

Barreras y facilitadores para la búsqueda de ayuda profesional en salud mental, desde la perspectiva de adolescentes con depresión.

Barriers and facilitators to mental health help-seeking, from the perspective of adolescents with depression.

Andrea Landázuri^{a,1}, Carolina Lüttges^{b,1,2}, Vania Martínez^{c,1,2,3}.

Resumen. La prevalencia de depresión en adolescentes es aproximadamente 7% en Chile. Sólo entre 18% y 34% de jóvenes con depresión accede a ayuda profesional. **Objetivo:** El objetivo de esta investigación fue analizar barreras y facilitadores para la búsqueda de ayuda profesional en salud mental, desde la perspectiva de adolescentes entre 15 y 17 años con depresión en Santiago de Chile. **Método:** Se llevó a cabo un estudio cualitativo exploratorio y descriptivo desde el enfoque fenomenológico. Se realizaron diez entrevistas semi estructuradas a adolescentes, que fueron analizadas con teoría fundamentada. **Resultados:** Las principales barreras fueron estigma, minimización de síntomas y preocupación por confidencialidad. Los principales facilitadores fueron contar con red de apoyo, reconocimiento de síntomas e intervenciones escolares que favorecen la detección de síntomas. **Conclusiones:** Se debe trabajar de manera conjunta con adolescentes, sus familias, pares y sistema escolar brindando información sobre la depresión y su tratamiento.

Palabras clave: Depresión, adolescencia, búsqueda de ayuda, barreras, facilitadores.

Abstract. The prevalence of depression in adolescents is approximately 7% in Chile. Only between 18% and 34% of young people with depression access professional help. **Objective:** The aim of this research was to analyze the barriers and facilitators for seeking professional help in mental health, from the perspective of adolescents between 15 and 17 years of age with depression in Santiago, Chile. **Methodology:** An exploratory and descriptive qualitative study was carried out from the phenomenological approach. Ten semi-structured interviews

a Médica, Magister en Psicología Clínica mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil.

b Psicóloga, Magister en Psicología Clínica mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil.

c Médica psiquiatra infantil y del adolescente, Doctora en Psicoterapia.

1 Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay), Santiago, Chile.

2 Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

3 Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), Santiago, Chile.

Correspondencia: Vania Martínez, Profesor Alberto Zañartu 1030, Independencia, Santiago, Chile. Correo electrónico: vmartinezn@uchile.cl

Este estudio se realizó en el marco de la tesis para obtener el grado de Magister en Psicología Clínica mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile de Andrea Landázuri.

Fuente de apoyo financiero: Este estudio recibió el apoyo de ANID - Fondecyt N° 1161696, y ANID – Programa Iniciativa Científica Milenio – NCS2021_081 y ICS13_005. Las fuentes de financiamiento no influyeron en el diseño del estudio, la recolección, análisis e interpretación de los datos y redacción de este reporte.

were conducted with adolescents and analyzed with grounded theory. **Results:** The main barriers were stigma, minimization of symptoms, and concerns about confidentiality. The main facilitators were having a support network, symptom recognition, and school interventions that favor symptom detection. **Conclusions:** Joint work should be done with adolescents, their families, peers, and school system providing information about depression and its treatment. **Keywords:** Depression, adolescence, help-seeking, barriers, facilitators.

INTRODUCCIÓN

La depresión en adolescentes es una problemática altamente prevalente, multidimensional y compleja¹. Un estudio publicado por De la Barra y otros, encontró un 7,0% de prevalencia de depresión en adolescentes de 12 a 18 años en Chile, siendo más alta en mujeres en una relación de 2:1².

El trastorno depresivo trae consigo varias consecuencias que afectan los diferentes ámbitos de la vida y del desarrollo de los jóvenes. Una consecuencia grave que hay que tener en cuenta es la ideación y conducta suicida. Además, se pueden presentar recurrencias en edades adultas y poca adherencia al tratamiento¹.

La búsqueda de ayuda temprana reduce el impacto de la depresión a largo plazo, disminuye las comorbilidades y especialmente, el riesgo de suicidio³. Sin embargo, existe un retraso de los adolescentes para buscar ayuda¹.

En la búsqueda de ayuda se identifican dos formas relevantes: la informal (familia y personas cercanas) y la formal (profesional). De acuerdo a una revisión sistemática, sólo un 18% a 34% de los adolescentes que tienen síntomas graves de depresión buscan ayuda profesional⁴.

