

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**FACTORES DE RIESGO FAMILIARES ASOCIADOS AL DESARROLLO
DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES
LATINOAMERICANOS**

MONOGRAFÍA

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala.

Alba Rocío Recinos Jiménez

Antil Yakin Diego Simón

Carlos Antonio Alejandro Cutzal Panazza

Pablo Gabriel Zelada Castro

Daniela María Rodríguez Porras

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre 2020

El infrascrito Decano y el Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación –COTRAG-, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los estudiantes:

1. ALBA ROCIO RECINOS JIMENEZ	201043562	1948804780308
2. ANTIL YAKIN DIEGO SIMON	201110295	2082110471301
3. CARLOS ANTONIO ALEJANDRO CUTZAL PANAZZA	201110442	2163634970101
4. PABLO GABRIEL ZELADA CASTRO	201119442	2507708730301
5. DANIELA MARÍA RODRÍGUEZ PORRAS	201210005	2441790690101

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA, titulado:

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES LATINOAMERICANOS

Trabajo asesorado por la Dra. Lucia Elizabeth Moreno Chamo y revisado por la Dra. María Alejandra Monterrosa Soberanis, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el nueve de octubre del dos mil veinte



Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador



Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
DECANO

Vo.Bo.
Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
Decano

El infrascrito Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que los estudiantes:

1. ALBA ROCIO RECINOS JIMENEZ	201043562	1948804780308
2. ANTIL YAKIN DIEGO SIMON	201110295	2082110471301
3. CARLOS ANTONIO ALEJANDRO CUTZAL PANAZZA	201110442	2163634970101
4. PABLO GABRIEL ZELADA CASTRO	201119442	2507708730301
5. DANIELA MARÍA RODRÍGUEZ PORRAS	201210005	2441790690101

Presentaron el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA, titulado:

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES LATINOAMERICANOS

El cual ha sido revisado y aprobado como profesora de esta Coordinación: Dr. Junior Emerson Jovián Ajché Toledo y, al establecer que cumplen con los requisitos establecidos por esta Coordinación, se les AUTORIZA continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General. Dado en la Ciudad de Guatemala, el día veinte de octubre del año dos mil veinte.



"ID Y ENSEÑAR A TODOS"


Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador

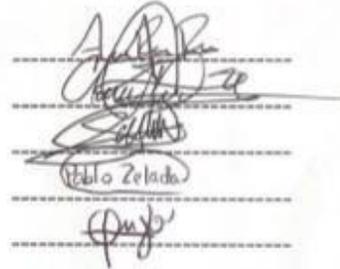
Guatemala, 14 de octubre del 2020

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinador de la COTRAG
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotros:

1. ALBA ROCIO RECINOS JIMENEZ
2. ANTIL YAKIN DIEGO SIMÓN
3. CARLOS ANTONIO ALEJANDRO CUTZAL PANAZZA
4. PABLO GABRIEL ZELADA CASTRO
5. DANIELA MARÍA RODRÍGUEZ PORRAS



Handwritten signatures of the five authors over horizontal lines.

Presentamos el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA titulado:

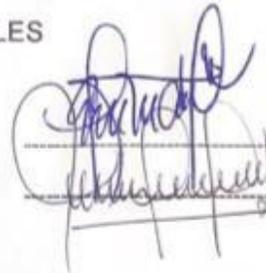
**FACTORES DE RIESGO FAMILIARES ASOCIADOS AL DESARROLLO
DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADOLESCENTES LATINOAMERICANOS**

Del cual la asesora y la revisora se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES

Asesora: Dra. Lucia Elizabeth Moreno Chamo

Revisora: Dra. María Alejandra Monterrosa Soberanis
Reg. de personal 20140450



Handwritten signatures of the two reviewers over horizontal lines.

Dra. Lucia E. Moreno de Orozco
MSc. Psiquiatría
Colegiado No. 16,545

María Alejandra Monterrosa
Médica y Cirujana
Col. 16,616



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores, es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresados en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala y, de las otras instancias competentes, que así lo requieran.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos manifestar nuestro agradecimiento a Dios por el maravilloso regalo de la sabiduría e inteligencia. A la Tricentennial Universidad de San Carlos de Guatemala por la oportunidad que nos brinda de prepararnos profesionalmente, a nuestros padres por confiar en nosotros y darnos las herramientas para salir adelante.

No ha sido fácil el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor y su bondad, hemos logrado alcanzar nuestra meta, por lo que hacemos presente nuestro afecto y agradecimiento a nuestras familias.

ÍNDICE

Introducción	i
Planteamiento del problema.....	i
Objetivos.....	vii
Metodología	viii
Contenido temático	
CAPÍTULO 1. Salud mental en la salud pública	1
CAPÍTULO 2. Ansiedad y depresión en el adolescente.....	4
CAPÍTULO 3. Factores familiares	14
CAPÍTULO 4. Análisis	31
Conclusiones	34
Recomendaciones	35
Referencias bibliográficas	36
Anexos.....	45

PRÓLOGO

El propósito de esta monografía es describir los factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión y ansiedad en los adolescentes latinoamericanos.

La monografía se divide en cuatro capítulos; el primero enfatiza en la importancia de la salud pública para el abordaje de la salud mental en la adolescencia, dado que la es considerada como “la segunda ventana de oportunidad” del ciclo de la vida de las personas. En el segundo capítulo, se profundiza en los elementos conceptuales alrededor de las afecciones en mención. El tercero hace la descripción de los principales factores asociados al desarrollo de depresión y ansiedad en los adolescentes, especialmente los relacionados con el contexto familiar. En el cuarto capítulo se realiza el análisis de la información presentada en los capítulos anteriores. Por último, se presentan las conclusiones y recomendaciones.

La elaboración de este trabajo monográfico es el producto de gestionar información a través de la revisión exhaustiva y metodológica de materiales bibliográficos, seguidos del análisis y síntesis de esta. Se tomaron en cuenta distintos tipos de bibliografía en los idiomas español e inglés en las cuales se exponen diferentes puntos de vista, incluyendo las conclusiones de los autores mediante el desarrollo del tema.

Por: Dra. Maria Alejandra Monterroso

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo desarrollar los principales factores de riesgo familiares que vulneran a la población adolescente para el desarrollo de enfermedades mentales como lo son la depresión y ansiedad. La importancia de este tipo de estudio radica en el problema que está enfrentando la población al desarrollar estos padecimientos, cerca de 300 millones de personas padecen depresión a nivel mundial¹, la mayoría sin darse cuenta inicia en la adolescencia, momento crítico del desarrollo humano, siendo aproximadamente el 20% de este grupo etario¹.

Además del reto que tiene salud pública para ayudar en la prevención de las enfermedades mentales, y el mayor problema que deriva de estas, el suicidio, que representa la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años.¹ Especialmente el reto que se tiene en el contexto latinoamericano, ya que el estigma relacionado a la salud mental está demasiado arraigado en este tipo de sociedad; además del flagelo de violencia e inseguridad que la región ostenta desde hace décadas, los cuales han llegado a niveles críticos que involucran el desarrollo económico, la cohesión social y el ejercicio de los derechos humanos.² Recordando así que la familia juega un rol importante al fomentar la inteligencia emocional a lo largo de la vida infantojuvenil del ser humano, contribuyendo de manera esencial en la adquisición de habilidades sociales necesarias para el pleno desenvolvimiento del mismo³, es de suma importancia estar conscientes y poder identificar los riesgos dentro de la misma, así como sus consecuencias fatales pero prevenibles.

En este mismo contexto, Guatemala se encuentra en muy parecidas condiciones sociales, económicas, políticas y culturales de países vecinos latinoamericanos. Así, resultados demuestran que el 61.6% de guatemaltecos viven en condiciones de pobreza multidimensional.⁴ Esto se da a consecuencia de múltiples razones que azotan cotidianamente, y desde hace mucho tiempo, a la población de dichos países, incluyendo a la población guatemalteca. Ya sea por una cuestión de corrupción en los gobiernos, la misma que genera pobreza y así mismo miedo y violencia entre sus habitantes; mismos infortunios que acechan a las familias guatemaltecas o latinoamericanas en general, en la mayoría de ocasiones provocando un ambiente hostil para el desarrollo óptimo de un ser humano en desarrollo, ocasionando, como se había mencionado previamente, graves consecuencias en la salud mental de todos los integrantes de la familia, incluyendo niños y adolescentes.

El incremento en los últimos años de violencia, inseguridad y crimen en los países de esta región se explica por un enlace de múltiples causas interconectadas que se retroalimentan; la

existencia de diversas manifestaciones de violencia en los ámbitos público y privado crean, así, entornos propicios para la aparición de formas graves y generalizadas de violencia.² Siendo esta misma uno de los principales factores de riesgo familiares que se desarrolla a lo largo de esta investigación. En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud declaró a la violencia como un problema de salud pública, pues además de ser un factor de riesgo de diversas enfermedades y dolencias, está determinada por múltiples interacciones sistemáticas de carácter biológico, psicológico y social.⁵

Así pues, dicha violencia y pobreza en el entorno del individuo lo llevan a la inevitable búsqueda de mejores oportunidades, una de las soluciones más frecuentes en el contexto latinoamericano es el de la migración, sobre todo del tipo ilegal, o “irregular”. El ejemplo más evidente de migración ilegal es aquella que se da hacia Estados Unidos, donde existen más de 11 millones de residentes irregulares.⁶ De este modo, los padres de familia se ausentan para así poder beneficiar a su familia, empero, dicha ausencia física se ve acompañada muy frecuentemente por distanciamiento emocional. Propiciando así, tierra fértil para el desarrollo de problemas en la salud mental del hijo del migrante.⁶

Es así como esta investigación se ve compuesta por varios ejes, en la primera parte, dicese del primer capítulo, se desarrolla la importancia que tiene el Estado y salud pública en la salud mental del ciudadano, especialmente el adolescente, explorando los derechos que tiene este, y las obligaciones que debería tener el Estado para con el ciudadano. En el segundo capítulo, se exponen y desarrollan los trastornos depresivos y ansiosos en la población adolescente, incluyendo cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. Por último, en el tercer eje principal se despliegan los factores de riesgo familiares que promueven el desarrollo de los padecimientos previamente mencionados.

De este modo, tras una búsqueda exhaustiva entre literatura, mayormente, del ámbito de la psicología, psiquiatría y ciencias sociales, se hallan diversos factores de riesgo familiares, entre los más estudiados y mencionados a lo largo de la historia de las ciencias relacionadas a la salud mental humana, se logran encontrar los siguientes: estructura, cohesión y dinámica familiar, pobreza, migración y violencia intrafamiliar. Estos son los factores de los cuales se logra recabar más información valiosa y con peso científico, respondiendo así al objetivo principal de esta investigación: “Desarrollar los principales factores de riesgo familiares que provocan depresión y ansiedad en adolescentes latinoamericanos de 12 a 17 años, según la literatura científica de los últimos 10 años”. Utilizando descriptores de ciencias de la salud (DesC) y encabezados de temas médicos (MeSH), así como palabras clave para la búsqueda como: factores de riesgo, depresión,

ansiedad, adolescentes, familia, violencia, entre otros. Así también, contestando la pregunta principal, llegando a conclusiones y realizando un análisis de lo encontrado.

Por lo que esta investigación trata de aportar información valiosa y concreta para las autoridades locales, y así mismo a los médicos que se encuentran prestando sus servicios desde la atención primaria de salud o aquellos especializados en medicina familiar, ya que este tipo de atención es el primer y más cercano contacto con la familia como esfera humana; por lo que se lograría identificar individuos vulnerables o sensibles a desarrollar padecimientos no sólo físicos, sino también mentales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del problema

En la actualidad, la depresión y ansiedad son padecimientos que afectan mundialmente a la población, sin discriminación de edad, raza, género, religión o clase social.¹ Los adolescentes se ven especialmente afectados, puesto que se encuentran en una etapa crítica de desarrollo biopsicosocial, encontrándose así vulnerables a ciertos factores de riesgo en su entorno que propician el desencadenamiento de trastornos depresivos y/o ansiosos.

Los tipos de trastornos ansiosos son de la patología psiquiátrica con tasas más altas de prevalencia en los adolescentes, aproximadamente afectando al 9-21% de la población general.⁷ La sintomatología ansiosa está relacionada con alteraciones químicas cerebrales, así como de componentes hereditarios y con frecuencia precipitados por ambientes estresantes.⁸ De igual forma, se ha demostrado que el inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos es de comienzo temprano, durante las primeras décadas de vida; aproximadamente uno de cada cinco adolescentes experimenta un cuadro depresivo antes de los 18 años.⁹

Así mismo, la familia tiene un papel sumamente importante para proveer un entorno en donde el adolescente puede desarrollarse adecuadamente, siendo el canal primario para la transmisión de valores y tradiciones de una generación a otra.¹⁰ Por lo que es relevante saber identificar los principales factores de riesgo en la familia que propicien este tipo de trastornos mentales. Así, se ha observado que 40.5% de adolescentes que presentaban sintomatología depresiva provenían de una estructura familiar monoparental.¹¹ A su vez, se ha llegado a plantear que la causa de depresión no es la desaparición precoz de la madre o padre, sino la carencia de cuidados y atención indispensable para el desarrollo correcto.¹²

Igualmente, numerosos estudios han intentado determinar el impacto de variables sociodemográficas en el desarrollo del niño y el adolescente, y en concreto algunos de ellos analizan el impacto de la pertenencia a una determinada clase social en el desarrollo, debido a que se trata de una característica permanente a lo largo de mucho tiempo.¹³ En Guatemala, país en vías de desarrollo, se estima que el acceso a salud y por ende salud mental la brecha es superior al 75%, es decir que 3 de cada 4 personas con trastorno mental no reciben tratamiento adecuado.¹⁴

En este mismo contexto, América Latina es escenario de intensos procesos migratorios que han ido transformando las sociedades e incorporando nuevas características. En Ecuador,

por ejemplo, se realizó una investigación específicamente para la aplicación de terapia grupal en adolescentes con síntomas depresivos, hijos de padres migrantes, el 55.9% presentaban distintos niveles de depresión entre leve, moderada y grave.¹⁵ Aunque la salud y los derechos de los trabajadores migrantes se reconocen como una prioridad en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU, la salud de los hijos de migrantes se ha pasado por alto en gran medida en investigación y política.¹⁶

Aunado a lo anterior, la violencia doméstica o intrafamiliar es otro factor influyente en el desarrollo de trastornos psicológicos en los adolescentes. Este tipo de violencia incluye el maltrato infantil, maltrato hacia la pareja, abuso entre hermanos, hacia personas mayores, en fin, cualquier acto u omisión intencional entre individuos del ámbito familiar capaz de producir un daño físico, psicológico o patrimonial.¹⁷ Por otra parte, estudios señalan que los adolescentes inmersos en hogares violentos suelen presentar una menor competencia social y un menor rendimiento académico que aquellos adolescentes provenientes de familias no violentas; además de promedios más altos en medidas de ansiedad, depresión y síntomas traumáticos.¹⁸

Por lo tanto, debido a que estas afecciones mentales conducen a intentos de suicidio en la población joven, y que cada suicidio es una tragedia que afecta a familias y comunidades, teniendo efectos duraderos sobre ellos; al llevar a cabo esta investigación, se pretende, principalmente, responder la pregunta “¿Cuáles son los principales factores de riesgo familiares que provocan depresión y ansiedad en adolescentes latinoamericanos de 12 a 17 años, según la literatura científica de los últimos 10 años?”.

