leve	33	23.2	60	33.7	94	
Ansiedad moderada	12	8.5	44	24.7	56	
Ansiedad grave	27	19	30	16.9	57	
Total	142	100	178	100	321	
Muerte del progenitor						
Sin ansiedad	18	45	7	11.3	25	0.000
Ansiedad leve	11	27.5	16	25.8	27	
Ansiedad moderada	6	15	17	27.4	23	
Ansiedad grave	5	12.5	22	35.5	27	
Total	40	100	62	100	102	
Maternidad/paternidad forzosa						
Sin ansiedad	0	0	2	25	2	0.301
Ansiedad leve	4	66.7	2	25	6	
Ansiedad moderada	0	0	1	12.5	1	
Ansiedad grave	2	33.3	3	37.5	5	
Total	6	100	8	100	14	
Causas diversas						
Sin ansiedad	2	100	1	100	3	0.500
Ansiedad leve	0	0	0	0	0	
Ansiedad moderada	0	0	0	0	0	
Ansiedad grave	0	0	0	0	0	
Total	2	100	1	100	3	

*Prueba χ^2 , tomando como significativo $p \leq 0.05$.

Otros datos acerca del progenitor de las familias monoparentales encontrados en ambos grupos fue que son económicamente activos el 62%, y en el 38% su escolaridad máxima terminada fue secundaria. De acuerdo con los datos del INEGI de 2020, el 54% de los jefes de los hogares monoparentales son económicamente activos y cuentan con educación básica el 6.3% y con un nivel de estudios superior el 13%.

Gómez-Restrepo et al.²¹, en un estudio transversal descriptivo de niños colombianos entre 7 y 11 años, concluyen que existe mayor prevalencia de trastornos mentales en los niños que residen en áreas urbanas que entre los que habitan en el área rural; dato concordante con nuestra investigación, cuya población estudiada reside con mayor frecuencia en dichas áreas en el 98% de los casos.

Respecto a los hijos entrevistados en ambos grupos, la mayor parte (69%) fueron mujeres, el 61% de 18 a 25 años de edad, con predominio de estado civil soltero en el 75%, activos económicamente el 72% y con escolaridad preparatoria/técnica en el 51%. Estos últimos datos se contraponen a lo encontrado por Buitrago-Ramírez et al.²², quienes establecen que los

hijos de familias monoparentales tuvieron inferiores niveles de estudios y mayores niveles de desempleo.

En este estudio, el tipo de monoparentalismo que predominó en ambos grupos fue por divorcio/separación en el 73%.

Este estudio estableció que la funcionalidad familiar influye en el grado de ansiedad del sujeto independientemente del tipo de monoparentalismo. Esta relación entre funcionalidad familiar y trastorno de ansiedad es apoyada por Vargas,²³ quien describió que, más que la estructura familiar, el funcionamiento familiar es el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad y depresión en los miembros de la familia.

Dicha relación ha sido analizada en numerosos estudios con poblaciones distintas de la nuestra, pero las conclusiones son similares. En el estudio realizado por Wang et al.²⁴ con una muestra de 897 pacientes adultos con discapacidad se concluyó que el buen funcionamiento familiar es eficaz para mejorar los niveles de ansiedad y depresión. Un segundo ejemplo es el estudio de Ma et al.²⁵ con una muestra de 1223 adolescentes, que encontró que el funcionamiento familiar puede ser un factor protector de la ansiedad

generalizada. También Hinostroza y Lima,²⁶ en un estudio transversal descriptivo con una muestra de 218 adolescentes, concluyen que, a mayor funcionalidad familiar, menores niveles de ansiedad.

En nuestro estudio, el tipo de monoparentalismo no influyó de manera predominante en el grado de ansiedad de los sujetos, aunque los tipos de familia más influenciados fueron por muerte del progenitor y por maternidad/paternidad forzosa, en los que la ansiedad grave tuvo mayor predominancia. Apoyando esta relación entre funcionalidad familiar y estructura familiar, Pérez et al.¹, en una muestra de 1356 adolescentes, concluyen que el tipo de familia nuclear es el más preparado para afrontar los cambios en cada fase de su ciclo vital, mientras que las familias monoparentales se asocian a otros problemas debido a su origen y a la dispersión familiar que las caracteriza. Dicha relación también es apoyada por Ordoñez et al.²⁷, quienes concluyen que las familias monoparentales están asociadas a disfuncionalidad familiar. Del mismo modo, Saavedra et al.¹², en un estudio transversal descriptivo con una muestra de 220 adultos mayores, encuentran que la familia nuclear es un factor protector para la disfuncionalidad familiar. Por último, Gómez-Restrepo et al.²¹, en un estudio transversal descriptivo de niños colombianos, señalan que pertenecer a una familia monoparental supone mayor riesgo de presentar un trastorno mental (depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

