



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
ESCUELA DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
FACULTAD DE MEDICINA**

**FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES PARA LA BÚSQUEDA DE AYUDA  
TEMPRANA EN SALUD MENTAL  
Desde la perspectiva de adolescentes con depresión en Santiago de Chile**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica, Mención Psicología Infanto-  
Juvenil

**Andrea Cristina Landázuri Sáenz**

**Profesora Guía: Vania Martínez Nahuel**

Santiago de Chile, año 2019

## **RESUMEN**

**Introducción:** En Chile, la prevalencia de depresión en adolescentes es de aproximadamente 7%, siendo más frecuente en mujeres. De estos jóvenes solo entre el 18% y 34% buscan ayuda profesional.

**Objetivo:** Describir y analizar los facilitadores y obstaculizadores para la búsqueda de ayuda formal desde la perspectiva de adolescentes entre 15 y 17 años con depresión en Santiago de Chile.

**Metodología:** Es un estudio cualitativo exploratorio y descriptivo, desde el enfoque fenomenológico. El método de análisis estuvo basado en la teoría fundamentada. La muestra estuvo formada por diez adolescentes a quienes se realizó entrevistas semi estructuradas.

**Resultados:** Los principales obstaculizadores fueron el autoestigma, la normalización y minimización de la sintomatología depresiva por parte de los adolescentes, la familia y pares, y la dificultad para acceder a la atención en salud mental. Los facilitadores fueron, contar con una red de apoyo, reconocer los síntomas y las intervenciones escolares en la identificación de un posible trastorno del ánimo.

**Conclusión:** La búsqueda de ayuda formal es un proceso que debe ser asistido por un adulto. Se debe trabajar de manera conjunta con el adolescente, su familia y pares brindando información sobre la depresión y su tratamiento, para así disminuir el estigma, la normalización de los síntomas y lograr una atención profesional oportuna.

## **PALABRAS CLAVE:**

Depresión, adolescencia, búsqueda de ayuda, facilitadores, obstaculizadores.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a toda mi familia, mis padres y hermanos por ser el motor para cumplir mis sueños y metas durante toda mi vida, por confiar en mí y en mis proyectos para crecer como profesional y sobre todo como persona. Gracias por el apoyo, la contención y el amor incondicional que siempre me lo han hecho sentir, por cada consejo y palabra de ánimo.

Quiero agradecer a mi marido Leonardo, que es mi pilar fundamental, quien me motiva y anima para luchar y conseguir lo que me propongo. Gracias por emprender esta aventura junto a mí. Gracias por estar siempre a mi lado, por tu apoyo y palabras que siempre llegaban en el momento preciso para seguir con este camino. Gracias por tu amor infinito.

A mi profesora guía, Vania Martínez, gracias por permitirme ser parte del equipo de investigación, por la paciencia, el ánimo, el apoyo, la contención y el conocimiento que me brindó durante todo el proceso de realización de la tesis.

A Carolina Luttes que fue una pieza fundamental en este camino de realización de tesis, gracias por los consejos, la paciencia, la ayuda, el ánimo, tiempo y empatía.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	6
<b>2.1. Adolescencia</b> .....	6
<b>2.2. Trastorno depresivo</b> .....	9
<b>2.2.1. Prevalencia</b> .....	11
<b>2.2.2. Factores de riesgo y protectores</b> .....	13
<b>2.2.3. Comorbilidad</b> .....	15
<b>2.2.4. Consecuencias de Depresión</b> .....	16
<b>2.2.5. Tratamiento</b> .....	18
<b>2.2.5.1. Sistema de atención GES/AUGE</b> .....	20
<b>2.3. Búsqueda de ayuda</b> .....	21
<b>2.3.1. Modelo búsqueda ayuda</b> .....	26
<b>2.3.2. Género y búsqueda de ayuda</b> .....	27
<b>2.3.3. Facilitadores y Obstaculizadores en la búsqueda de ayuda formal</b> .....	30
<b>2.4. Estigma</b> .....	32
<b>2.4.1. Poder y estigma</b> .....	35
<b>2.5. Modelo Ecológico</b> .....	37
<b>3. MARCO METODOLÓGICO</b> .....	44
<b>3.1. Pregunta de investigación</b> .....	44
<b>3.2. Objetivos</b> .....	44
<b>3.3. Preguntas directrices</b> .....	45
<b>3.4. Diseño de la investigación</b> .....	46
<b>3.5. Muestreo</b> .....	47
<b>3.5.1. Criterios de Inclusión</b> .....	47
<b>3.6. Proceso de reclutamiento</b> .....	47
<b>3.7. Técnica de producción de información</b> .....	48
<b>3.8. Análisis de Datos</b> .....	49
<b>3.9. Consideraciones Éticas</b> .....	50
<b>4. RESULTADOS Y ANÁLISIS</b> .....	52
<b>4.1. Caracterización de la muestra</b> .....	52