Delimitación de problema

Este estudio pretende revisar evidencia basada en literatura científica publicada en los últimos diez años en los países latinoamericanos sobre factores de riesgo familiares para desarrollar depresión y/o ansiedad en adolescentes de 12 a 17 años. Se elige a países latinoamericanos ya que su contexto social, económico y político es parecido al de Guatemala, más que países de primer mundo como Norteamérica o Europa. Así también, se toma como referencia los últimos diez años de literatura relacionada con el tema, puesto que se pretende realizar un análisis de datos actualizados de la situación.

Preguntas de investigación

¿Cuáles son los principales factores de riesgo familiares que provocan depresión y ansiedad en adolescentes latinoamericanos de 12 a 17 años, según la literatura científica de los últimos 10 años?

OBJETIVOS

Objetivo general

Desarrollar los factores de riesgo familiares que provocan depresión y/o ansiedad en adolescentes latinoamericanos de 12 a 17 años, según la literatura científica de los últimos diez años.

Objetivos específicos

1. Interpretar el papel que juega la estructura familiar en el desarrollo de depresión y/o ansiedad en los jóvenes.
2. Establecer el impacto psicológico que tiene el nivel socioeconómico familiar sobre la salud mental de los adolescentes.
3. Demostrar las consecuencias psicológicas transgeneracionales que la violencia intrafamiliar posee.
4. Analizar el rol de la migración de padres sobre los estados depresivos y/o ansiosos de los adolescentes.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de esta investigación, el tipo de monografía fue de compilación, así mismo, se recurrió a utilizar el diseño de tipo exploratorio. La información recopilada y analizada tuvo mayormente un enfoque cuantitativo para que, así, las conclusiones tuviesen mayor validez.

En cuanto a los descriptores utilizados para la búsqueda de información, de los que mayormente se logró extraer información valiosa fueron los siguientes DeCS: “depresión adolescentes”, “ansiedad adolescentes”, “factores familiares depresión adolescentes”, “factores familiares ansiedad adolescentes”, “familia adolescentes depresión ansiedad”, entre otros. Entre los MeSH se fueron los siguientes: “anxiety adolescent”, “depression adolescent”, “family risk factors depression”, “adolescent mental health”, “family anxiety adolescent”. Así también, entre los conectores lógicos se mencionaron: AND, OR, NOT.

Los artículos que eran encontrados bajo dichos descriptores pasaron un riguroso proceso mediante criterios de inclusión, tomando en cuenta su actualidad, la cual debía ser de los últimos diez años. Se incluyeron aquellos estudios de diseño transversal y longitudinal analíticos, casos y control, cohortes, con enfoque cuantitativo, como se había mencionado previamente. La población objetivo en los artículos debía pertenecer al grupo etario adolescente entre 12 a 17 años, de origen latinoamericano. De igual forma, se extrajo información de aquellos que se encontraban en idioma español o inglés.

También fue importante tomar en cuenta que los artículos se vieses respaldados por autores que fuesen expertos en el tema, entre dichos profesionales se encontraron psiquiatras y psicólogos experimentado en los tópicos de esta monografía. Así mismo, los artículos y estudios encontrados se veían respaldados por universidades, revistas y hospitales de alta reputación y credibilidad. Igualmente, se verificó que las referencias bibliográficas de dichos artículos fueran de alta calidad, válidas y con un nivel de evidencia altos; al mismo tiempo que se revisaba el nivel de evidencia y recomendación de los artículos per se, en su mayoría tratando que fuesen de 1ª a 4, y en su mayoría grados de recomendación entre A a C.

Los motores de búsqueda más utilizados fueron PubMed, MEDLINE y Google Scholar. Entre las bibliotecas virtuales consultadas se pueden mencionar las siguientes: Biblioteca virtual de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Biblioteca y Centro de documentación “Dr. Julio de León Méndez” Facultad de Ciencias Médicas, Scielo, entre otras. Las revistas en su mayoría fueron del campo de psiquiatría, psicología, salud pública y ciencias sociales.

CAPÍTULO 1. SALUD MENTAL EN LA SALUD PÚBLICA

SUMARIO

- Estado y salud mental infanto-juvenil
- Salud mental en la Constitución de Guatemala

Antes de ahondar en los factores de riesgo familiares que propician depresión y ansiedad en los adolescentes, es necesario recalcar la importancia que tiene la salud pública en estas afecciones. Por lo tanto, en este capítulo se describirá la función que tiene el Estado como principal actor institucional de la salud pública, ya que sus objetivos son, mayoritariamente, de naturaleza colectiva y de mérito social.

1.1 El Estado y la salud mental infanto-juvenil

La salud integral es un tema institucional de importancia en la salud pública, la cual es una respuesta a la problemática de salud-enfermedad que se presenta en la población mundial, en el sentido del concepto de integridad y para que este se cumpla, es necesaria la incorporación de políticas de salud mental a las acciones previamente establecidas respecto a salud general en el país.¹⁹⁻²⁰ La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud -OMS, como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, pudiendo este, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, además de ser capaz de hacer una contribución a su comunidad.²¹

En Guatemala los problemas de salud mental no son conocidos a profundidad, sin embargo estos se presentan como una mezcla de diversos sufrimientos psicosociales colectivos, los cuales no solo provienen de problemas propios, sino de una serie de eventos traumatizantes a los cuales se ve expuesto el niño y el adolescente, tales como; pobreza, marginalidad, violencia social, cultural e intrafamiliar, así como una situación de inseguridad en aumento; además de problemas propios de enfermedades mentales, tales como trastornos del ánimo, trastorno de la personalidad, trastornos neuróticos, esquizofrenia y abuso de sustancias.²²

La Salud Mental Infanto-Juvenil tiene una razón de ser en la medicina Preventiva, esto debido a que la mayor parte de trastornos mentales en el adulto inician en la niñez y la adolescencia, problemas que tienen buen pronóstico con un adecuado y oportuno abordaje temprano. Sin embargo, este tema no se aborda dado que se considera que la familia es la única responsable del niño y del adolescente y se excluye a la sociedad de dicha responsabilidad.

1.2 Salud mental en la Constitución guatemalteca

Respecto a la epidemiología de los trastornos mentales en Guatemala, desafortunadamente no existen datos exactos, esto debido a que los sistemas de registro no los toman en cuenta para el control epidemiológico; sin embargo, según la OMS, aproximadamente el 20% de la población infantil y adolescente en Guatemala sufren de algún trastorno que requiere del apoyo o la intervención de los servicios de salud mental, y con lo cual sufren de estigma social y discriminación.²⁰ Los principales problemas de salud mental en la población adolescente en Guatemala son ansiedad, depresión, irritabilidad, agresividad, timidez, aislamiento, problemas de conducta, conflictos con la autoridad, trastornos del sueño y enuresis.^{19.}

La constitución política de Guatemala en su Artículo 51 establece que “el Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos, les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social; en el artículo 93 indica que “el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna” y el artículo 94 establece que el “Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes, desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social”. Por lo anteriormente establecido y en el ámbito de la salud integral. En 1984 se crea el departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por el acuerdo Gubernativo No. 741-84, sin embargo no es sino hasta el año 2000 que se diseña el “Plan Nacional de Salud Mental”, el cual tiene como propósito la descentralización de los servicios de salud, así como la extensión de cobertura y el fomento de la salud integral de la familia.¹⁹ Guatemala cuenta con una política de salud mental, la cual fue revisada en 2008.¹⁹⁻²⁰

La última revisión de los planes de salud mental en Guatemala se realizó en el año 2009, el cual contiene los siguientes componentes: Organización de servicios, equidad de acceso de los diferentes grupos a servicios de salud mental, monitoreo y mejoramiento de la calidad de los servicios. Dentro de los ejes estratégicos de la política de salud para la adolescencia y la juventud, se contemplan como eje integral, la salud integral y diferenciada, teniendo como principal objetivo procurar la salud integral, garantizando así el bienestar biopsicosocial, respetando sus calidades de género, etnia, cultura y lengua, para su desarrollo.^{19,22} En este sentido cabe destacar que los Recursos Humanos del MSPAS dedicados actualmente a la salud mental, son insuficientes, puesto que únicamente el 4% de la formación para los médicos en Guatemala, está dedicado a salud mental.²²

Por lo anteriormente expuesto, la salud pública tiene un gran impacto en la prevención del desarrollo de trastornos psiquiátricos, tales como la ansiedad y depresión, temas principales de este estudio. Guatemala no es la excepción en cuanto a leyes que se han promulgado en pro de la salud mental infanto-juvenil, sin embargo, como es evidente, tanto en este país como en la mayoría de países latinoamericanos se ve un incumplimiento de parte del Estado de los programas y leyes que se tienen para velar la salud íntegra de todos los ciudadanos, incluyendo aquella de los adolescentes. Esto se logra evidenciar en el aumento cada vez mayor de trastornos mentales que existe entre los jóvenes según estudios previamente mencionados, así como otros que se mencionarán a lo largo de esta investigación. Por lo que es menester que se cumplan las leyes gubernamentales y programas destinados a fortalecer la salud mental de forma colectiva y sobre todo pública de todos los ciudadanos, de forma especial, en los adolescentes, ya que estos se encuentran en un momento oportuno de diagnóstico y tratamiento temprano. En el siguiente capítulo se profundizará en la ansiedad y depresión, específicamente en la población etaria del presente estudio.

CAPÍTULO 2. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL ADOLESCENTE

SUMARIO

- Ansiedad, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento
- Depresión, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento
- Consecuencias de una salud mental dañada

Previo a indagar los factores de riesgo familiares para el desarrollo de ansiedad y depresión en adolescentes, se pretende dar una descripción de estos padecimientos en dicho grupo etario. Se mencionará así la definición actual que se tiene de estos, su cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. También se considera de suma importancia hacer énfasis en las posibles consecuencias al no tratar o siquiera diagnosticar estos trastornos mentales en una de las etapas del ser humano tan crítica, como lo es la adolescencia.

2.1 Ansiedad:

Los trastornos de ansiedad son definidos como problemas de salud mental que se caracterizan por la presencia en exceso de miedo a situaciones que no representan ningún peligro real, nerviosismo, preocupación o terror.²² Esta entidad engloba un espectro amplio de trastornos, tales como, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, fobia específica, entre otros²².

Estos tipos de trastornos ansiosos son de la patología psiquiátrica con tasas más altas de prevalencia en los adolescentes, aproximadamente afectando al 9-21% de la población general. Este tipo de cuadro ansioso se presenta aún más cuando el adolescente se encuentra en un contexto con alta tensión, ya que los cambios biológicos, sociales y cognoscitivos traen algunos riesgos para la aparición de psicopatologías.²² A pesar que es un padecimiento común en la población general, con frecuencia pasa desapercibido, sin identificarse ni tratarse. Se debe dejar claro, entonces, que la sintomatología ansiosa está relacionada con alteraciones químicas cerebrales, así como de componentes hereditarios y con frecuencia precipitados por ambientes estresantes.²³

En el año 2016 la asociación Colombiana de psiquiatría publicó un artículo denominado²⁴ “trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, encuesta nacional de salud Mental 2015”, en el cual se estudió la prevalencia trastornos mentales en la población de edad entre 12 a 17 años, evidenciando que el 5% de la población estudiada presentaba algún trastorno de ansiedad.

En el mundo se utilizan dos clasificaciones para diagnosticar los trastornos mentales, una es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición texto revisado

(DSM-IV-TR), y otra son los Criterios Diagnósticos de Investigación de la Clasificación Internacional de las enfermedades en su décima edición, en la sección de Trastornos Mentales (CIE-10).²³ La CIE-10 considera que los trastornos emocionales infantojuveniles son: ansiedad de separación, hipersensibilidad social, ansiedad fóbica y trastorno de rivalidad con los hermanos.²⁵

Por otro lado, la DSM-IV incluye para este grupo etario solamente el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno reactivo de la vinculación. El resto de trastornos ansiosos se delimitan según el diagnóstico sindrómico como tal, que viene siendo el mismo para niños, adolescentes y adultos. Clasificándolos así de la siguiente manera: ²³

- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)
- Trastorno de ansiedad por separación (TAS)
- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- Trastorno de angustia (TA)
- Fobia específica (FE)
- Fobia social (FS)
- Trastorno por estrés post-traumático (TEPT)

2.1.1 Etiopatogenia de la ansiedad

Asimismo, los trastornos de ansiedad, como otros trastornos psiquiátricos, son explicados mediante el modelo causal de vulnerabilidad-estrés. Según este, la persona podría mostrar una serie de factores predisponentes o de riesgo para la presentación de este tipo de trastornos, desencadenados por otros tipos de factores. Entre los factores predisponentes se puede mencionar aquellos de origen genético y constitucional, el temperamento propio del individuo, los estilos parentales (la sobreprotección o excesivamente punitivos), acontecimientos vitales estresantes y ambientes sociales desfavorables (grandes adversidades, económicas o de condición de vida, etc.).²⁵

Está demás entendido que existen factores familiares que influyen en los problemas conductuales en la infancia, en el 2019 un artículo publicado en Ecuador²⁴, en el cual se estudian factores familiares y escolares que influyen en los problemas de conducta y de aprendizaje en los niños, en el estudio participaron 12 niños y adolescentes, dentro de los resultados se evidencia que la familia favorece el desarrollo infantil y/o contribuyen al mantenimiento e intensificación de los problemas mentales, las etiquetas sociales, los métodos coercitivos, y los estilos parentales negligentes y autoritarios, tienen una incidencia mayormente negativa sobre el comportamiento de los evaluados. Con lo cual queda en evidencia que la familia influye en el

desarrollo de problemas mentales, especialmente en los extremos, tanto los permisivos como los autoritarios, por lo cual es de suma importancia buscar el equilibrio a la hora de educar.