Rothie y Levy proponen un modelo de búsqueda de ayuda que consta de tres pasos: el reconocimiento, la decisión y

la acción, que es interesante a tomar en cuenta⁵.

Por otro lado, para entender el proceso de búsqueda de ayuda, también es relevante considerar a la teoría ecológica de los sistemas de Urie Bronfenbrenner (1987), la cual detalla varios niveles los cuales están contenidos uno dentro de otro. Los cuatro niveles o sistemas son: el micro, meso, exo y el macro sistema, cada uno interactúa con el individuo⁶.

Una de las barreras principales descritas en la literatura para la búsqueda de ayuda es el estigma, considerado como el conjunto de actitudes negativas y creencias que motivan al público a temer, evadir y discriminar a las personas con enfermedad mental, en donde el prejuicio y la discriminación forman parte del mismo⁷. El autoestigma o estigma hacia si mismo, se divide en estigma anticipado (el sujeto se anticipa a una reacción de rechazo de otros) y estigma experimentado (experiencias y vivencias de rechazo o discriminación de una persona con trastorno de salud mental). El estigma social o público hace referencia a creencias estigmatizantes de la sociedad sobre los trastornos de salud mental y el tratamiento⁸.

Uno de los facilitadores importantes para la búsqueda de ayuda formal descritos en la literatura es la presencia activa de red de apoyo^{4,7}.

Teniendo presente que un gran número de adolescentes no busca ayuda

profesional en salud mental, a pesar de necesitarla, toma relevancia el estudiar la conducta sobre la búsqueda de ayuda en adolescentes chilenos, para poder realizar intervenciones que permitan facilitar o acercar la atención de salud mental a los adolescentes y lograr una detección y tratamiento oportuno.

MATERIALES Y MÉTODOS

El objetivo principal de este estudio fue describir y analizar las barreras y facilitadores para la búsqueda temprana de ayuda formal (profesional), desde la perspectiva de adolescentes de ambos sexos entre 15 y 17 años con depresión en Santiago de Chile.

La investigación se realizó desde una metodología cualitativa, con un diseño descriptivo/fenomenológico, ya que se enfoca en las experiencias individuales subjetivas, así como en las creencias personales de los participantes.

Se realizó un muestreo no probabilístico de casos homogéneos.

El presente estudio está asociado al proyecto Fondecyt Regular N° 1161696: “Eficacia de un programa escalonado basado en Internet para la prevención e intervención temprana de la depresión en adolescentes”.

En este estudio participaron estudiantes de colegios particulares subvencionados del área norte de Santiago de Chile, entre 15 y 17 años, que fueron excluidos del proyecto mayor por presentar alta sintomatología depresiva en cuestionarios aplicados, y que fueron evaluados por psiquiatra, diagnosticados con depresión y derivados a su centro de salud correspondiente. Entre tres y seis meses después de haber sido

derivados, se contactó a los padres/tutores de los jóvenes y se explicó el estudio. Quienes aceptaron firmaron un consentimiento informado y los adolescentes firmaron un asentimiento informado.

Como técnica de producción de información, se utilizó la entrevista semiestructurada. Las entrevistas tuvieron una duración en promedio de una hora y fueron audio grabadas y posteriormente transcritas.

Se realizó un análisis cualitativo de los datos, basado en los lineamientos de la teoría fundamentada⁹. Para facilitar y organizar de una manera adecuada la información obtenida en las entrevistas semi estructuradas, se utilizó el programa MAXQDA versión 2018, diseñado para el manejo y procesamiento de grupos de datos textuales.

Este método de análisis de datos fue dinámico, lo que permitió, de acuerdo a los temas y categorías que emergieron en las diferentes entrevistas, interpretar y reflexionar constantemente sobre los datos recabados.

Este proyecto de investigación contó con la aprobación del comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por siete mujeres y tres hombres. Tres adolescentes no se encontraban en tratamiento farmacológico ni en psicoterapia al momento de la entrevista. Tres de los adolescentes se encontraban en tratamiento en centros de salud privados y cuatro en centros de salud públicos.

A continuación se describen los principales hallazgos en cuanto a las barreras y facilitadores para la búsqueda de ayuda formal en salud mental, desde la perspectiva de adolescentes con depresión a nivel personal, familiar, de pares, del sistema escolar y del sistema de salud.

Barreras para la búsqueda de ayuda formal en salud mental.