4.2. Presentación y análisis de los resultados.....	53
5. DISCUSIÓN.....	97
5.1. Importancia del estudio.....	113
5.2. Recomendaciones de Intervención .....	116
5.3. Limitaciones .....	117
5.4. Proyecciones a Futuro .....	118
6. BIBLIOGRAFÍA.....	120
7. ANEXOS .....	135
Anexo 1. Carta Consentimiento Informado padres .....	135
Anexo 2. Asentimiento Informado adolescentes .....	139
Anexo 3. Preguntas guía .....	142
Anexo 4. Carta de aprobación Comité de Ética.....	149
Anexo 5. Obstaculizadores, Búsqueda de ayuda profesional .....	151
Anexo 6. Facilitadores, Búsqueda de ayuda profesional .....	152
Anexo 7. Obstaculizadores, Inicio y mantención tratamiento .....	153
Anexo 8. Facilitadores, Inicio y mantención .....	154

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura.1.- Modelo Ecológico Urie Bronfenbrenner (1987).....	39
Figura 2. Modelo búsqueda ayuda en adolescentes con depresión Chile.....	114
Figura 3. Modelo ecológico de búsqueda de ayuda en adolescentes con depresión Chile.....	115

## 1. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, disminución de la energía, baja autoestima, alteración en el sueño, apetito, y pobre concentración. En las últimas décadas la depresión se ha convertido en un grave problema de salud mental a nivel mundial, y su prevalencia ha aumentado considerablemente. En Chile se identifica la depresión unipolar como la segunda causa de años de vida perdidos por discapacidad o muerte (Ministerio Salud, MINSAL, 2008).

En Chile en un estudio epidemiológico realizado en el 2012, se encontró que dentro de la población infanto juvenil que presentaban algún impedimento, la prevalencia de trastornos afectivos, específicamente la depresión mayor corresponde a un 5,1%, correspondiendo un 3,2% en hombres y 7,1% en mujeres. Es importante el grupo etario que corresponde entre los 12 y 18 años ya que la prevalencia total de 7%, siendo de igual manera más frecuente en mujeres que en hombres (De la Barra M, Vicente, Saldivia B, & Melipillán A, 2012)

Se puede observar que un 80% de los sujetos con depresión inician el trastorno depresivo antes de los 20 años. La adolescencia es una edad en donde existe un riesgo elevado de inicio de depresión (Cook, Peterson, & Sheldon, 2009). Estos episodios tempranos representan el comienzo de un trastorno afectivo caracterizado por recurrencias y con consecuencias graves en la vida adulta. En el mismo estudio epidemiológico realizado por Cook et al. (2009) se demuestra que existe una recurrencia de 20 a 60% entre el primer y segundo año posterior a la remisión, este porcentaje se eleva a un 70% a los 5 años.

La comorbilidad de la depresión en el caso de niños y adolescentes es alta, alrededor de un 40% a un 90% posee otra patología, y entre el 20 y el 50% tienen dos o más condiciones mórbidas, cobrando más importancia la detección y tratamiento oportuno del mismo (García, 2003).

En este sentido, en el mismo estudio epidemiológico del 2012 realizado en Chile se encontró comorbilidad en el 49,3% de los casos. La comorbilidad más frecuente fueron los

trastornos afectivo y ansiosos, seguido de los trastornos afectivos y trastorno disruptivo (De la Barra et al., 2012).

El trastorno depresivo se asocia a graves consecuencias en los diferentes ámbitos del sujeto, como: un mal desempeño escolar, dificultad en las relaciones interpersonales, conductas de riesgo y problemas de salud física, siendo el consecuencia más grave la suicidalidad (Araya, Montero-Marin, Barroilhet, Fritsch, & Montgomery, 2013; Cook et al., 2009; Knapp, McCrone, Fombonne, Beecham, & Ostar W, 2002; World Federation of Mental Health [WFMH] 2012).