2.1.2 Cuadro clínico de ansiedad en el adolescente

La identificación de la ansiedad en la población infantojuvenil puede llegar a ser difícil, pues, a veces, son expresiones exageradas o temporalmente inadecuadas de lo que se considera una reacción normal y adaptativa, ya que sentimientos como el miedo, ansiedad y tristeza ocurren normalmente en algún momento del desarrollo humano. Las manifestaciones son diversas y en ocasiones confusas como: quejas físicas variadas, rechazo de ir a la escuela, resistencia de ir dormir, hiperactividad, oposicionismo, apego excesivo a los padres o cuidadores, entre otras.²⁵

Como se mencionaba con anterioridad, la ansiedad patológica consiste en una sensación de malestar intenso, sin causa objetiva justificante, viéndose acompañada de sentimientos de aprensión. La persona con este trastorno, teme volverse loca, morirse o realizar un acto incontrolable. Las respuestas ansiosas incluyen tanto síntomas cognitivos como somáticos, característicos de la activación del sistema autónomo como: piloerección, inquietud psicomotriz, tensión física, sensación de muerte inminente, etc.²⁵

Así, los efectos a largo plazo de dichos síntomas persistentes son variados y de consecuencias casi irreparables, pues pueden encaminar daños en el desarrollo del autoconcepto del individuo, en la autoestima, en las funciones interpersonales y por consecuencia en la adaptación social. Los adolescentes suelen describir su ansiedad con palabras como miedo, tensión, rabia, nerviosismo; así mismo pueden llegar a presentar comportamientos disruptivos o antisociales.²⁵

2.1.3 Diagnóstico de ansiedad

En la actualidad, el diagnóstico de los trastornos de ansiedad es clínico, a pesar de que se han desarrollado instrumentos de medida en forma de escalas y entrevistas diagnósticas, aunque las mismas pueden servir de apoyo al tratante. Estas escalas autoaplicadas y entrevistas no logran diferenciar entre los múltiples y diversos trastornos de ansiedad, ni entre la sintomatología ansiosa y depresiva; pueden tener utilidad al momento de evaluar los cambios que ha producido la terapia psicológica en el individuo.²⁵

Además, se han de considerar otras enfermedades médicas que cursan con síntomas ansiosos como las enfermedades cardiovasculares, feocromocitoma, hipo e hipertiroidismo, enfermedad de Cushing, de Wilson, epilepsia, esclerosis múltiples, asma o asimismo, el consumo de ciertos fármacos (bloqueantes de canales de calcio, broncodilatadores, estimulantes alfa

adrenérgicos, esteroides, teofilina) o el abuso de sustancias (alcohol, opiáceos, cocaína, cafeína, anfetaminas, etc.). Así también, la asociación entre síntomas ansiosos y depresivos es importante, ya que esta incrementa con la edad.²⁵

2.1.4 Tratamiento de los trastornos de ansiedad

El tratamiento de los trastornos ansiosos se basa en la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia y el asesoramiento a la familia. Al momento en que estas medidas fracasan, debe plantearse el tratamiento farmacológico, aunque su evidencia científica sea de carácter limitado. El plan terapéutico debe tomar en cuenta la naturaleza del trastorno ansioso, la edad del paciente, el tiempo de evolución, la gravedad, el desarrollo cognoscitivo, los estilos educativos de los padres, así como las características del medio familiar.²⁶

De este modo, cuando el trastorno de ansiedad es poco intenso y de corta evolución podría ser suficiente la psicoterapia y el asesoramiento a los padres del mismo. Las técnicas cognitivo-conductuales consisten en la desensibilización sistemática, el modelado, administración de contingencias, la inundación por medio de exposición imaginada, y relajación. Los fármacos utilizados en el tratamiento son antidepresivos y ansiolíticos. Sin embargo, como se mencionaba anteriormente, no se ha llegado a una conclusión definitiva respecto a los criterios de prescripción ni a su eficacia.²⁶

2.2 Depresión en el adolescente

Según el DSM-IV la depresión se define como un trastorno del estado anímico en el que predomina el humor disfórico, síntomas físicos, afectivos y emocionales tales como: irritabilidad, insomnio, falta de concentración, pérdida de interés o insatisfacción en todas o casi todas las actividades. Se han realizado estudios,²⁷ demostrando que el inicio de la mayoría de trastornos psiquiátricos son de comienzo temprano, durante las primeras décadas de vida. Aproximadamente uno de cada cinco adolescentes experimenta un cuadro depresivo antes de los 18 años. En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en Ciudad de México, se reportó que el 10.5% de los adolescentes entre 12 y 17 años presentaron resultados para depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II.²⁸

En el año 2017 en Colombia se publicó un artículo de investigación titulado “Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos”,²⁹ en dicha investigación se evaluó a adolescente entre los 13 y 17 años, evidenciando que el 9% de la población presentó algún síntoma de depresión moderada o severa y el 30% de los voluntarios presentaban un alto nivel de ideación suicida.

En Guatemala, según el informe de la OMS en el año 2015 sobre trastornos depresivos y de ansiedad, se informa que en la población guatemalteca existe una prevalencia del 3.7% de algún trastorno depresivo, sin embargo, Guatemala no cuenta con tantos estudios sobre estos trastornos. En el año 2016 se realizó un estudio sobre “caracterización epidemiológicas y motivacionales del intento de suicidio en adolescentes y adultos en el hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa”.²⁴

Dentro de los resultados se evidencia que la población comprendida entre los 14 a 18 años el 100% presentaba algún grado de depresión y ansiedad, siendo el 74.1% depresión muy severa. En el año 2017 se realizó un estudio de “Depresión y ansiedad en Adolescentes”,²⁴ en el cual se evaluaron adolescentes de educación básica y diversificada de diferentes municipios del departamento de Santa Rosa, donde se identificó que el 23.7% de los evaluados presentaban sintomatología sugestiva de depresión, siendo el sexo femenino el más afectado por esta sintomatología.

2.2.1 Etiopatogenia

Las teorías psicológicas tienden a dividir los factores en dos polos: uno endógeno, que propone que el comportamiento está determinado por factores internos o biológicos, y otro exógeno, explicando ese mismo comportamiento por factores externos o ambientales. En el adolescente se ha identificado que los sucesos de vida estresantes influyen en el inicio y desarrollo de sintomatología depresiva, estos se originan frecuentemente de situaciones personales, familiares y económicas que alteran las actividades normales que tendría que tener el individuo para un desarrollo adecuado.³⁰

Ambos polos, disponen de un carácter determinista al localizar la causa de manera excluyente, ya sea en lo biológico o ambiental. Sin embargo, se recomienda tener un enfoque integrador de ambas posturas, y al hacerlo, examinar todos los factores en el paciente como individuo único. Si bien es cierto que se debe tener un carácter integrador al momento de tratar al paciente, esta investigación solamente está basada en los factores familiares, puesto que de otro modo la misma sería muy extensa, además se considera que este tipo de factores tienen un lugar importante en el desarrollo de depresión, se profundizará sobre este tema en los siguientes capítulos.

2.2.2 Cuadro clínico depresivo

La depresión es un trastorno habitualmente recurrente, que causa alteración en el estado anímico, de carácter triste o depresivo, acompañado frecuentemente de ansiedad, además pueden darse otros síntomas como la sensación de vacío, desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del sueño y apetito, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de incapacidad y culpa, ideación de muerte o suicidio, además de síntomas somáticos diversos. Afectando así, las diversas modalidades en el campo afectivo, somático, cognitivo y conductual.³¹

Los síntomas de depresión en el adolescente son: aburrimiento, nerviosismo, fatiga, falta de concentración, hipocondría, agresividad, conducta sexual anárquica, problemas escolares, autodestructividad, tendencias masoquistas y predisposición a los accidentes. Así, suele suceder un infra diagnóstico de la depresión en los adolescentes, debido a la interpretación de la variabilidad de los estados anímicos tomados como cambios hormonales propios de la etapa.³¹

2.2.3 Diagnóstico de depresión en adolescentes

Según el DSM-IV, el diagnóstico de depresión infantojuvenil se basa en los mismos criterios que los adultos, exceptuando que el adolescente tiende mayormente a expresar su tristeza en forma de irritabilidad. Por su parte, la CIE-10 establece los trastornos depresivos en función de dos criterios: la severidad sintomática y la posibilidad de ciclar o no. De este modo, establece dos categorías básicas: el episodio depresivo mayor, y los trastornos bipolares I y II, también mencionando una tercera categoría englobando sintomatología depresiva asociada a otras causas como alguna enfermedad médica, consumo de sustancias y otros estados no específicos.³¹

2.2.4 Tratamiento

Se debe tomar en cuenta que cualquier tratamiento se prescribe en función de la severidad sintomática, de la rapidez de sus efectos y de la moderación de los efectos secundarios. El tratamiento de elección para un trastorno depresivo leve será una terapia psicológica durante 8 a 12 semanas, siendo basada en la terapia cognitivo/conductual, familiar e interpersonal. En casos de depresión moderada o grave se recomienda una terapia integral y combinada (psicológica y farmacológica).³¹

Se ha establecido que para la depresión mayor en adolescentes en fase de tratamiento farmacológico, se debe tratar con venlafaxina y no con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como se solía pensar, ya que en la actualidad parece mostrar un aumento de pensamientos y acciones suicidas en la población infantojuvenil. Si la depresión tiene un componente ansioso es recomendada la amitriptilina.³¹ Sin embargo es fundamental recordar

que se debe individualizar cada caso en particular, así mismo establecer patrones familiares para que la terapia sea realmente íntegra.

2.3 Consecuencias de una salud mental dañada en la adolescencia

En virtud de lo anterior, hay diversas consecuencias cuando no se logra realizar un diagnóstico y tratamiento temprano de los trastornos depresivos y ansiosos en el adolescente, este queda vulnerable a la exclusión social, la estigmatización, discriminación, dificultades educativas, mala salud física, comportamientos de riesgo y violaciones de los derechos humanos.³² A continuación se mencionaran dos consecuencias, el suicidio y el consumo de sustancias, ya que la drogadicción es uno de los caminos más rápidos hacia el suicidio, y se considera que estos están altamente interconectados.

2.3.1 Suicidio

Según la organización mundial de la salud anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. El suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países. Este hecho se puede llevar a cabo a cualquier edad. En el año 2016 el Suicidio representó la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo, y actualmente se encuentra en aumento en la población adolescente³³

El suicidio es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. En el año 2016, más del 79% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos, sin embargo el porcentaje restante se presentos en países de ingresos mediano-alto, evidenciando que el suicidio no distingue raza, sexo o estatus económico, sin embargo si se presenta en mayor porcentaje en aquellas sociedades marginadas.³³

Este un problema de suma importancia en la salud pública; esto debido a que es un problema prevenible mediante intervenciones oportunas. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral.

En Guatemala, en los últimos cinco años se han presentado aproximadamente 2,261 suicidios, siendo el método más utilizado el envenenamiento, seguido del ahorcamiento y el arma de fuego; el 74 por ciento de estos han ocurrido en hombres; el 43 por ciento de los suicidiosocurren en la vivienda.³⁴

A su vez, el suicidio, podría estar afectando a miles más de los que se logran registrar, ya que, si se tiene en cuenta que por cada suicidio existen muchas más tentativas, pensar en lo que está sucediendo actualmente con la juventud latinoamericana, teniendo en cuenta los datos anteriormente discutidos, ponen al descubierto un escenario escalofriante y desalentador

respecto a la falta de atención que se le ha dado a la salud mental de este gran grupo poblacional en riesgo; teniendo en cuenta el crecimiento vegetativo positivo en la población mundial, este problema solo crecerá cada vez más si no se le atiende de inmediato mediante programas de salud mental dirigido a los jóvenes.

2.3.2 Consumo de sustancias psicotrópicas

Así, las conductas suicidas, los síntomas depresivos y el consumo de sustancias psicoactivas potencialmente adictivas, son de los problemas que mayor impacto causan en la salud pública mundial, singularmente en los jóvenes, así como la proporción de consumo de psicótopos ha ido en aumento entre los jóvenes en los últimos años.³³ En 2015 el porcentaje de jóvenes que había consumido sustancias psicoactivas en el último año fue: alcohol un 76,8%; tabaco un 31,4%; cannabis un 25,4%; cocaína 2,8%, y menos de 1% otros tipos de drogas ilegales.³⁵

Entre las personas que se inyectan drogas, el uso de sustancias como el alcohol, sedantes-hipnóticos y cannabis, parece estar asociado con una mayor probabilidad de suicidio posterior. Según Aharonovich³⁵, las personas con dependencia de sustancias e historia de depresión tienen mayor riesgo de cometer tentativas suicidas, con independencia de si la depresión había ocurrido antes o durante el abuso de sustancias. Otros tipos de trastornos del humor muestran la misma tendencia, por ejemplo, los pacientes con trastorno bipolar y abuso de alcohol tienen un mayor riesgo de suicidio, según afirma Dalton.³⁵

Razón por la cual se considera de gran importancia señalar este tipo de nexos y comportamientos relacionados la mayor cantidad de veces posible para que se puedan tomar las medidas pertinentes para salvaguardar a la población y reducir los riesgos de exposición, con lo cual se podrán reducir las estadísticas de mortalidad, lo que abre la puerta a nuevas oportunidades de desarrollo personal y humano a nivel mundial, ya que todas las vidas que se han perdido y pierden actualmente, con la intervención adecuada, podrían convertirse en invaluables recursos humanos dentro de la sociedad, asunto que es de extrema importancia, sobre todo en Latinoamérica; donde se encuentran múltiples deficiencias en todos los aspectos sociales, las cuales se verían enormemente beneficiadas de recursos humanos competentes y sensibilizados respecto a los aspectos influyentes en el desarrollo de sintomatología depresiva y su asociación con el consumo de sustancias psicotrópicas.

El consumo de sustancias entre jóvenes y adolescentes representa un importante problema de salud que se relaciona con lesiones y accidentes graves, discapacidad, trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos, ideación y conducta suicida,

conductas sexuales de riesgo, entre otros. Se trata de un problema de salud pública que se ha incrementado de manera considerable en los últimos años.