1. Barreras a nivel personal

a. Autoestigma: Existe un estigma social internalizado. Se encontraron como sub-categorías “ser hombre”, el estereotipo de la depresión (considerando posible el tener depresión sólo cuando existe sintomatología grave), la debilidad personal y el prejuicio hacia la atención en salud mental.

“Una mujer cuenta más lo que siente, porque el hombre siempre quiere verse más fuerte poh.” (Adolescente 10, hombre).

“[El imaginario de depresión] es como una persona tapándose los ojos así, con los brazos cortados y todo de negro.” (Adolescente 8, hombre).

“No pensaba que tenía depresión... No sé, siempre he sentido que es como tener pena no más. Es como normal para mí tener pena.” (Adolescente 4, mujer).

“Es por debilidad de la personalidad, algo así... me daba pena de caer en lo mismo, no quería que piensen [la familia] que volví.” (Adolescente 3, mujer).

b. Estigma anticipado: Idea anticipatoria que está relacionada con la reacción que tendrá el otro. Se encontraron como sub-categorías: la normalización y minimización de los síntomas por parte de otras per-

sonas, el deseo de no dar lástima ni preocupar a otros, y la preocupación por la confidencialidad.

“No me gusta hablar con ellos [padres]. ¿Por qué? Porque siento que dicen que exagero algo, no sé..., siento que no les importa o algo, no sé.” (Adolescente 7, mujer).

“Me guardo todo. Es que no me gusta, porque si yo cuento algo de que me siento mal, o algo así, dicen ‘ay, pobrecito.’” (Adolescente 10, hombre).

“Es que no quería que se preocuparan poh.” (Adolescente 8, hombre)

2. Barreras a nivel familiar

a. Actitud pasiva de familia para buscar ayuda profesional.

“Le dije a mi mamá que estaba mal.... Ella sabía que yo estaba mal porque me veía llorar, me escuchaba llorar... Mmm, siempre se acercaba, me abrazaba, me trataba de animar, de que me sintiera mejor... no me dijo nada de ir al psicólogo.” (Adolescente 4, mujer).

b. Minimización de sintomatología.

“Mi papá dice son puros cuentos... dijo que no había que tomarlo mucho en cuenta porque me iba a lamentar de mí misma...” (Adolescente 1, mujer).

c. Normalización: asociada a la edad y adolescencia.

“Mi mamá me decía que era la flojera, que era la edad. Y yo decía quizás poh... será eso.” (Adolescente 1, mujer).

3. Barreras a nivel de pares

a. Actitud pasiva de los pares para buscar ayuda formal.

“Eh, me daban ánimo más que nada... Pero me daban el apoyo.” (Adolescente 6, hombre).

b. Estigma experimentado está relacionado con el prejuicio, estereotipo y discriminación vividos.

“Cuando hicieron la encuesta empezaron a decir ‘ay estás loco y yo no salí loca’ (Adolescente 1, mujer).

4. **Barreras a nivel del sistema escolar**

a. *Falta de privacidad en atención del psicólogo escolar.*

“El psicólogo del liceo me había ayudado un poco, pero no me gustaba mucho... te sacan de la sala y te van a buscar a la sala y es como: ‘Cristina, te busca el psicólogo’... No me gustaba que todos mis compañeros supieran que yo iba a ir al psicólogo.” (Adolescente 4, mujer)

b. *Falta de confianza en los profesores.*

c. *Falta de conocimiento o información sobre psicólogo escolar.*

“Se supone que hay un psicólogo en el colegio..., pero el psicólogo del colegio no sé si es psicólogo. Como que no entiendo.” (Adolescente 9, mujer).

5. **Barreras a nivel del sistema de salud**

a. *Dificultad para conseguir hora en atención pública.*

“Porque llamamos todos los días y siempre dice: ‘Oh, lamentablemente no tenemos horas’. Nunca tienen horas.” (Adolescente 1, mujer).

b. *Falta de privacidad en entrevista con profesional.*

c. *Profesional brinda información insuficiente sobre el diagnóstico y el tratamiento.*

d. *Falta de beneficio de la psicoterapia.*

“La psicóloga me pregunta cosas... así como ‘hola, tanto tiempo. ‘-¿Y cómo hai’ estado? -Bien -¿Y tu familia? -No, si ahí están, y listo”. No es como preguntas más profundas.” (Adolescente 8, hombre).