El suicidio es la segunda causa de muerte en los adolescentes entre 10 y 24 años, un 80% de estos casos estarían relacionados con trastornos depresivos (Echávarri, Maino, Fischman, Morales, & Barros, 2015). En la población adolescente la ideación suicida se presenta en el 60% de los casos con depresión y un 30% intenta suicidarse (Rey, Bella-Awusah, & Jing, 2017). En Chile la tasa de suicidios en el grupo de adolescentes entre diez y catorce años, aumentó un 50% desde año 2000 al 2009, así también en el grupo de quince a diez y nueve años el aumento fue de un 30% en el mismo periodo (MINSAL, 2013). Actualmente la tasa se ha sostenido desde el 2009, sin embargo, es importante tener en cuenta los diferentes factores que pueden llevar a los adolescentes<sup>1</sup> al suicidio, siendo uno de estos el tratamiento oportuno de la depresión para disminuir esta tasa de suicidalidad.

Existe una gran brecha entre los adolescentes que tienen depresión y aquellos que buscan ayuda formal<sup>2</sup>. En una revisión sistemática realizada en Australia en el año 2010 se evidencia que solo entre un 18 y 34% de los jóvenes que presentan altos niveles de síntomas depresivos o ansiedad buscan ayuda profesional. (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). En un estudio realizado en Chile, que trata acerca de las barreras de acceso a tratamiento de depresión postparto en la Región Metropolitana, se identificaron factores como barrera para la búsqueda de ayuda formal: la falta de conocimiento de la

---

<sup>1</sup> En el estudio presente, se hará referencia a “los adolescentes” tomando en cuenta que corresponde a adolescentes mujeres y hombres.

<sup>2</sup> Ayuda formal, corresponde a la ayuda de un profesional de la salud mental, sea este médico general o familiar, psiquiatra o psicólogo clínico. A partir de este momento se tratará como ayuda formal o profesional.

enfermedad, una concepción negativa y rechazo al tratamiento y a los profesionales de la salud, pobres redes sociales de apoyo, y otros en relación al sistema médico como las largas esperas y la falta de coordinación entre los clínicos y los administrativos (Rojas et al., 2015).

De la misma manera en una revisión sistemática realizada por autores chilenos en el 2013 en donde se buscan las barreras y facilitadores de acceso a la atención en salud, se encontró como barreras: el costo de la consulta, el temor o vergüenza de atenderse en un servicio de salud, la desconfianza en los equipos de salud y el estigma, creencias y mitos (Hirmas et al., 2013). Varios estudios internacionales también, hacen referencia a factores como son la situación financiera, la disponibilidad del servicio, la experiencia previa en salud mental, la necesidad de autonomía, la alfabetización en temas de salud mental, el estigma y la confidencialidad como principales obstaculizadores (Barney, Griffiths, Jorm, & Christensen, 2006; Wilson, Deane, Marshall, & Dalley, 2010). Estos resultados cambian de acuerdo a la población y objetivos específicos de cada investigación.

Los adolescentes muchas veces prefieren permanecer en silencio y no buscar ayuda informal (par, familiar) ni formal (profesionales de salud mental), llegando a tener un nivel de ansiedad extremadamente alto que puede asociarse a ideación suicida, y a una prolongación para iniciar un tratamiento.

En relación a la búsqueda de ayuda y sintomatología depresiva, estudios identifican una asociación importante e inversa, que es que a más síntomas depresivos, menor será la búsqueda de ayuda. Mientras que otros trabajos, muestran la relación de sintomatología y búsqueda de ayuda de manera directa; a más síntomas, mayor será la búsqueda de ayuda. Lo que demuestra una discordancia o que los estudios no son concluyentes, ya que presentan diferentes resultados de acuerdo a la población en estudio (Barney et al., 2006; Sawyer et al., 2012)

Existen varios factores como la etnia, la edad, y el género que determinan el comportamiento de la búsqueda de ayuda en salud. En un meta análisis realizado en el 2010 que trata la diferencia del género y su relación con la búsqueda de ayuda, se encontró que en cuatro de 14 estudios, el género no tuvo influencia para la búsqueda de ayuda, sin embargo, en los 10 restantes sí fue un factor determinante de la misma. Se vio que las

mujeres tienen una actitud más positiva para la búsqueda de ayuda, mientras que los hombres prefieren esconder su sintomatología y no acudir a buscar ayuda profesional (Nam et al., 2010).