Reportes internacionales realizados en escuelas de educación secundaria indican que hasta 46% de los estudiantes de uno y otro sexo consumen sustancias de abuso, el alcohol, la marihuana y los inhalables son las sustancias de mayor consumo por este grupo de edad; además, se reporta que hasta 12% de éstos reúne criterios de dependencia.³⁶

Por ejemplo, en México los indicadores epidemiológicos reportan que el consumo de sustancias entre los adolescentes se ha incrementado. Según la Encuesta Nacional de Adicciones más reciente,³⁷ el consumo de alcohol tuvo un incremento importante al pasar de 35.6% en 2002 a 42.9% en 2011. Asimismo, el consumo de drogas ilegales ha mostrado un aumento significativo desde 2002. De manera similar al panorama internacional, el alcohol (43.3%), la marihuana (23.7%) y los inhalables (22.2%) fueron las sustancias ilegales de mayor consumo entre los adolescentes en ese país de latinoamérica.³⁸

Por otra parte, entre los adolescentes hay más consumidores hombres que mujeres, a razón de 7 hombres por cada tres mujeres. Según la Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes, realizada en una muestra de 3005 adolescentes de la Ciudad de México,³⁶ 4.2% de los hombres y 2.5% de las mujeres cumplieron criterios de trastornos por consumo de sustancias. Sin embargo, a pesar de que en los hombres el consumo es mayor, las encuestas han demostrado que el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en mujeres adolescentes ha aumentado significativamente a través de los años, lo que también representa un incremento de mujeres que padecen trastornos por consumo de sustancias y de sus solicitudes de tratamiento ambulatorio y residencial.³⁷

Existen múltiples factores de riesgo en el inicio del consumo de sustancias, así como de la aparición de un trastorno por consumo de las mismas. Entre éstos destacan factores individuales, familiares y medioambientales. Asimismo, se identificaron estrategias para la detección temprana, orientación y referencia a tratamiento integral, conocidos como SBIRT (de sus siglas en inglés de Screening, Brief Intervention, Reference to Treatment).³⁹

Los trastornos por consumo de sustancias, así como otros trastornos mentales, son comunes y a menudo persistentes, y muchos emergen en la vida temprana; sin embargo, se ha dado menor atención a estos padecimientos en niños y adolescentes en comparación con los adultos, aunque éstos son la principal causa de discapacidad en adolescentes.⁴⁰

Los problemas biopsicosociales más relacionados con el consumo de sustancias reportados en la bibliografía científica son: lesiones y accidentes que pueden causar muerte o

discapacidad, deserción y bajo rendimiento escolar o laboral, violencia familiar, conducta antisocial, eventos traumáticos, otros trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, etc.), ideación y conducta suicidas, conductas sexuales de riesgo y consumo intravenoso de sustancias que, a su vez, incrementan el riesgo de contagio por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC), complicaciones vasculares, daño hepático, distintos tipos de cáncer y en adolescentes embarazadas consumidoras pueden generarse alteraciones congénitas, como teratogénesis y síndrome alcohólico fetal.³⁸

Como se expuso en el párrafo anterior, puede observarse que múltiples factores de riesgo tales como deserción y bajo rendimiento escolar o laboral, violencia intrafamiliar, etc, descritos como algunos de los más influyentes para el inicio del consumo de sustancias psicoactivas y otras conductas de riesgo, están presentes en gran porcentaje dentro de la población de riesgo en latinoamericana.

Por lo anteriormente expuesto, es claro que el padecimiento de estos trastornos psiquiátricos en los adolescentes es importante y tiene gran peso en los costos personales, sociales, culturales y económicos de la sociedad en la que se habita. Es fundamental entonces, identificar los factores que pueden llegar a desencadenar depresión y ansiedad en el joven grupo etario, como ya se ha mencionado, estos factores son de diversa índole, en esta investigación se enfatizará solamente en los factores de origen familiar, puesto que la familia es el primer contacto de socialización que tiene el ser humano, y donde en la mayoría de ocasiones se unifican varios factores que la afectan, afectando a su vez al adolescente en desarrollo, por lo que en el siguiente capítulo se describirán este tipo de factores de riesgo.

CAPÍTULO 3. FACTORES FAMILIARES

Sumario

- Crisis familiares
- Dinámica familiar
- Nivel socioeconómico
- Violencia intrafamiliar
- Migración en la familia.

En este capítulo se aborda el tema principal, el cual se enfoca en los principales factores familiares que influyen en el desarrollo de trastornos mentales en el adolescente. Se define lo que representa la familia en la sociedad moderna, la composición y dinámica de esta misma, así como las diferentes situaciones que vulneran la estabilidad de la familia y por consiguiente ponen en riesgo la estabilidad emocional de los adolescentes.

3.1 Tipos de familia

La familia es la más antigua de las instituciones humanas, constituyendo uno de los elementos claves para la comprensión y funcionamiento de la sociedad. A través de ella, la comunidad provee de miembros, además de prepararlos para cumplir satisfactoriamente el papel social que les corresponde; siendo el canal primario para la transmisión de valores y tradiciones de una generación a otra. También ha sido considerada un espacio que permite a cada individuo, de forma integral, coexistir, crecer y compartir con otras personas valores, creencias, normas, tradiciones, comportamientos, conocimientos, experiencias y afectos que resultan indispensables para su pleno desarrollo en la sociedad.¹⁰

Indudablemente, como lo plantea Planio y Ripert (2002) “La familia es un sistema autónomo, pero al mismo tiempo, es interdependiente, no tiene la capacidad para autoabastecerse por sí sola, necesita de la sociedad y ésta a la familia, porque su retroalimentación hace posible su permanencia”, de allí la importancia de su protección jurídico-social. Idealmente, la familia debería proporcionar a todos sus miembros de cuidados y protección, así como compañía, seguridad y una adecuada socialización.¹⁰

Más allá de un solo tipo de familia o una “familia ideal”, existen muchos tipos de familia que representan así diversas formas de crecer, convivir y relacionarse con otros seres humanos. Cada una de ellas, atendiendo a criterios estructurales, funcionales, relacionales o conflictivos,

interactuando así de forma única con su medio, haciendo a cada familia más sensible y proclives a determinadas situaciones y circunstancias.

Hasta la actualidad se han establecido las siguientes composiciones familiares, según Sánchez (2011): ⁴¹

- Nuclear/biparental: Establece unos límites más estrechos y definidos, donde se incluyen ambos progenitores y/o hijos, los miembros suelen convivir en el hogar familiar sin más parientes.
- Monoparental: Compuesta por un solo progenitor. Las causas que llevan a esta composición se deben a la separación o divorcio del matrimonio, la viudedad de uno de los cónyuges o ser madre/padre soltero. La mayoría de las familias monoparentales están compuestas por el progenitor femenino, el otro progenitor puede o no tener contacto con ellos.
- Reconstituida: Constituye aquella en la que los progenitores forman una nueva familia, donde al menos uno de ellos incluye un hijo de la relación anterior.
- Parientes próximos: Se refiere a una familia nuclear a quien se incorpora un pariente de forma temporal, este tipo se puede observar con frecuencia en las familias migrantes.
- Ampliada: Formada por una familia nuclear a quien se le incorpora un nuevo miembro (pariente o no), de forma permanente.
- De complementación o suplencia: Este tipo de familia surge después de las nuevas leyes jurídicas del acogimiento familiar y la adopción. Se caracterizan por atender y cuidar a niños que mantienen con los adultos diversas formas de relación legal y educativa. Son aquellos grupos familiares con o sin hijos biológicos, que conviven y se ocupan de niños o adolescentes que no son hijos de ningún miembro de la pareja.
- Extensa: Incluye a otros parientes aparte de los padres e hijos. Los abuelos, tíos, primos, todos son parte del mismo hogar. Incluye otros grados más amplios de parentescos, extendiéndose, al menos, a tres generaciones.
- Pareja del mismo sexo: Con o sin hijos biológicos o adoptados; son minoritarias, pero hay tendencia a aumentar.

Vinculado a lo anterior, Renzo (2018) observó que 41.4% de adolescentes que presentaban sintomatología depresiva, el tipo de estructura familiar se asociaba con niveles de depresión variables; de modo tal que una estructura familiar nuclear se asocia a niveles menores de depresión y estructuras familiares monoparentales (40.5%), reconstituidas (29.3%) o sin la presencia de sus padres, presentan asociaciones significativas con sintomatología depresiva. ⁴²

Así mismo, se ha planteado la medida en que la estructura familiar influye en los indicadores de satisfacción reportada por familias, un estudio realizado en 2016 por Castro muestra resultados sugiriendo que la satisfacción con la pareja, hijos, así como con el aspecto laboral, es significativamente superior en estructuras familiares formadas por matrimonios en comparación con las estructuras provenientes de uniones libres o convivencias.⁴³ Dicha satisfacción influye así en el comportamiento y lazos afectivos que se crean entre padres e hijos, afectando el desarrollo psicológico de estos últimos.

Dichos resultados son consistentes con los hallazgos de Pliego (2012), quien concluyó tras analizar 351 publicaciones académicas de 13 países democráticos, para el 84.9% de los 3318 casos analizados, las personas casadas presentaban un “bienestar mayor y significativo” en comparación con sus pares viviendo en unión libre.⁴⁴

Los resultados de los estudios previamente mencionados se pueden relacionar a una mayor carga y responsabilidad que llevan las familias monoparentales que aquellas otras familias donde la carga se encuentra repartida entre dos o más adultos responsables. De igual forma, si el Estado asumiera la responsabilidad de aportar el apoyo social oportuno hacia aquellas familias que se encuentran sobrecargadas estas no desarrollarían niveles altos de estrés psicológico, por lo tanto, los adolescentes que se encuentran coexistiendo dentro de ellas no se verían afectados.

3.1.1 Funciones de la familia

A lo largo de la historia, las familias han sufrido diversos cambios en su estructura, sin embargo, las funciones básicas y vitales que tiene sobre sus miembros han seguido ciertos patrones. Así, la familia puede ser un sistema de garantía de niveles de estabilidad emocional, social, económica y educativa, donde se aprende a dialogar, se adquieren valores, se asumen derechos y deberes con el objetivo de socializar, principal función de la familia.

Esencialmente se pueden distinguir cinco funciones familiares básicas.⁴¹ La función biológica que tiene la familia se considera una de las más primitivas y básicas, consistiendo en la reproducción sexual para perduración de la especie humana. Otra de las funciones importantes es aquella educativa-socializadora, la socialización es aquel proceso mediante el cual se inculca la cultura a los miembros de la sociedad, en este caso, a los hijos de los progenitores, transmitiéndoles de una generación a otra, hábitos, sentimientos, valores, conductas y normas.

Asimismo, dentro de las funciones más conocidas, se encuentra aquella de naturaleza económica, como bien es de suponer, en esta se satisfacen necesidades de vivienda, salud, alimento, vestido, entre otros. También se menciona la función protectora, que consiste en aportar la estabilidad emocional suficiente, así como afecto y confianza entre los miembros, creando así

un ambiente agradable de apoyo que propicie la resolución de problemas familiares internos y externos. Por último, pero no menos importante, la función afectiva crea y desarrolla vínculos afectivos, reforzando las relaciones tanto sociales como familiares.⁴¹

De manera que, el desvío de estas funciones supondría la configuración de estructuras marginales que pondrían a la familia en situaciones de vulnerabilidad.⁴² Sin duda, el desequilibrio en alguna de las esferas de las funciones que la familia tendría que cumplir provoca inestabilidad entre los individuos que la componen, vulnerando el desarrollo íntegro de los mismos, especialmente en aquellos que se encuentran en periodos críticos de su desarrollo tanto físico como psicológico.

3.1.2 Familias en riesgo social

Luego de haber definido lo que es la familia, así como su estructura y las funciones básicas que pretende cumplir, es pertinente puntualizar aquellos hogares que se encuentran en riesgo social. Se entiende como situación de riesgo social, aquellas circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia facilita la probabilidad de desarrollar un problema determinado en una persona o comunidad. Implícitamente conlleva una situación de vulnerabilidad, las probabilidades de padecer daños pueden brotar en aquellos sujetos que concentren mayores factores de riesgo. Casas (1998), establece la siguiente clasificación.⁴¹

- Crisis familiares cuya base radica en dificultades de carácter material o físico; el paro continuo, o una enfermedad grave o larga pueden llevar a una crisis. Familias que tienen recursos humanos limitados son más vulnerables a estas situaciones (familias monoparentales o sobrecargadas de responsabilidades); al no recibir apoyo social se generan sentimientos de exclusión y aislamiento, desencadenando así problemas cada vez más graves como depresión, alcoholismo, drogas, prostitución, etc.⁴⁵
- Crisis que se originan de relaciones conflictivas con el entorno social circundante: prejuicios por ser parte de una minoría, etiquetaje social o estigma (ser considerado ex-presidiario, drogadicto, portador de enfermedades contagiosas, etc.),⁴⁶ llevando a la marginación social. Además se tiene que considerar también a aquellos entornos donde domina la violencia o formas de vida estresantes o delictivas, por su aporte al malestar psicológico, individual o familiar.
- Crisis cuya raíz se encuentra en el conflicto dentro del sistema familiar; todo tipo de violencia o abuso intrafamiliar, físico, psíquico o sexual que dejan secuelas en sus miembros. Estas crisis puede que se repitan de forma regular o incluso crónicamente.⁴⁵

Añadiendo a la clasificación de Casas, Sánchez Ramos (2011) señala otros indicadores de vulnerabilidad relacionados que generan situaciones de riesgo:⁴¹

Desde la perspectiva familiar, la monoparentalidad ya sea por fallecimiento, separación o abandono tiene gran peso en cuanto al estrés psicológico que esta genera por la sobrecarga que se mencionaba anteriormente, considerándose así uno de los indicadores de vulnerabilidad. Así mismo, las familias nucleares con menores, cuyos adultos responsables son los abuelos o personas de la tercera edad. Entre otros indicadores se menciona las rupturas familiares traumáticas, provocando así el quiebre en los roles de sus integrantes, incitando al desequilibrio familiar. Las enfermedades crónicas que afectan la armonía familiar, minusvalía de los progenitores y ambientes conflictivos.

3.1.3 Dinámica familiar

Al haber mencionado ya los riesgos y vulnerabilidad por las que puede pasar el adolescente durante su vida familiar, no se puede dejar de mencionar la importancia que tiene la dinámica familiar en estos individuos. El funcionamiento familiar es definido como la dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia; mide el cumplimiento de las funciones básicas familiares mediante dimensiones de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, participación, afectividad y adaptabilidad. De la funcionalidad o disfuncionalidad derivada de dichas relaciones depende el grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de los integrantes de la familia.⁴⁵

Tal como lo demostró Hinojosa-Gastelú et al en 2011, en un estudio realizado a 152 escolares de 13 a 15 años, para determinar la asociación entre la dinámica familiar y manifestaciones de depresión en dichos escolares; utilizando el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs para identificar manifestaciones de depresión y el APGAR familiar para la evaluación de dinámica familiar. Este último instrumento mencionado fue creado por el médico familiar, Dr. Smilkstein, en el año 1978; proponiendo la aplicación de la prueba como un instrumento para los médicos de atención primaria, diseñado para el uso potencial en personas de distintos estratos socioeconómicos y diferentes contextos culturales.⁴⁵

En dicho estudio, se encontró que el tipo de familia predominante en adolescentes con síntomas depresivos era la del tipo nuclear, sin embargo los resultados fueron proporcionales al porcentaje mayor de este tipo de familia en la sociedad actual. Por otro lado, se encontró relación entre el nivel de pobreza y manifestaciones de depresión; esto es confirmado por Symonds (1939), quien sostiene que “la depresión es más frecuente en familias de nivel socioeconómico

bajo, ya que la atmósfera predominante es de sobrecarga, pesimismo donde la desesperanza halla un terreno sumamente abonado.⁴⁵

Por el contrario, Minuchin y Montalvo se oponen a la idea que la pobreza es sinónimo de desorganización, y clasifican a las familias en desventaja social bajo dos categorías:⁴¹

- Familia aislada: caracterizada por nexos de relación entre los miembros débiles o inexistentes, límites poco definidos y permeables, escasa implicación emocional y déficit en la autonomía.
- Familia enmarañada: caracterizada por la estrecha relación entre sus miembros; los intentos de alguno de ellos por cambiar provocan una rápida resistencia complementaria por parte de los demás. Así presentan dificultades en el desarrollo de la individualidad, derivadas de la dificultad que encuentran los miembros para distanciarse de la familia.