Facilitadores para la búsqueda de ayuda formal en salud mental

1. **Facilitadores a nivel personal**

a. *Querer sentirse mejor es un motivador para buscar ayuda.*

b. *Experiencia personal positiva en el pasado de atención en salud mental.*

“Porque yo tenía esa idea [experiencia] de cuarto básico... Entonces yo le decía ‘mamá quiero ir al psicólogo.’ (Adolescente 1, mujer).

c. *Reconocer síntomas de depresión.*

“... como que me preguntaba por qué me siento mal y veo que otras personas se sienten bien y todo... Y entonces, eso fue como más lo que me motivó a pedirle a mi mamá que me lleve al psicólogo.” (Adolescente 9, mujer).

2. **Facilitadores a nivel familiar**

a. *Presencia y el apoyo activo de la familia.*

b. *Antecedentes familiares de atención en salud mental con experiencia favorable.*

“El iniciar tratamiento lo tomé bien, es que mi mamá pasa metida en cosas así... entonces yo sabía que el psiquiatra no era para locos ni nada.” (Adolescente 6, hombre).

c. *Presencia de la madre se consideran los principales facilitadores en este sistema.*

“Ella [madre] me preguntó. Dijo ‘oye, ¿querís ir al psicólogo?’ y yo le dije, ya.” (Adolescente 8, hombre).

3. **Facilitadores a nivel de pares**

Pares que están al tanto de la sintomatología motivan a buscar ayuda profesional.

“Mis amigos me dijeron que hablara con el psicólogo, que me haría bien hablar con alguien que sepa.” (Adolescente 9, mujer).

4. *Facilitadores a nivel del sistema escolar*

a. *Aplicación de cuestionarios de depresión.*

“... Si yo no hubiera hecho esa encuesta, yo nunca, ni mis papás hubiéramos sabido si yo tenía depresión o no.” (Adolescente 5, mujer).

b. *Profesores reconocen síntomas e incentivan la atención profesional.*

5. *Facilitadores a nivel del sistema de salud*

a. *Otros profesionales de salud reconocen síntomas y derivan a salud mental.*

b. *Trato amigable del personal y profesionales del centro de salud.*

“Que el psicólogo no sea pesado, cávido para atenderte. Que parezca que te comprenda... tener más confianza.” (Adolescente 1, mujer).

DISCUSIÓN

Este estudio con metodología cualitativa, realizado en Santiago de Chile, permitió identificar diferentes factores que intervienen en el fenómeno de la búsqueda de ayuda formal con profesionales de salud mental, en adolescentes con depresión, desde su perspectiva, y a partir de sus propias creencias y experiencias.

Se encontró que existen factores importantes en los diferentes sistemas del modelo, basado en la teoría ecológica de Bonfrenbrenner (1987)⁶ que influyen en la decisión y el proceso de buscar ayuda profesional.

Las principales barreras fueron estigma, minimización de síntomas y preocupación por confidencialidad. Los principales facilitadores fueron contar con red de apoyo, reconocimiento de síntomas e intervenciones escolares

que favorecen la detección de síntomas. Los hallazgos coinciden con lo reportado en otros estudios. Por ejemplo, Gulliver et al (2010)⁴ en una revisión sistemática de las barreras y facilitadores en la búsqueda de ayuda, realizada en Australia, encontraron en 13 estudios que el estigma social y personal eran los que más peso tenían en la decisión de buscar ayuda formal. También coincide este estudio con los hallazgos de otros estudios realizados en Estados Unidos, que encontraron como barreras la normalización de los síntomas, la percepción de no necesitar tratamiento profesional y la situación económica de los jóvenes y familia^{10,11}.

En este estudio se encontraron algunos temas novedosos e importantes. Existe la presencia de un imaginario de la depresión relacionado con un cuadro grave, lo que impide buscar ayuda ante cuadros leves y moderados. Se le otorga gran importancia a la privacidad y confidencialidad de la atención. Además, los jóvenes consideraron importante la aplicación de cuestionarios en el sistema escolar, en el contexto de una investigación mayor para poder tomar conciencia de la necesidad de búsqueda de ayuda profesional en salud mental. También se encontró presencia de estigma anticipado, en donde el sospechar que habrá una actitud de discriminación y de lástima por parte de otros, es identificado como una barrera para buscar ayuda. Es relevante el que algunos jóvenes describieron una falta de utilidad de la psicoterapia. Por otro lado, fue un facilitador el haber tenido una buena experiencia propia o en la familia, de atención con profesionales de salud mental.