Conclusiones

El tipo de monoparentalismo predominante en ambos grupos fue por divorcio/separación. En la mayoría de las familias monoparentales estudiadas, el progenitor era una mujer. La funcionalidad familiar influye en el grado de ansiedad del sujeto, independientemente del tipo de monoparentalismo. La disfuncionalidad familiar aumenta el grado de ansiedad en todos los tipos de monoparentalismo, pero en mayor medida por muerte del progenitor y por maternidad/paternidad forzosa. Una limitante es la falta de estudio del progenitor de la familia monoparental, lo cual complementaría el estudio actual.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 por el apoyo para la realización de la presente investigación.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Pérez Milena A, Martínez Fernández ML, Mesa Gallardo I, Pérez Milena R, Leal Helming FJ, Jiménez Pulido I. Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997–2007). *Aten Primaria*. 2009;41:479-85.
2. García Campayo J. La importancia de la familia en la aparición de enfermedad psiquiátrica en los adolescentes. *Aten Primaria*. 2007; 39:66-7.
3. Turabián JL, Pérez Franco B, Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Los síntomas en medicina de familia no son síntomas de enfermedad, sino síntomas de vida. *Aten Primaria*. 2012;44:232-6.
4. Latorre Postigo JM, López-Torres Hidalgo J, Montañés Rodríguez J, Parra Delgado M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:85-92.
5. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso MDC, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. *Aten Primaria*. 2014;46:59-74.
6. Chávez A, Anthony I, Lima R. Depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en adolescentes de una unidad educativa de Guayaquil. *Revista Eugenio Espejo*. 2023;17(2).
7. Pomares Avalos A, Pomares Alfonso J, Santiesteban Alejo R, Regal Cuesta V, Vázquez Núñez M. Relación entre el funcionamiento familiar, ansiedad y depresión en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2021;37(2):e1205.
8. Miranda Chueca I, Peñarubia María MT, García Bayo I, Caramés Durán E, Soler Vila M, Serrano Blanco A. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria*. 2003;32:524-30.
9. De La Revilla L, De Los Ríos Álvarez AM, Luna Del Castillo JDD. Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. *Aten Primaria*. 2007;39:305-11.
10. Reig RB. ¿Vivimos en una sociedad cada vez más ansiosa? *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2015;22: 473-4.
11. Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R, Pizarro-Paixa I, Gómez-Lus Centelles S. Influencia de la morbilidad y uso de recursos en pacientes que demandan atención por trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2008;40:603-10.

12. Saavedra González AG, Rangel Torres SL, García De León A, Duarte Ortuño A, Bello Hernández YE, Infante Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Aten Fam.* 2016;23:24-8.
13. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Rodríguez-Bayón A, Ballesta-Rodríguez MI, Mendive JM, Moreno-Peral P. Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria.* 2020;34(Supl 1):20-6.
14. Ricardo GS. Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. *Rev Med Clin Condes.* 2011;22:77-84.
15. Vega Piñero M, Jiménez Treviño L. Trastornos de ansiedad. En: *Los grandes síndromes.* 1ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2011. p. 129-43.
16. Reyes Marrero R, De Portugal Fernández Del Rivero E. Trastornos de ansiedad. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado.* 2019;12:4911-7.
17. Camargo L, Herrera-Pino J, Shelach S, Soto-Añari M, Porto MF, Alonso M, et al. Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y confiabilidad. *Rev Colomb Psiquiatría.* 2023;52:245-50.
18. Ortega Veitia T, De la Cuesta D, Dias C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso. *Rev Cubana Enferm.* 1999;15:164-8.
19. De La Revilla L. Disfunción familiar o crisis de desarrollo en la adolescencia. *Aten Primaria.* 2009;41:485-6.
20. Marcas Vila A, Mariscal Labrador E, Muñoz Pérez MA, Olid Cobos F, Pardo Remesal MJ, Rubio Simón E, et al. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental. ¿Existe tal asociación? *Aten Primaria.* 2000;26:453-7.
21. Gómez-Restrepo C, Aulí J, Tamayo Martínez N, Gil F, Garzón D, Casas G. Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Rev Colomb Psiquiatría.* 2016;45:39-49.
22. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso MC, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria.* 2018;50:83-108.
23. Vargas H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Rev Med Hered.* 2014;25:57-9.
24. Wang B, Yuan D, Zhong X, Yang F, Fu H. Family function, anxiety and depression in adults with disabilities: a network analysis. *Front Public Health.* 2023;11:1181203.
25. Ma R, Zhang Q, Zhang C, Xu W. Longitudinal associations between family functioning and generalized anxiety among adolescents: the mediating role of self-identity and cognitive flexibility. *BMC Psychol.* 2024;12:399.
26. Hinostrza Azúa P, Lima Rojas D. Relación entre funcionalidad familiar y ansiedad estado-rasgo en adolescentes. *Chakiñan.* 2023;(20):112-24.
27. Ordóñez Azuara Y, Gutiérrez Herrera RF, Méndez Espinoza E, Alvarez Villalobos NA, Lopez Mata D, De La Cruz De La Cruz C. Asociación de tipología familiar y disfuncionalidad en familias con adolescentes de una población mexicana. *Aten Primaria.* 2020;52:680-9.