A su vez, se ha llegado a deducir que la causa de depresión no es la desaparición precoz de la madre o padre, sino la carencia de cuidados y atención indispensable para el desarrollo correcto.⁴⁵ En Perú, otros estudios han señalado que los jóvenes que provienen de familias con niveles adecuados de cohesión familiar tienen mayores niveles de felicidad; que los adolescentes con estado depresivo presentan menor ajuste psicosocial, independientemente del género o de su condición económica.⁴⁷ Así mismo, en otro estudio en Arequipa, Perú, se encontró que jóvenes con una cohesión familiar tipo desligada y separada, presentaban puntajes más altos de alexitimia.⁴³

3.2 Factor socioeconómico

Desde la perspectiva socioeconómica, los indicadores de vulnerabilidad incluyen aquellos en donde los miembros básicamente no tienen seguridad para el sustento diario. Entre estos se pueden mencionar el endeudamiento familiar; la dependencia de ayuda social, en el caso de tenerla, puesto que la mayoría de latinoamericanos no cuentan con ella; trabajos informales, de los cuales abundan en América Latina ya que son muchos los individuos sin formación profesional, generando dificultades para acceder al mercado laboral digno.

El nivel socioeconómico influye de gran manera en la salud mental de los miembros de la familia. Puesto que es evidente que una situación económica desfavorable marca la vida de aquel individuo que se encuentra pasando por una de las etapas más críticas que forman la base de su personalidad para su vida adulta.

Numerosos estudios han intentado determinar el impacto de variables sociodemográficas en el desarrollo del niño y el adolescente, y en concreto algunos de ellos analizan el impacto de

la pertenencia a una determinada clase social en el desarrollo, debido a que se trata de una característica permanente a lo largo de mucho tiempo. El nivel socioeconómico se puede definir como la capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país.⁴⁸

La mayoría de los estudios sociológicos relacionan el estado de salud de la comunidad y de los individuos con su nivel socioeconómico. Desde este punto de vista, la clase social está determinada por la ocupación del padre, madre y/o encargado de la familia, y esta afecta las creencias, valores y estilos de vida, además de contribuir a los macrosistemas que afectan al desarrollo.⁴⁹ El nivel socioeconómico es ampliamente relevante en la salud física y mental de las comunidades debido a que esta determina el entorno físico en el que vive el niño, su vecindario, el acceso a los servicios de salud, la composición de su alimentación, prácticas educativas de sus padres y del mismo niño, estabilidad y el número de integrante en la familia.⁵⁰

El nivel socioeconómico en Guatemala ha sido marcado especialmente por 4 clases o grupos siendo estos: pobreza extrema, pobreza, clase media y clase alta. Según el estudio Niveles socioeconómicos en Guatemala presentado por representantes de la Unión Guatemalteca de Agencias de Publicidad (UGAP) esta clasificación ha aumentado a 7 grupos o estratos.⁵¹ Guatemala, país en vías de desarrollo, con un grueso de la población en condiciones de pobreza y extrema pobreza, se estima que el acceso a salud y por ende salud mental la brecha es superior al 75%, es decir que 3 de cada 4 personas con trastorno mental no reciben tratamiento adecuado.⁵²

En Guatemala, la información disponible muestra que uno de cuatro guatemaltecos mayores de 18 años, ha padecido al menos un trastorno mental en su vida y en general, solamente el 2.3% de la población guatemalteca ha consultado con algún profesional en salud (según la Encuesta Nacional de Salud Mental, USAC, 2010) por emociones o problemas de salud mental. En términos generales los trastornos de ansiedad constituyen el grupo de trastornos más frecuente que afecta a la población guatemalteca, mientras que los trastornos del humor ocupan el segundo lugar, afectando a un 8% de la población, siendo en este grupo los trastornos depresivos los más comunes.⁵²

Un nivel socioeconómico bajo conlleva a tener más posibilidades de padecer depresión, según Sánchez Hernández, quien precisa que este trastorno repercute a nivel personal y físico: problemas académicos e interpersonales, ansiedad, tendencia al aislamiento, apatía insomnio, irritabilidad o inclusive sentirse culpables. Por lo que es probable que estas consecuencias se extiendan hasta la edad adulta.⁵³ No solamente se observa en Guatemala ya que estudios evidencian que factores socioeconómicos se asocian a la depresión en Latinoamérica, por lo que

es uno de los factores influyentes en la adolescencia por la cual pueden llegar a padecer de depresión.

La pobreza aumenta la vulnerabilidad de los individuos, se ha visto que, en los hogares con mayor nivel de pobreza, los padres desatienden más a sus hijos, ya que tienen que trabajar o porque sus limitaciones culturales, les impiden valorar la importancia de su rol como padres, por lo que repercute en la conformación de un apego inseguro y desorganizado en sus hijos, esto conlleva a tener variedad de desórdenes afectivos en etapas posteriores de su desarrollo.⁵⁴ Investigaciones ponen de manifiesto una mayor frecuencia de conductas coercitivas, punitivas o disciplinarias en este medio, los padres recurren más a los castigos físicos que al entendimiento y la negociación.

Así mismo, se puede afirmar que la pobreza disminuye la capacidad de adoptar un rol de padre consistente y cuidadoso, esto debido a que estos padres también han vivido con limitantes y carencias afectivas, y como consecuencia viven con la angustia constante de ser juzgados como incapaces y de ser separados de sus hijos.⁴⁹ El conjunto de aflicciones generadas tanto por la incapacidad de los padres por proveer económicamente a la familia y por el hecho de que los adultos perciben que todo en sus vidas esa regido por circunstancias exteriores, conllevan a la perturbación de la relación padre-hijo y esto predispone a los niños y adolescentes al desarrollo de patologías mentales quien piensa que solo puede buscar atención de manera negativa y desarrolla así una hiperactividad irracional y por consiguiente aparece una conducta antisocial.

Según Peters y Massey (1983) y Indblad-Goldberg y Dukes (1985), la mayor parte del estrés en la vida proviene de las limitaciones permanentes que deben tolerarse cotidianamente, así mismo la cantidad de servicios y su accesibilidad juegan un papel de suma importancia para las personas de medios desfavorecidos.⁴⁹

3.2.1 Hacinamiento

El hacinamiento está conceptualizado desde el mundo occidental en términos estructurales: número de personas por pieza de dormitorio. Para los pueblos indígenas, y dependiendo del contexto territorial, los resultados de este indicador pueden ser más bien una constatación de sus formas de vida. Así, por ejemplo, en algunas comunidades cada familia extensa posee dos viviendas, una gran construcción que sirve como dormitorio y otra reservada a las faenas domésticas y la preparación de los alimentos. El hacinamiento adquiere, sin embargo, otras connotaciones en el medio urbano, sobre todo por sus implicancias para la salud. En virtud de las pautas culturales de algunos pueblos indígenas, las diferencias pueden ser importantes cuando se desagrega la información según condición étnica y áreas geográficas.⁵³

El hacinamiento familiar es un fenómeno que se ha vuelto muy común en las ciudades y este se debe a que es cada vez es mayor la cantidad de gente que se concentra en estos espacios, como lo es también lo es debido a la situación económica que se encuentra la familia, éste factor puede provocar daños a la salud, como enfermedades físicas o mentales y alteraciones en el desarrollo de la personalidad, principalmente en los adolescentes.⁵⁴

Según un estudio Realizado en Chile, a nivel general, un 7,1 % de los hogares chilenos tiene algún nivel de hacinamiento, concentrándose este fenómeno en la población migrante, lo que lo hace aún más evidente dado las altas tasas de inmigración que presenta este país actualmente (Rojas and Silva, 2016). De acuerdo a la CASEN 2015, un 44 % de los hogares hacinados se ubica en el quintil de más bajos ingresos. Adicionalmente, un 21,4 % de los hogares cuyo jefe de hogar no nació en Chile presenta algún tipo de hacinamiento.⁵⁵

Se ha documentado la existencia de factores asociados al hacinamiento que afectan directamente la salud mental, como es el caso de la depresión en adolescentes. En esta última dimensión, los síntomas depresivos son una patología sumamente relevante a analizar ya que de acuerdo a la OMS, la depresión es la principal causa mundial de discapacidad. Según datos de esta misma organización, hay alrededor de 850.000 personas mayores de 15 años con depresión diagnosticada, siendo este país el cuarto a nivel regional con mayor prevalencia de esta enfermedad (World Health Organization (WHO), 2017).⁵⁵ Sin mencionar el resto de Latinoamérica, que de igual forma se encuentran en la misma situación que Chile.

En Guatemala, de acuerdo a información del Fondo Guatemalteco de Vivienda (FOGUAVI), existe un déficit de vivienda en un millón 220 mil 207, de tal manera que los sectores Excluidos son los que carecen de un lugar digno para vivir, lo que repercute en distintos aspectos de su desarrollo y en la falta de oportunidades para su superación, de esa cifra se desprende el déficit cuantitativo de vivienda, conocido como la situación “donde el ciudadano carece absolutamente de una vivienda”, el cual representa un 39%, es decir 475 mil 703 personas.⁵⁶

Uno de los hallazgos interesantes es que cuando se cuenta con un mayor número de hermanos se ha asociado con la depresión en los adolescentes, mientras que, en otros estudios, el número de hermanos ha ejercido un rol protector frente a otros factores de riesgo como son la conducta antisocial.⁵⁷ Por lo que el hacinamiento juega un papel importante en la aparición de sintomatología depresiva. “Ana Velia Muñoz Gallegos, docente de la Unidad Académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), aseguró que el aumento en las condiciones de hacinamiento trae consigo el aumento del estrés y de enfermedades, como la ansiedad y la depresión, así como violencia física y sexual o incesto”.⁵⁸

Existen factores en cuanto a vivienda y hacinamiento que tienen un impacto en la salud mental de los adolescentes, tales como la relación interpersonal que hay entre las personas que viven en un espacio determinado con ciertas características, la cantidad de personas que viven en una casa, la cantidad de ambientes en vivienda y el espacio de cada uno de estos, esto debido a que no se cuenta con la privacidad y el espacio necesario para desenvolverse de una manera adecuada, aunque cada persona es distinta, existe ciertas repercusiones, esto debido a que los espacios vitales se reducen y las familias comparten casas en las que el número de habitaciones no dan ni para dormir de manera individual; y por lo mismo repercutirá en el estado de salud mental.

Por último, cabe mencionar que, en el área rural y el área marginal de las grandes ciudades latinoamericanas, los índices de hacinamiento son mayores, correlacionando lo anterior con otros factores de riesgo para el padecimiento de enfermedad física y por ende enfermedad mental.⁵⁹

Como bien explica diversos estudios y censos acerca de las condiciones de vida y de hogar de las familias a nivel latinoamericano, se evidencia que el hacinamiento se da principalmente en regiones rurales o en las periferias de ciudades importantes, donde los ingresos económicos son bajos y las familias numerosas. En Guatemala si bien es parte del modelo de casa en el área rural donde se identifica que las casas se componen de ambientes grandes en los cuales ubican área para cocina y comedor y otra área en la cual duermen los integrantes de la familia.

También al ser familias numerosas el tamaño de la construcción influye en determinar si es hacinamiento o no, el cual influye directamente en la predisposición a padecer enfermedades infecciosas, especialmente de tipo respiratorio o gastrointestinal. Además, en lo que nos atañe, la falta de privacidad del individuo puede llevar a afectar a nivel psicológico o emocional, especialmente en la pubertad y adolescencia, ya que en esta etapa ocurren grandes cambios tanto físicos como emocionales en cada individuo, haciendo que desee estar por momentos en solitario, y no lograrlo puede llegar a afectar su estado emocional.

Sin duda el factor económico influye en la calidad de vida de cada individuo del planeta. En Latinoamérica gran porcentaje de la población vive en pobreza o pobreza extrema, esto derivado de corrupción y estados fallidos, donde la clase empresarial y política se han unido a manera de hundir cada vez más a sus países en la miseria. Guatemala no es excepción a la regla, donde si bien el poder adquisitivo ha ido en incremento, la brecha entre pobres y ricos no ha tenido cambios significativos.

Al poner en contexto lo anterior, a mayor poder adquisitivo, mayor presupuesto para gastos de salud por familia. Sin embargo, si bien se atiende la salud física, la salud mental y/o psicológica es poco priorizada o atendida. Además en países como los latinos, donde los programas para higiene mental gubernamentales son precarios, donde impera la violencia y se le pone poca atención a los trastornos mentales, es innegable que su población no goce de buena salud mental.

Por lo anterior, se puede mencionar que el nivel socioeconómico es un determinante directo sobre la calidad de vida del ser humano, ya que al haber estabilidad económica esta se traduce en acceso a vivienda digna, educación, servicios de salud y por ende a salud mental, además de una mejor crianza por parte de los padres, correlacionando esto con un nivel educativo más alto. Lastimosamente en Guatemala y el resto de Latinoamérica, los índices de pobreza y pobreza extrema se han mantenido estables, teniendo pequeñas variantes a lo largo de la última década, contabilizando 182 millones de personas en pobreza y 63 millones en pobreza extrema.⁶⁰ Por lo cual aún hay mucho qué hacer respecto a la erradicación de la brecha económica en América Latina.

3.3 La migración como factor de riesgo familiar

Desde la perspectiva social, los inmigrantes con dificultades de integración, ya sea por su idioma, religión o cultura, representan por sí mismos un indicador de vulnerabilidad. Así también, la falta de apoyo social, familiar y perfiles antisociales, como haber tenido una trayectoria delictiva, provocan la incapacidad para acceder a ayudas establecidas, instigando la exclusión social entre la comunidad.

La migración ha ido en aumento a nivel mundial, casi una de cada siete personas es migrante.⁶¹ Como acontecimiento de vida del individuo que emigra, así como del familiar o familiares que se quedan; posee una serie de beneficios innegables, como la mejora de sus esferas económicas, sociales y personales; tanto, que debería ser considerado como un derecho humano.