Aplicando el modelo de búsqueda de ayuda de Rothi y Leavy⁵ a nuestros ha-

llazgos se identifica lo siguiente:

1. Etapa de reconocimiento del problema. Se encontró que existen factores que lo obstaculizaron. Tales como la normalización y la minimización de los síntomas y el estigma, tanto de los adolescentes como de sus cercanos. Algunos adolescentes tomaron conciencia de la necesidad de búsqueda de ayuda, a partir de sus resultados en los cuestionarios del proyecto mayor.
2. Etapa de decisión. La decisión de buscar ayuda de un profesional parecería estar relacionada con la gravedad del cuadro. La decisión es un paso que debe ser asistido por una persona adulta. La experiencia previa de atención en salud mental, sea propia del joven como de un familiar, puede actuar como facilitador o barrera. La información que tienen los adolescentes y padres en relación al lugar y profesional adecuado para tratar al joven, es necesaria.
3. Etapa de acción. La acción fue asistida en mayor medida por la madre. En algunos casos hubo dificultad de acceder a horas para atención en salud mental. El apoyo activo de la red social motiva a buscar atención, así como para mantener el tratamiento en el tiempo.

Este estudio tiene algunas limitaciones. La muestra fue obtenida de un programa mayor que consideraba una sensibilización en la temática de depresión, hubo menor representación del género masculino y corresponde sólo a jóvenes escolarizados. Sin embargo, nuestros hallazgos son útiles para el diseño futuro de estrategias preventivas e intervenciones dirigidas a los diferentes sistemas en donde se desarrolla los adolescentes, para eliminar las barreras y potenciar los facilitadores y así lograr

que los jóvenes, y en general la población con depresión, busque ayuda formal de manera oportuna e inicien el tratamiento adecuado.

Las intervenciones posibles a las que lleva el estudio están relacionadas con la implementación de campañas anti-estigma a diferentes niveles, capacitación a los profesores y psicólogos escolares para reconocer síntomas de riesgo, aumentar la confianza y asegurar la privacidad.

En atención en salud mental, se debe enfatizar el crear adecuados vínculos terapéuticos y respetar la confidencialidad. La información que proveen los profesionales tiene que ser en un lenguaje adecuado para su entendimiento. La psicoeducación en todos los sistemas es sumamente importante. Se debe fomentar y respaldar a las redes de apoyo para trabajar de manera multidisciplinaria, y actuar desde la prevención y la promoción de la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L (2017). Depresión en niños y adolescentes. En JM Rey, Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines, capítulo E.1.
2. De la Barra F, Vicente B, Saldivia S, Melipillán R. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. Rev Médica Clin Condes. 2012;23(5):521-529. doi:10.1016/s0716-8640(12)70346-2
3. Hunt J, Eisenberg D. Mental health problems and help-seeking

- king behavior among college students. *J Adolesc Health*. 2010 Jan;46(1):3-10. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.08.008.
4. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010 Dec 30;10:113. doi: 10.1186/1471-224X-10-113.
5. Rothì DM, Leavy G. Mental Health Help-Seeking and Young People: A Review. *Pastor Care Educ*. 2006;24:3-14. doi: 10.1111/j.1468-0122.2006.00373.x
6. Bronfenbrenner U (1987). *La Ecología del Desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós.
7. Hirmas Adaury M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa [Health care access barriers and facilitators: a qualitative systematic review]. *Rev Panam Salud Pública*. 2013 Mar;33(3):223-231. doi: 10.1590/s1020-49892013000300009.
8. Caelear AL, Griffiths KM, Christensen H. Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents: magnitude and predictors. *J Affect Disord*. 2011 Mar;129(1-3):104-8. doi: 10.1016/j.jad.2010.08.019.
9. Strauss A, Corbin J (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
10. Czyz EK, Horwitz AG, Eisenberg D, Kramer A, King CA. Self-reported barriers to professional help seeking among college students at elevated risk for suicide. *J Am Coll Health*. 2013;61(7):398-406. doi: 10.1080/07448481.2013.820731.
11. Eisenberg D, Downs MF, Golberstein E, Zivin K. Stigma and help seeking for mental health among college students. *Med Care Res Rev*. 2009 Oct;66(5):522-41. doi: 10.1177/1077558709335173.