Según varios autores se ha visto que existen cuatro factores que afectan los comportamientos de búsqueda de ayuda: primero, reconocimiento de la necesidad personal de ayuda profesional; segundo, tolerancia al estigma asociado con la psicoterapia, lo que hace referencia a la cercanía o antecedentes personales o familiares de atención en salud mental, tercero, apertura interpersonal con respecto a los problemas de uno; y cuarto, confianza en la capacidad del profesional de salud mental para la ayuda. Estos permitirán al adolescente tomar la decisión de buscar ayuda profesional o no.

Los adolescentes se desarrollan en diferentes sistemas y todos estos se interrelacionan. En los diferentes sistemas se ubican los factores que actúan como barrera o que facilitan esta búsqueda de ayuda. Es importante considerar el fenómeno de la búsqueda de ayuda en base al modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1987), tomando en cuenta los diferentes sistemas en los que el adolescente se desarrolla, ya que en cada uno de estos se encuentran factores que intervienen para que el adolescente tome la decisión de buscar o no ayuda formal.

Son pocos los estudios realizados en población de América Latina sobre la búsqueda de ayuda profesional, la mayoría de los estudios están enfocados en población adulta, o mayores de 20 años. Los estudios se han realizado en su gran mayoría en Australia, Norte América y Medio Oriente. En Chile son escasos los estudios que abarcan el tema de la búsqueda y acceso a los servicios de salud mental. Una investigación se realizó en mujeres mayores de 18 años y con depresión posparto, en donde se identifican las barreras de acceso al servicio de salud (Rojas, y otros, 2015), así también un estudio realizado en adolescentes mayores de 18 años en donde se buscó los predictores culturales y psicológicos de la búsqueda de ayuda psicológica en estudiantes universitarios en Temuco, Chile (Salinas-Oñate, Baeza-Rivera, Escobar, Coloma, & Carreño, 2018). Sin embargo, no existen estudios cualitativos que exploren los obstaculizadores y los facilitadores para la búsqueda de ayuda formal desde la perspectiva propia de los adolescentes menores de 18 años con trastorno depresivo. Por lo que toma relevancia el estudiar este fenómeno de la

búsqueda de ayuda en salud mental teniendo presente las creencias y experiencias de los jóvenes, que permitirá realizar intervenciones para facilitar el acceso de estos a la atención y realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

La búsqueda de ayuda temprana reduce con éxito el impacto de la depresión a largo plazo, disminuye las comorbilidades, y especialmente el riesgo de suicidio. De la misma manera es considerada como un factor protector en la salud mental, en el bienestar y en el desarrollo de los niños y adolescentes. Teniendo presente que un gran número de adolescentes no busca ayuda 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. La única manera para reducir las barreras y potenciar estos facilitadores es entendiendo cuales son estos factores que mantienen al adolescente alejado del servicio de salud mental.

Así surge la **pregunta de investigación**: ¿Cuáles son los facilitadores y obstaculizadores para la búsqueda de ayuda temprana desde la perspectiva de adolescentes con depresión de ambos sexos de entre 15 y 17 años en la ciudad de Santiago?

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Adolescencia

Como es de conocimiento general los seres humanos transitan a través de diferentes etapas a lo largo de su existencia, entre las cuales se encuentran la infancia y la adolescencia. Dichas etapas en tiempos pasados eran invisibles, sin embargo con el paso de los años ha empezado a visibilizar a estos sujetos que transitan por estas etapas. En diferentes culturas y regiones del mundo se han encontrado diversos ritos de transición que marcan la entrada del niño a “los papeles sociales de la vida adulta” (Organización Mundial de la Salud, 2000). Por ejemplo, el matrimonio y el inicio de la actividad laboral son considerados los ritos más visibles en el mundo occidental y aún más en el oriental. De la misma manera Morales y Olivari (2011) hacen referencia a los diferentes ritos o rituales que marcan la “integración al mundo adulto de una comunidad”.