Desde esta perspectiva entonces, se considera que la migración no es en sí misma, una causa de trastorno mental, sino un factor de riesgo si existe vulnerabilidad; si el medio de acogida es hostil, o si se dan ambas condiciones. Posiblemente ninguna otra situación de la vida de una persona, incluso la pérdida de un ser querido, supone tantos cambios como la migración; por lo tanto esto se puede clasificar como un duelo migratorio. Este es múltiple, hay siete duelos en la migración: la familia y los amigos; la lengua; la cultura; la tierra; estatus social; contacto con el grupo étnico; y los riesgos para la integración física.⁶²

El duelo migratorio afecta así a la identidad del individuo, al verse frente a tantos cambios a la vez, el inmigrante tiende con frecuencia a sentirse abrumado e inseguro, adoptando así actitudes regresivas. Desde una perspectiva psicológica, el concepto de regresión se entiende como un retroceso de la personalidad hacia actitudes más infantiles, menos autónomas.⁶² Así también, la migración es un hecho social, teniendo su conjunto de repercusiones sobre la sociedad misma.

A su vez, el regreso del inmigrante es una nueva migración. En el tiempo en que ha vivido fuera del país de origen, se han producido diversos cambios, tanto en su personalidad como en la sociedad de la que partió un día. Por lo que el duelo migratorio es de carácter transgeneracional, afectando también a los hijos, donde podría continuar en las generaciones siguientes si los inmigrantes no llegan a ser ciudadanos de pleno derecho en la sociedad de acogida.⁶² Por lo tanto afecta a aquella familia que se dejó atrás, pudiendo llegar a generar trastornos mentales, entre ellos, depresión y ansiedad.

Asimismo, América Latina es escenario de intensos procesos migratorios que han ido transformando las sociedades e incorporando nuevas características. El panorama migratorio para esta región ha ido aumentando en la última década; entre 2010 y 2019 el número de migrantes latinoamericanos aumentó en un 66%. Como resultado de la pobreza y violencia, el Triángulo Norte de Centroamérica, compuesto por El Salvador, Guatemala y Honduras; se enfrenta a un número creciente de personas en movimiento. Desde 2014 se estima que 265 000 migrantes provenientes de dicho triángulo migra hacia Estados Unidos cada año ⁶³; representando de igual manera un aumento en las remesas hacia los países de origen.

Aunque la salud y los derechos de los trabajadores migrantes se reconocen como una prioridad en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU, la salud de los hijos de migrantes se ha pasado por alto en gran medida en investigación y política.⁶⁴ Teniendo en cuenta que la mayoría de migrantes latinoamericanos son “ilegales” o invisibles para el sistema, el sesgo en dichas investigaciones es aún más grande de lo que se suele pensar.

Así pues, aunque esta investigación está enfocada en países latinoamericanos, se considera que es relevante mencionar el siguiente estudio, ya que ha sido uno de los más extensos y completos hasta la fecha sobre el impacto de la migración de los padres en la salud de niños y adolescentes. Es así como en 2018 se realizó un metaanálisis,⁶⁴ con China como su principal fuente de información; donde más de un tercio de todos los niños residentes de áreas rurales han sido abandonados por uno o ambos padres migrantes.

Los resultados fueron contundentes, en comparación con los niños no migrantes, los niños y adolescentes que se quedaron atrás tenían un 52% más de riesgo de depresión, 70% más de suicidio y 85% más de ansiedad. También encontraron aumentos menores en el riesgo de retraso del crecimiento en un 12% y consumo de sustancias psicoactivas en un 24%.⁶⁴

En Ecuador (2012) se realizó una investigación específicamente para la aplicación de terapia grupal en adolescentes con síntomas depresivos, hijos de padres migrantes. Mediante el Inventario de Depresión de Beck se detectaron los niveles de depresión que presentaban los jóvenes, de un total de 59 individuos, el 55.9% presentaban distintos niveles de depresión entre leve, moderada y grave. Comprobando así la hipótesis de la investigación, donde se afirmaba que la migración repercute en el equilibrio emocional y afectivo de los adolescentes provenientes de padres migrantes.⁶⁵

Por otra parte, en 2012, se realizó un estudio en Totonicapán, Guatemala donde se pretendía determinar los niveles de ansiedad que manifestaban los hijos adolescentes de padres que habían migrado hacia Estados Unidos. Utilizando la prueba STAI-82, esta prueba psicométrica se compone de dos escalas distintas: SE (ansiedad-estado) y SR (ansiedad-rasgo); SE mide la ansiedad en la persona como situación de aquí y ahora, quiere decir que es de calidad transitoria; SR mide la ansiedad en la dimensión de la personalidad, quiere decir que la ansiedad se encuentra de una forma más permanente.⁶⁶

Así, el puntaje de SE fue de 69 y para SR fue de 68, representado en un 66% y 58% de los estudiantes respectivamente para cada escala. Se determinó por lo tanto que los hijos de padres migrantes sí presentan mayor probabilidad de sufrir trastornos de ansiedad.⁶⁶

Por lo anterior, se puede decir que la migración de alguno o ambos padres, afecta directamente la salud mental de los adolescentes provenientes de ella. Como se mencionaba con anterioridad, la migración en sí no debería ser vista como algo negativo, puesto que es de gran beneficio tanto para la sociedad como para el crecimiento de la familia; sin embargo, ya que esta no es considerada aún como un derecho universal humano, así como cada vez los países colocan barreras cada vez más sólidas, en todos los sentidos, muchos se ven obligados a recurrir a formas ilegales de migración, poniéndose en peligro, así como en estrés psicológico, el cual al mismo tiempo se dirige hacia la familia y sus integrantes. Por lo que se considera un factor de riesgo familiar importante para el desarrollo de ansiedad y depresión en adolescentes provenientes de familias migrantes.

3.4 Violencia intrafamiliar

Por último, desde la perspectiva cívica, como indicadores de vulnerabilidad se indican aquellos que involucran la delincuencia, ya sea la propia o la que se encuentra en el medio en el que se vive; las toxicomanías; historial de violencia y privaciones de libertad de alguno de los progenitores.

Como a continuación se dará en evidencia, Latinoamérica es una región propensa a este tipo de problema tanto familiar, como socialmente, esta región se encuentra rodeada de condiciones que facilitan su aparición de esta problemática entre los individuos. Es importante mencionar a la violencia como uno de los factores familiares principales que repercuten en la salud mental de los jóvenes, puesto que es uno de los fenómenos sociales más extendidos en el mundo contemporáneo y su impacto se advierte en las tasas cada vez más elevadas de depresión y ansiedad en los jóvenes.

La violencia es considerada una forma de ejercicio del poder que facilita la dominación u opresión a quien la ejerce; para quien la sufre conlleva una posición de sometimiento o sujeción.⁶⁷ En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud la declaró un problema de salud pública, pues además de ser un factor de riesgo de diversas enfermedades y dolencias, está determinada por múltiples interacciones sistemáticas de carácter biológico, psicológico y social.⁵

Este comportamiento posee gran capacidad para expandirse, especialmente sus consecuencias. En tal sentido, la familia puede convertirse en reproductora de este tipo de conducta, debido a que, como se mencionaba anteriormente, la misma es un agente de socialización temprana de marcado valor, constituyendo un constante aprendizaje grupal e individual de normas de convivencia, pues en el proceso de socialización se expresan las concepciones que tiene una cultura acerca del desarrollo de sus miembros.⁶⁷

Así, la violencia familiar se conoce también como violencia doméstica o intrafamiliar; comprendiendo todas las formas de abuso entre los miembros familiares, así como toda acción que afecta la independencia e individualidad de cada persona. Este tipo de violencia incluye el maltrato infantil, maltrato hacia la pareja, abuso entre hermanos, hacia personas mayores, en fin, cualquier acto u omisión intencional entre individuos del ámbito familiar capaz de producir un daño físico, psicológico o patrimonial.¹⁷

Por otra parte, Limiñana (2005) señala que los adolescentes inmersos en hogares violentos suelen presentar una menor competencia social y un menor rendimiento académico que

aquellos adolescentes provenientes de familias no violentas; además de promedios más altos en medidas de ansiedad, depresión y síntomas traumáticos.⁶⁸ De igual manera, Espinoza (2010) afirma que la violencia intrafamiliar, particularmente de abuso sexual, tiene mayor grado de asociación con la conducta suicida en los adolescentes, seguida de violencia verbal y física.⁶⁹

Consecuentemente, es importante mencionar la clasificación de la violencia intrafamiliar; la ofrecida por López (2017) se considera oportuna para mencionar:⁶⁷

- Violencia física: es la forma más evidente del maltrato por constituir una invasión del espacio físico, reviste un triple carácter: brutal, exterior y doloroso.
- Violencia psicológica o emocional: está vinculada a acciones u omisiones destinadas a degradar o controlar creencias, acciones y decisiones por medio de amenaza, intimidación, cosificación; actos que atacan los sentimientos y emociones que generalmente se manifiestan mediante críticas, descalificaciones, celos, posesividad, aislamiento, castigo, humillaciones, limitaciones, entre otras.
- Violencia sexual: consiste en imponer ideas y actos sexuales no deseados, contacto físico sin consentimiento, penetración con objetos, violación, obligar que use o no método anticonceptivo, acusar de infidelidad, criticar preferencias sexuales, acoso sexual.
- Violencia económica: cuando el dinero es la forma utilizada para chantajear; suele expresarse en actuaciones como la de esconder el dinero; no ser sinceros en las cuentas que se manejan; obligar a hacer alguna acción no deseada para que la otra persona obtenga dinero.

Por ejemplo, Arrom⁷⁰ evidenció que el 35.8% de adolescentes estudiados de 56 institutos públicos y privados en Paraguay presentaba sintomatología depresiva, donde se asoció que los factores más influyentes fueron el antecedente de violencia psicológica, el abuso sexual y ser del sexo femenino. Así también, Capano⁷¹ realizó un estudio a 60 adultos, referentes (madres, padres, abuelos, etc) de niños y adolescentes que han vivido violencia doméstica; resultó particularmente interesante que el 88.3% de las personas que completaron los cuestionarios fueran mujeres; se observó que a partir de una alta incidencia en la percepción de estrés y una elevada cantidad de eventos vitales estresantes vividos, los referentes padecían problemas: gástricos, cardiovasculares, asma, consumo de alcohol, drogas, ansiedad, depresión, problemas de relacionamiento social o familiar.

Así también, en México⁷² los resultados de un estudio, realizado a 6 532 estudiantes para la analizar la relación entre estructura familiar, violencia física contra adolescentes y contra la madre; evidenciaron dos aspectos destacados de la violencia física en el hogar. Primero, se observó que las diferencias en la magnitud de la violencia física varían de acuerdo a la estructura

familiar; donde los hogares monoparentales eran prevalentes; segundo, la violencia contra la madre se relacionaba con la concurrencia de violencia contra los hijos e hijas por igual.

Tampoco existió diferencia por sexo en la prevalencia de reporte de golpes en el grupo sin testimonio de violencia física contra la madre, donde se podría apoyar la explicación donde la violencia contra la vulnerabilidad infantil y del adolescente se da por igual entre ambos géneros. Lo anterior es cierto sólo en caso de los hogares sin registro de violencia hacia la madre; sin embargo, el reporte de testimonios de golpes contra la madre fue significativamente mayor por adolescentes femeninas.⁷²

De este modo, se evidencia con claridad la violencia contra la mujer en Latinoamérica, problema de salud pública de proporciones epidémicas. En efecto, en el informe “Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer” de 2013, la OMS estimó que 36% de las mujeres latinoamericanas han sufrido violencia de pareja (física o sexual), así como violencia sexual perpetrada por otras personas.⁷³ Son claras las consecuencias generacionales que tiene este tipo de violencia dentro de la familia dentro de la sociedad latinoamericana. Un cúmulo creciente de evidencias científicas indica que los niños que han sido testigos de hechos violentos o que los han sufrido directamente corren mayor riesgo de convertirse en víctimas o agresores en su edad adulta.

En definitiva, la violencia doméstica es un factor influyente en el desarrollo de trastornos psicológicos en los adolescentes, especialmente aquellos en los que se enfoca esta investigación. Se logra observar mediante los estudios mencionados, que en Latinoamérica la tasa de violencia intrafamiliar es cada vez más elevada, así como la violencia contra la mujer. Este contexto cultural en el que los adolescentes se ven obligados a experimentar, los conduce inevitablemente al desarrollo de estrés psicológico, así como a la repetición de patrones conductuales al ser adultos, alimentando así un ciclo transgeneracional que pareciera perpetuarse sin fin. Como se logra evidenciar, la violencia es un acto que tiene repercusiones tanto físicas, como psicológicas, ambas provocan cambios en la personalidad del individuo, como por ejemplo tendencias ansiosas y/o depresivas, que a lo largo del tiempo, si no son tratadas pueden llegar a incapacitar al individuo en su vida adulta.

Es así como, en población adolescente, hallazgos científicos realizados por Roux⁴⁷ han reportado una relación importante entre el contexto en el que viven y su salud mental. Siendo el vecindario uno de los ambientes estudiados debido a que el lugar de residencia engloba características étnicas, económicas, de posición e inequidad social, de vivienda, de espacios públicos disponibles para la interacción social, de violencia, desorden e inseguridad que se asocian con reportes de síntomas depresivos en adolescentes.

En virtud de lo anteriormente mencionado, la familia al ser uno de los elementos claves para la comprensión y funcionamiento de la sociedad, posee una importancia intrínseca que sobresale por encima de cualquier otra institución de relación humana, ya que por su naturaleza dictamina las experiencias que obtendrá el ser humano desde su etapa más temprana. A partir de ella, se forjarán aspectos de suma importancia respecto a la personalidad y desenvolvimiento de los individuos involucrados en dicha institución.

Así, dependiendo de la estructura familiar, la dinámica, los riesgos sociales existentes en su medio, así como la cohesión que exista entre sus miembros, así se verá influido el adolescente en su desarrollo psicológico. Como se pudo observar en los estudios mencionados, aún más importante que la estructura familiar, la cohesión que existe entre los miembros determinará como estos mismos se sientan seguros y apoyados en el medio en el que están creciendo y desarrollándose. Así, según lo adecuada y beneficiosa que haya sido la relación familiar, mejor podrá el adolescente adaptarse a la sociedad en la que habita, logrando adaptarse a los eventos futuros que se le presenten. Por el contrario, si la relación solamente le ha aportado hábitos y costumbres negativas, este será más propenso a desarrollar trastornos mentales.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS

En este capítulo final se desea concretizar todo lo que se ha expuesto a lo largo de esta investigación, para iniciar, se logra evidenciar que el crecimiento, desarrollo y constitución de una persona dentro de un núcleo familiar resulta uno de los fenómenos más complejos de la vida. Cada factor del ambiente familiar puede interactuar de múltiples maneras, lo cual resulta en la formación de un estilo particular de interpretar la realidad, define la identidad del individuo, la percepción sobre sí mismo, así como la forma de interactuar con su entorno.

Evidentemente, uno de los factores que juega un papel importante es la estructura familiar, ya que como se ha planteado en estudios mencionados, la sobrecarga que representa para aquellas familias de tipo monoparental es visiblemente mayor que aquellas conformadas por ambos progenitores. Sin embargo, más allá de la estructura, lo que parece afectar más a los adolescentes en su estado emocional y psicológico es la cohesión que existe entre los miembros del hogar. A mayor cohesión, menores tasas de depresión y ansiedad entre los integrantes, por lo que esta es una variable determinante para establecer si las familias son funcionales y balanceadas, o todo lo contrario, disfuncionales, afectando la adaptabilidad que tendrán sus miembros en la sociedad.

Asimismo, se evidencia que el rol que posee el nivel socioeconómico bajo como factor de riesgo familiar para el desarrollo de trastornos depresivos y ansiosos en los adolescentes ha sido demostrado a lo largo de varios estudios desde hace décadas. Preocupante es que la pobreza cada vez es mayor entre las familias latinoamericanas, ya que es obvia la inequidad social y económica que existe entre sus habitantes, es importante clasificar este factor entre los más influyentes en la psique de las familias, puesto que genera estrés psicológico de forma cotidiana. Así, la pobreza está sumamente ligada a una baja calidad de vida, a una mayor exposición de eventos traumáticos, y una mayor probabilidad de sufrir hechos de violencia; generando así perjuicios en la salud tanto física como mental, siendo la última el enfoque principal de esta investigación. La probabilidad, entonces, de desarrollar depresión, trastornos de ansiedad, y sus problemas derivados como adicciones e incluso el suicidio, es mayor en aquellos adolescentes viviendo en familias con este nivel socioeconómico.

Como se acaba de mencionar, la pobreza y la violencia son dos problemas que no se pueden desligar uno del otro. Esto es perceptible en regiones como América Latina, donde las tasas de pobreza y violencia van de la mano, ambas elevadas y cada vez más en aumento, siendo una de las regiones más peligrosas del mundo. Como ejemplo, se ha mencionada al Triángulo del Norte, el cual incluye a Guatemala, Honduras y El Salvador; haciendo a Centroamérica una de las partes más violentas y peligrosas de la región. Por lo tanto, la violencia en el entorno social

es más común de lo que debería, afectando directamente a la familia, influyendo a esta a repetir conductas dentro del hogar, o imponiendo un miedo constante reflejado en actitudes y comportamientos hostiles hacia los demás.

Con base a los estudios expuestos en el capítulo de violencia intrafamiliar, se puede afirmar que la violencia de todo tipo, genera que el adolescente internalice de alguna forma el acto violento del que es víctima, provocando el desarrollo de trastornos mentales como lo son la depresión y ansiedad. De esta forma la violencia es, entonces, un acto transgeneracional, puesto que el adulto trasmite este tipo de conducta o evento estresante en la vida del niño o adolescente, corrompiendo la identidad del otro, generando dichos trastornos que el mismo padre o madre poseen. Si estos trastornos no se tratan en el individuo, seguirá un ciclo que aparentemente no tiene fin, puesto que se transmite, sin saberlo, a la psique de su linaje. Siendo así la violencia un factor familiar de riesgo en el desarrollo de dichas patologías mentales.

En cuanto a la migración de los padres de familia, esta misma es consecuencia de la inequidad, mencionada con anterioridad, que ha existido entre la sociedad latinoamericana. Esta, por sí misma, produce un duelo en el individuo que la realiza, la cual se exagera cuando la migración es de tipo ilegal, puesto que genera más estrés tanto en la persona que la comete, como en aquellos seres queridos que deja atrás. Según evidencia científica que se ha mostrado en este estudio, los adolescentes cuyos padres han migrado tienen probabilidades mucho más altas de desarrollar depresión y/o ansiedad, por lo que se considera un factor de riesgo familiar importante de identificar en el adolescente.

En definitiva, se evidencia que entre las consecuencias más comunes de estos trastornos en el adolescente afectado por los factores de riesgo mencionados, se encuentra el desarrollo de adicciones hacia psicotrópicos tales como el alcohol, cigarro, marihuana, cocaína, entre otras. Este es un método de escape de la realidad a la cual se ven obligados a vivir cotidianamente en sus hogares con conflictos, violencia, pobreza, etc. Este consumo de sustancias es al mismo tiempo, causa y consecuencia de trastornos como la depresión y ansiedad. Por lo que se evidencia, este tipo de consumo es cada vez más frecuentes entre los adolescentes, alienándolos así de un futuro estable tanto social, mental y económicamente funcional.

Por último, la consecuencia más fatal es el suicidio entre aquellos jóvenes que no tienen un diagnóstico ni tratamiento temprano. Este trágico evento podría evitarse si tan solo las políticas y programas de salud mental fueran puestas en práctica por los gobiernos. Así también, este suceso fuese prevenible si las autoridades locales de las comunidades, tanto profesorado de las escuelas, médicos, y padres de familia fueran consientes de los factores de riesgo familiares que vulneran a los adolescentes a desarrollar depresión y ansiedad. Por lo que es importante que se

continúe indagando sobre este tópico, ya que al realizar más investigaciones de esta índole se construye una base más amplia y fuerte sobre las autoridades se pueden apoyar para aplicar políticas aplicables.

CONCLUSIONES

La salud pública tiene gran impacto sobre los trastornos psiquiátricos de un país, sin embargo, en Guatemala los trastornos de ansiedad y depresión no se han estudiado a profundidad, existen pocas publicaciones que revelen datos estadísticos, por lo que es de suma importancia realizar estudios al respecto, y con esto implementar estrategias para el tratamiento oportuno de los mismos.

Aunque el tipo de estructura familiar influye en la carga de estrés que soporta una familia, la cohesión y dinámica familiar que existe en la misma juega un papel más importante en cuanto al desarrollo de depresión y ansiedad en los adolescentes que viven en ella.

El impacto que provoca un nivel socioeconómico bajo en la familia es grande, asociado al desarrollo de depresión y ansiedad en adolescentes afectados por este tipo de inequidad social.

La violencia intrafamiliar genera problemas psicológicos transgeneracionales, como la depresión y ansiedad, en los miembros del hogar, especialmente en aquellos individuos más vulnerables como los son los niños y adolescentes.

La migración de los padres de familia genera adolescentes con tendencias ansiosas y/o depresivas por el abandono físico y emocional que esta conlleva.

Entre los principales problemas derivados de la ansiedad y depresión no tratada en adolescentes, se incluye el consumo de sustancias psicotrópicas, así como la consecuencia más devastadora que es el suicidio.

RECOMENDACIONES

La depresión es una entidad clínica ampliamente estudiada, sin embargo, en Guatemala escasos son los estudios que se pueden encontrar relacionados a esta temática, por lo que sería correcto realizar estudios, publicaciones o material investigativo donde se pueda visualizar de mejor manera esta problemática a veces infravalorada en el ámbito médico, que afecta a un buen porcentaje de la población del país.

La condicionante socioeconómica influye de sobremanera en el riesgo de cursar con cuadros de depresión y/o ansiedad en los adolescentes latinoamericanos, por tanto, y especialmente en nuestro país, se debe dar un giro radical para bien a las políticas públicas tanto de educación como de salud, pilares fundamentales para el desarrollo integral de un país.

La salud mental en todo su conjunto debe ser fortalecida y descentralizada en nuestro país, pues quienes cursan con alguna patología mental, les es difícil el acceso a atención médica, especialmente en el interior de la república.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [en línea]. Ginebra: OMS; 2017 [actualizado 5 Abr 2020; citado 24 Abr 2020]. Salud mental [2 pant.]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
2. Bocanegra G, Ortiz L, Hernández E, De León P, Corzo D. Factores de riesgo y prevalencia de depresión y ansiedad en adolescentes del área Ixil [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2018. [citado 24 Abr 2020].
3. Suárez P, Vélez M. El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. Psicoespacios [en línea]. 2018 [citado 24 Abr 2020]; 12 (20): 173-197. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6573534>
4. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2011: la adolescencia, una época de oportunidades. [en línea] Nueva York: UNICEF; 2011 [citado 24 Abr 2020]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Executive-Summary_SP_01122011.pdf
5. Organización de las Naciones Unidas Ante un posible aumento de los suicidios por el coronavirus, la ONU pide tomar medidas para cuidar la salud mental. [en línea]. España: OMS; 2020 [actualizado 14 Jun 2020; citado 20 Jun 2020]. Sección Salud [aprox. 3 pant.]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/05/1474312>
6. Organización Mundial de la Salud [en línea]. España: OMS; 2019 [actualizado 30 May 2020; citado 20 Jun 2020]; Suicidio [aprox. 4 pant.] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
7. Valderrama L. Problemas de ansiedad en niños y adolescentes y su relación con variables cognitivas disfuncionales. [tesis Doctoral en línea]. España: Universidad de Málaga, Facultad de Psicología; 2016 [citado 22 Jun 2020]. Disponible en: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/14038>
8. Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Violencia, niñez y crimen organizado [en línea]. 2015 [citado 24 Abr 2020]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaNinez2016.pdf>
9. Garmendia F. La violencia en América Latina. An Fac med [en línea]. 2011 [citado 22 Jun 2020]; 72(4): 269-76. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v72n4/a08v72n4.pdf>

10. Traeder V. El trabajo infantil en América Latina “tiene rostro de mujer y niña”. DW Made for minds [en línea]. 16 Abr 2020; América Latina [citado 24 Jun 2020]: [aprox. 5 pant.]. Disponible en: <https://www.dw.com/es/el-trabajo-infantil-en-am%C3%A9rica-latina-tiene-rostro-de-mujer-y-ni%C3%B1a/a-53155782>
11. Organización de los Estados Americanos. Desigualdad e inclusión social en las Américas; 14 ensayos. [en línea] Washington D.C.: OEA; 2011. (Serie Desigualdad; 15) [citado 25 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.oas.org/docs/desigualdad/libro-desigualdad.pdf>
12. Gerlach V. Opinión: ¿Qué es la pobreza multidimensional? [en línea]. Chile: Fundación Trascender. 2018 [citado 23 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.fundaciontrascender.cl/blog/opinion/que-es-pobreza-multidimensional/#:~:text=La%20Pobreza%20Multidimensional%20ha%20sido,en%20las%20dimensiones%3A%20educaci%C3%B3n%20salud>
13. Guatemala. Ministerio de Desarrollo Social. Índice de pobreza multidimensional. Iniciativa sobre la Pobreza y Desarrollo Humano de Oxford. [en línea]. Guatemala: MIDES; 2019 [citado 23 Jun 2020]; disponible en: https://mppn.org/wp-content/uploads/2019/10/Guatemala-Report-IPM-gt_29jul19-v1.1.pdf
14. Transparencia Internacional. Índice de percepción de la corrupción 2019. [en línea] Perú: TI; 2020 [citado 23 Jun 2020]. Disponible en: https://www.proetica.org.pe/wp-content/uploads/2020/01/CPI2019_Report_ES-WEB.pdf
15. Fernández A. Remesas de migrantes guatemaltecos aumentaron en enero de 2020. El Periódico [en línea]. 06 Feb 2020 [citado 25 Abr 2020]; Nación: [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <https://elperiodico.com.gt/nacion/2020/02/06/remesas-de-migrantes-guatemaltecos-aumentaron-en-enero-de-2020/>
16. Obregón-Velasco N, Rivera-Heredia M. Impacto de la migración del padre en los jóvenes: cuando la migración se convierte en abandono. CienciaUAT [en línea]. 2015 [citado 25 Abr 2020]; 10 (1): 56-57. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cuat/v10n1/2007-7858-cuat-10-01-00056.pdf>
17. FLACSO-Guatemala. Vidas silenciadas: una tragedia de la que no se habla. Vinculación entre suicidio y embarazo en mujeres adolescentes (2009-2019). [en línea] Guatemala: FLACSO; 2019 [citado 25 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.flacso.edu.gt/publicaciones/wp-content/uploads/2019/09/FLACSO-Vidas-silenciadas.pdf>
18. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro Nacional de Epidemiología. Análisis de datos de suicidio enero a diciembre 2014-2015 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2015 [citado 26 Abr 2020] Disponible en:

<http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Salas%20Situacionales/Analisis%20de%20datos%20de%20Suicidios%202014-2015.pdf>

19. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Programa Nacional de Salud Mental [en línea]; Guatemala: MSPAS; 2015; [citado 27 Abr 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=241-politica-salud-mental&category_slug=sfc-salud-mental-alcohol-y-drogas-nacional&Itemid=518
20. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el sistema de salud mental en Guatemala [en línea]. Guatemala: OPS/OMS; 2011. [citado 27 Abr 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/guatemala_who_aims_report_spanish.pdf?ua=1
21. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Protocolo de atención en salud mental a la población infanto-juvenil [en línea]. Guatemala: Magna Terra Editores; 2008; [citado 27 Abr 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=578-protocolo-de-atencion-en-salud-mental-a-poblacion-infanto-juvenil-1&category_slug=sfc-salud-mental-alcohol-y-drogas-nacional&Itemid=518
22. Martínez M. Trastornos de ansiedad. Rev Neurol Neurocir Psiquiat [en línea]. 2011. [citado 7 Jun 2020]; 44(3): 101-107. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>
23. Cárdenas E, Fera M, Palacios L, de la Peña F. Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. [en línea]. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. 2010 [citado 10 Sept 2020]. Disponible en: http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_de_ansiedad.pdf
24. Chó P. Depresión y ansiedad en adolescente; [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2017
25. Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. AEPap ed. Curso de actualización pediatría [en línea] Madrid: 2005 [citado 10 Sept 2020]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
26. Mardomingo Sanz MJ. Trastornos de ansiedad en el adolescente. Rev Pediatr integral [en línea]. 2005 [citado 10 Sept 2020]; 9(2): 125-134. Disponible en: [https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/336.1-Trastornos_ansiedad_adolescente\(1\).pdf](https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/336.1-Trastornos_ansiedad_adolescente(1).pdf)
27. López M, González N, Andrade P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. Salud mental [en línea] 2012 [citado 11 Sept 2020]; 3(5): 37-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a6.pdf>

28. Benjet C, Borges G, Medica M, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Ment* [en línea] 2010 [citado 11 Sept 2020]; 32(3): 155-163. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200008

29. Castillo Barberán, K.M., Chávez Quimi, P.G., Zoller Andina, M.J. Factores familiares y escolares que influyen en los problemas de conducta y de aprendizaje en los niños. *ACADEMO* (Asunción), (2019). 6(2):124-134. [citado 12 Jul 2020]. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/academo/v6n2/2414-8938-academo-6-02-124.pdf>

30. Alzuri M, Hernández N, Calzada Y. Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay* [en línea] 2017 [citado 12 Sept 2020]; 7(3): 152-154. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n3/rf01307.pdf>

31. García A. La depresión en adolescentes. *Revista INJUVE*. [en línea] 2010 [citado 12 Sept 2020]; 84(1): 85-104. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>

32. Organización Mundial de la Salud [en línea]. España: OMS; 2019. [citado 31 Jul 2020]. Salud mental del adolescente; [aprox. 8 pant.]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health#:~:text=Por%20otra%20parte%2C%20los%20adolescentes,las%20violaciones%20de%20los%20derechos>

33. Organización Mundial de la Salud [en línea]. España: 2019 [actualizado 2 Sept 2019; citado 12 Jul 2020]. Suicidio; [aprox. 8 pant.]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

34. Organización Panamericana de la Salud de Guatemala. [en línea]. Guatemala: OPS; 2017 [citado 9 Jun 2020]. Día mundial de prevención del suicidio; [aprox. 2 pant.]. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=818:dia-mundial-de-prevencion-del-suicidio&Itemid=441

35. España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el plan nacional sobre drogas. ESTUDES 2014/2015: Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España [en línea]. Madrid: MSSSI; 2016 [citado 12 Jul 2020]. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4877

36. National Center on Addiction and Substance Abuse at CU. Adolescent substance use: America's #1 public health problem [en línea]; 2011. [citado 12 Jul 2020]. Disponible

en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=ED521379&lang=ja&site=ehost-live>.