Es importante considerar que el concepto de adolescencia aparece apenas a finales del siglo XX, en el período post revolución industrial, dentro de un contexto en el cual la expansión de la educación y el desarrollo de las ciudades formaban parte fundamental de la sociedad de la época (Morales & Olivari, 2011). Otro hito importante en torno al concepto de adolescencia, es el período entre la primera y la segunda guerra mundial, ya que es aquí donde aparecen los primeros tratados contra el trabajo de los niños. Pero, es recién en 1959 cuando se aprueba la declaración de los derechos de los niños, y 20 años después en 1979 se celebra el primer año Internacional del niño seguido de la celebración en 1987 del primer año internacional de juventud. Finalmente en el año 1989 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprueba el Convenio sobre los derechos de los niños, el cual entra en vigencia en 1990 tras la ratificación de 20 países miembros, y que reconoce a los niños, niñas y adolescentes (NNA) como sujetos de derecho, promoviendo así su bienestar integral (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2011).

Respecto al origen de la palabra “adolescencia”, ésta surge del verbo latín “adolecere” que significa “comenzar a crecer”, lo que muestra a este concepto como un proceso, un transcurrir en el tiempo. De esta manera según la Organización de Naciones Unidas, se pone fin a una errónea concepción de los adolescentes como inexpertos,

incompletos e incapaces y a quienes se les negaba el reconocimiento como sujetos (UNICEF, 2011)

UNICEF (2013) reconoce a la adolescencia como una construcción histórica de un proceso social, en el cual se considera a la adolescencia como una etapa través de la cual se llega a la madurez, vale tener presente que ésta no se alcanzará de manera homogénea en todos los individuos, ya que en el transcurrir de este proceso se ponen en diálogo e intervienen diferentes factores que se encuentran interrelacionados y que afectan de manera distinta a los jóvenes, a la familia y a su entorno.

De acuerdo a un informe realizado por UNICEF (2011), establece la deficiencia de la adolescencia como aquellas personas cuyas edades están comprendidas entre los 10 y 19 años. De la misma manera la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) identifica a la adolescencia como un período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. En la misma dirección, la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia (SAHM) clasifica como adolescentes a los individuos de entre 10 y 21 años, y hace diferencia de tres fases: Primero, la adolescencia inicial en la cual la pubertad marca su inicio, ésta comprende las edades de 10 a 14 años. Segundo la adolescencia media que se encuentra entre los 15 y 17 años. Finalmente la tercera, denominada tardía que abarca las edades entre los 18 a 21 años. (Güemes- Hidalgo, Ceñal González-Fierro, & Hidalgo Vicario, 2017)

A diferencia de la rigidez expuesta anteriormente en cuanto a la definición del período comprendido entre los 10 y 19 años, Uribe y Nadurille en el capítulo publicado en García (2013) identifican a la adolescencia como un proceso que abarca varios aspectos biológicos, físicos, sociales, psicológicos, culturales y de autonomía e independencia en diferentes niveles lo que hace muy difícil poder definir de manera tan precisa un solo rango de edad.

En la misma dirección el constructo de adolescencia asume diferentes significados de acuerdo al país, a la cultura, y también está sujeto al contexto socioeconómico. Se trata de un proceso que es individual, es decir, diferente en cada persona, en donde existen según

la OPS/OMS (2000) varios sistemas que intervienen en el desarrollo y maduración del adolescente, entre los que destacan el biológico y el psicosocial.

En cuanto al sistema biológico, durante la adolescencia el cerebro atraviesa transformaciones muy profundas para alcanzar el nivel de desarrollo al que llegará en la edad adulta. Estos cambios afectan en muchas maneras al adolescente, según García (2013) “afectan de muchas maneras desde la toma de decisiones impulsivas y sin lógica, pasando por el exponerse a riesgos absurdos, buscar la identidad a través del desafío y los riesgos” (p. 255). Siguiendo esta misma idea Uribe y Nadurille (en García 2013) consideran importante el conocer sobre estos cambios fisiológicos que, “muy probablemente expliquen la mayoría de las “rarezas”, “inconsistencias” o “problemas” con los que tienen que lidiar las y los adolescentes” (p. 256).

Por otra parte, en torno al sistema psicosocial, los adolescentes de hoy se mantienen en un cambio constante por toda la industria desarrollada alrededor a las sociedades, el consumismo, el desempleo; lo que significa completar una serie de desafíos grandes durante esta etapa de transición (Le Breton, 2012).