37. México. Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención de las Adicciones, Adicciones CNC, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría. Encuesta nacional de adicciones 2011. [en línea]. México: Secretaría de Salud; 2012. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
38. Tena A, Castro G, Marín R, Gómez P, De la Fuente A, Gómez R. Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Rev Med Int Mex* [en línea]. 2018 [citado 12 Jul 2020]; 34(2): 264-277. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-48662018000200008&script=sci_arttext#B1
39. Erskine H, Moffitt T, Copleland W, Costello E. A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychological Medicine* [en línea]. 2014 [citado 12 Jul 2020]; 45(7): 1551-1563. doi: 10.1017/s0033291714002888
40. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter A, Ferrari A, Erskine H, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study [en línea]. 2010 [citado 12 Jul 2020]; doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
41. Oliva E, Villa V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris* [en línea]. 2014 [citado 04 Jul 2020]; 10(1): 11-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
42. Sánchez J. Un recurso de integración social para niños/as, adolescentes y familias en situación de riesgo: los centros de día de atención a menores. [tesis doctoral en línea]. España: Universidad de Granada. Facultad de Pedagogía; 2011 [citado 05 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.ugr.es/~erivera/PaginaDocencia/Posgrado/Documentos/SanchezJuanManuel.pdf>
43. Renzo C, Arias-Gallegos, Cahuana-Cuentas M. Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Rev chil neuro-psiquiatr* [en línea]. 2018 [citado 06 Jul 2020]; 56(2): [aprox. 13 pant.]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272018000200117#aff1

44. Castro R, Riesco G, Arela R. ¿Familia y bienestar? Explorando la relación entre estructura familiar y satisfacción con la vida personal de las familias. *Bol Acad Paulista de Psicología* [en línea]. 2016 [citado 06 Jul 2020]; 36(90): 89-104. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/946/94649375007.pdf>
45. Pliego F, Castro R. Tipos de familia y bienestar de niños y adultos. [en línea] Arequipa: Universidad Católica San Pablo; 2015 [citado 06 Jul 2020]. Disponible en: <https://ucsp.edu.pe/tipos-de-familia-y-bienestar-de-ninos-y-adultos/>
46. Hinostroza-Gastelú L, Huashuayo-Vega C, Navarro-Gómez S, Matos-Retamoso L. Dinámica familiar y manifestaciones de depresión en escolares de 13 a 15 años de edad. *Rev enferm hereditaria* [en línea]. 2011 [citado 05 Jul 2020]; 4(1): 12-19. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-706390>
47. Diez A, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci* [en línea]. 2010 [citado 06 Jul 2020]; 1186(1): 125-145. Disponible en: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x>
48. Alarcón R. Funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad. *Rev Per Psic Trab Soc* [en línea]. 2014; 3(1): 61-74. [citado 07 Jul 2020]. Disponible en: http://psicologiapositivaperu.org/docs/download/30_FUNCIONAMIENTO_FAMILIAR_Y_FELICIDAD_Dr._Reynaldo_Alarcon.pdf
49. Navarro J. Definición nivel socioeconómico [en línea]. España: Definición ABC; 2015 [citado 08 Jul 2020]. Disponible en <https://www.definicionabc.com/economia/nivel-socioeconomico.php#:~:text=Todos%20ellos%20expresan%20una%20idea,una%20familia%20o%20un%20pa%C3%ADs.>
50. Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y del Caribe. Pobreza y salud mental: una combinación perdedora o de los factores de riesgo a los determinantes de la salud mental. Informe de un grupo científico de CODAJIC [en línea]. Uruguay: CODAJIC; 2018 (Serie Informe Científico; L-2.2). [citado 08 Jul 2020]. Disponible en: shorturl.at/mnwX8
51. Diaz R, Shiba A, Gutiérrez J. Medición simplificada del nivel socioeconómico en encuestas breves: propuesta a partir de acceso a bienes y servicios. *Salud pública Méx* [en línea]. 2015 [citado 10 Jul 2020]; 57 (4): 298-303. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000400007
52. Bollmann C. Estrategias y negocios [blog en línea]. Honduras: Grupo OPSA. Nov 2013 [citado 05 Jul 2020]. Disponible en:

<https://www.estrategiaynegocios.net/lasclavesdeldia/562566-330/guatemala-presentan-estudio-sobre-niveles-socioeconomicos>

53. Organización Panamericana de la Salud. Día mundial de la salud mental: la depresión, una crisis global [en línea]. Guatemala: OPS; 2012; [citado 05 Jul 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=610:dia-mundial-de-salud-mental-depresion-una-crisis-global&Itemid=405
54. Villatoro P. Indicadores no monetarios de privación en américa latina: disponibilidad, comparabilidad y pertinencia. Informe grupo técnico CELADE-CEPAL. Santiago de Chile: Celade-Cepal; 2017 [en línea]. [citado 05 Jul 2020]. Disponible en: <https://celade.cepal>
55. Rivera R, Arias W, Cahuana M. Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [en línea]. 2018 [citado 09 Jul 2020]; 56(2): 117-126. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272018000200117&lng=es
56. Pesci E. deriva hacinamiento en trastornos mentales [blog en línea]. México: Ntrzacatecas. Oct 2015 [citado 09 Jul 2020] Disponible en: <http://ntrzacatecas.com/2015/10/22/deriva-hacinamiento-en-trastornos-mentales/>
57. Aguilar L, Jocol H. Impacto socioeconómico por arrendamiento de vivienda en las familias del municipio de Quetzaltenango parte I. Informe de un grupo técnico de la USAC. [en línea]. Guatemala: DIGI; 2012. (Serie de informes parte I). [citado 09 Jul 2020] Disponible en: <https://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/informes2012/INF-2012-07.pdf>
58. Urría Yañez I. Trayectorias de hacinamiento y salud mental: el impacto asimétrico del hacinamiento físico sobre síntomas depresivos en Chile. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Economía y negocios; 2018 [citado 09 Jul 2020]. Disponible en: https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db_name=SECHI2018&paper_id=71
59. Aragón L. Desnutrición y pobreza: un círculo vicioso [en línea]. Guatemala: CEES; 2019 [citado 05 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.cees.org.gt/actualidad/desnutricion-y-pobreza-un-circulo-vicioso>
60. Villatoro P. Indicadores no monetarios de carencias en encuestas de los países de América Latina. Informe de grupo técnico CEPAL. Chile: CEPAL; 2017 [en línea] (Serie de informes

- técnicos; 93). [citado 05 Jul 2020]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43137/1/S1700989_es.pdf
61. Naciones Unidas. Panorama Social de América Latina. [en línea]. Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2018 [citado 06 Jul 2020]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44395/11/S1900051_es.pdf
62. Organización de las Naciones Unidas. La migración mundial en cifras: una contribución conjunta del DAES y la OCDE al diálogo de alto nivel de las naciones unidas sobre la migración y el desarrollo [en línea]. Informe de un grupo técnico de la ONU. España; 2013. [citado 23 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/mig/SPANISH.pdf>
63. Achotegui J. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Revista de Servicios Sociales [en línea]. 2009 [citado 23 Jul 2020]; 46(1): 163-171. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3119470>
64. Acuña J. El potencial de la migración en América Latina y el Caribe [Blog en línea]. España: Khoudour D. Ene 2020 [citado 24 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/blog/2020/harnessing-the-potential-of-migration-in-latin-america-and-the-c.html>
65. Fellmeth G, Rose-Clarke K, Zhao C, Busert L, Zheng Y, Massazza A, et al. Health impacts of parental migration on left-behind children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. The Lancet [en línea]. 2018 [citado 25 Jul 2020]; 392 (1): 2567-2582. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2932558-3>
66. Ramos P. Aplicación de terapia grupal con enfoque humanista a adolescentes con síntomas de depresión hijos de padres migrantes en la Unidad Educativa Fiscal Mixta Central la Inmaculada. [tesis Psicóloga Clínica en línea]. Ecuador: Universidad del Azuay, Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación; 2012 [citado 29 Jul 2020]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1791/1/09252.pdf>
67. Navas C. Nivel de ansiedad que sufren los hijos de padres que emigran a Estados Unidos (estudio realizado en el Instituto Nacional de Educación Básica (INEB) del municipio de San Cristóbal Totonicapán, departamento de Totonicapán) [tesis Psicóloga Clínica en línea] Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades; 2012. [citado 29 Jul 2020]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Navas-Claudia.pdf>
68. Mayor S, Salazar C. La violencia intrafamiliar: un problema de salud actual. Gac Méd Espirit [en línea]. 2019 [citado 9 Jul 2020]; 21(1): [aprox. 12 pant.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000100096&lng=es&nrm=iso&tlng=es

69. González E, Pardo M, Izquierdo J. La violencia como problema de salud pública en Venezuela: algunas reflexiones desde la perspectiva del profesional de seguridad ciudadana. MEDISAN [en línea]. 2017 [citado 9 Jul 2020]; 21(5): 642-649. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n5/san20215.pdf>
70. Frías M, Gaxiola J. Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: depresión, ansiedad, conducta social y ejecución académica. RMIP [en línea]. 2008 [citado 9 Jul 2020]; 25(2): 237-248. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243016308004.pdf>
71. Patró R, Limiñana R. Víctimas de violencia familiar: consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. Anales de Psicología [en línea]. 2005 [citado 10 Jul 2020]; 21(1): 11-17. Disponible en: https://www.um.es/analesps/v21/v21_1/02-21_1.pdf
72. Espinoza-Gómez F, Zepeda-Pamplona V, Bautista-Hernández V, Hernández-Suárez C, Newton-Sánchez O, Plasencia-García G. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. Salud pública Méx [en línea]. 2010 [citado 10 Jul 2020]; 52(3): [aprox. 15 pant.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000300005
73. Arrom C, Samudio M, Ruoti M, Orúe E. Síndrome depresivo en la adolescencia asociado a género, abuso sexual, violencia física y psicológica. Mem Inst Investig [en línea]. 2015 [citado 11 Jul 2020]; 13(3): 39-44. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v13n3/v13n3a36.pdf>
74. Capano A, Pachecho A. Estrés y violencia doméstica: un estudio en adultos referentes de niños, niñas y adolescentes. Ciencias Psicológicas [en línea]. 2014 [citado 11 Jul 2020]; 8(1): 31-42. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4595/459545412004.pdf>
75. Nazar A, Salvatierra B, Salazar S, Solís R. Violencia física contra adolescentes y estructura familiar: magnitudes, expresiones y desigualdades. Estudios Demográficos y Urbanos [en línea]. 2018 [citado 12 Jul 2020]; 33(2):365-400. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/educm/v33n2/2448-6515-educm-33-02-365.pdf>
76. Guedes A, García-Moreno C, Bott S. Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. Foreign Affairs Latinoamérica [en línea]. 2014 [citado 12 Jul 2020]; 14(1):41-48. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Foreign-Affairs-2014-Guedes-et-al-Violencia-contra-las-mujeres-en-LAC.pdf>

ANEXOS

Tabla 1 Descriptores de búsqueda

DeCS	MeSH	Calificadores	Conceptos relacionados	Operadores lógicos
“ansiedad adolescente”; “Depresión adolescente” “Factores familiares depresión”; “Salud mental adolescente” “Familia ansiedad adolescencia”; “Comportamiento adolescente”; “Psiquiatría infantojuvenil”	“Anxiety Adolescent”; “Depression adolescent”; “Family risk factors depression”; “Adolescent mental health” “Family anxiety adolescent”; “adolescence”; “Adolescent Behavior” “Adolescent Psychiatry”	Ansiedad, ansiedad en la sociedad, adolescencia, angustia psicológica, problemas familiares,	“Estrés en el adolescente” “violencia intrafamiliar” “Abuso Físico” “Pobreza familiar”	AND
				“Anxiety” AND “Depression”; “Depression” AND “Adolescence”; “Anxiety” AND “Adolescence”
				NOT
				“anxiety” NOT “Physiological”
				OR
“Adolescent” OR “Adolecence”				

Fuente: realizada por estudiantes de la presente investigación

Tabla 2 Matriz consolidativa del tipo de artículos utilizados según nivel de evidencia y tipo de estudio.

Tipo	Artículo	Total
Todos los artículos.	"Risk factor"	1048
Ensayos con asignación aleatoria	"Depression" "anxiety"	
Metaanálisis	"Diagnostic clinic of depression"	656
Estudio de casos y controles	"family risk factors" "depression of teenagers"	521
Reporte de casos	"adolescent mental health"	276
Libros y documentos	"Diagnostic clinic of anxiety"	66

Fuente: realizada por estudiantes de la presente investigación

Tabla 3 Matriz consolidativa de datos de buscadores, descriptores y operadores lógicos utilizados.

Buscador	MeSH o DeCS, conectores lógicos	Número de Artículos
Pubmed	"Teenager depression" AND "Family risk factor"	2063
Pubmed; JAMA	"Epidemiology" AND "Teenager anxiety"	44
Pubmed	"Diagnostic of depression" AND "Diagnostic of anxiety"	27675
Pubmed	"family risk factor" AND "anxiety"	3568

Fuente: realizada por estudiantes de la presente investigación