Según el mismo Le Breton (2012) el adolescente se mantiene en incertidumbre por una apertura a las responsabilidades de la vida adulta. El joven pasa la etapa de la niñez, sin embargo, no llega a reconocerse como un adulto con todos los cambios que implica. Paralelamente la adolescencia es un tiempo en el que existen cambios frecuentemente asociados a pérdidas y reajustes a nivel familiar, escolar y personal (Bennett, 2012). Uno de los primeros resultados que ocurren como respuesta a los factores antes mencionados, es el distanciamiento afectivo de la familia y una cercanía a los pares y grupos de amigos, lo que conlleva a una remodelación de la forma de relacionarse con la gente que los rodea, y esto no solo es una consecuencia para el adolescente sino también para sus padres (Vásquez, 2012).

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto es importante entender a la adolescencia no como un período de crisis, sino que se la debe considerar como un momento de cambio, de reestructuración de la identidad, en donde los adolescentes intentan

resolver y adaptarse a esas nuevas formas de verse a sí mismo y a los demás. Por eso es necesario entender el proceso de la adolescencia de manera completa, relacional y dinámica, influido no solamente por la biología sino también por la evolución histórica, el rol cultural y el género entre otro cúmulo de aspectos que se mezclan a esta concepción que llamamos juventud (Oliva, 2004).

La adolescencia es una etapa crucial para el tratamiento de la depresión, ya que es aquí donde se presentan los primeros episodios del trastorno (Timlin-Scalera, Ponterotto, Blumberg, & Jackson, 2003). Esta es una etapa en donde si el tratamiento es adecuado y oportuno se podrá disminuir la incidencia de recurrencias dentro de los años siguientes en el desarrollo del sujeto. De la misma forma, disminuir las comorbilidades como es el abuso de sustancias, problemas al buscar trabajo en edad adulta, un efecto negativo en las relaciones interpersonales y el riesgo de suicidio (Curry, et al, 2011; Rey, Bella-Awusah, & Jing, 2017).

## **2.2. Trastorno depresivo**

Para el desarrollo del presente trabajo es necesario exponer las diferencias que existen entre los conceptos de salud mental y enfermedad mental. Por un lado a la salud mental según la OMS (2004) se define como "... un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". Por el contrario enfermedad mental, es concebida como una alteración de tipo emocional, cognitiva o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición y la conciencia, y dificulta la adaptación de la persona al entorno cultural y social en el que vive (Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 2013).

Estos conceptos permiten abordar de manera más completa al trastorno depresivo, considerando los criterios diagnósticos establecidos dentro de los manuales del DSM 5, así también considerando desde la clínica los aspectos únicos de cada sujeto.

La depresión mayor se encuentra dentro de la clasificación del DSM 5 en el apartado de trastornos depresivos. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM5), la depresión se define como un trastorno del estado del ánimo, en donde predomina la tristeza patológica, la desesperanza, la apatía, la anhedonia y la irritabilidad, además está acompañada de cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional del individuo. El diagnóstico se establece de acuerdo a los criterios establecidos:

- A. Cinco o más de los siguientes síntomas que han estado presentes durante dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
  1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación de otras personas (en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable).
  2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
  3. Pérdida de peso sin hacer dieta o aumento de peso (mas de 5% del peso corporal en un mes).
  4. Insomnio o hiperinsomnia casi todos los días.
  5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
  8. Disminución de la capacidad de concentrarse o para tomar decisiones casi todos los días.
  9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo y deterioro en lo social, laboral, y otras áreas importantes del funcionamiento.

- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por otro trastorno.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Si el adolescente presenta los criterios listados, el diagnóstico corresponde a un trastorno depresivo.

En Chile, la depresión según el Ministerio de Salud se entiende como una alteración patológica del estado de ánimo, que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por lo menos dos semanas (MINSAL, 2013).

Las manifestaciones de la depresión pueden variar dependiendo del género, la edad, y los antecedentes personales y culturales. En Chile existe una prevalencia alta de depresión por lo que toma importancia hablar sobre este trastorno.

### **2.2.1. Prevalencia**

La depresión en las últimas décadas se ha convertido en un grave problema en salud mental a nivel mundial. Según la OMS (2018) esta enfermedad afecta a más de trescientos millones de personas a nivel mundial. En un metaanálisis realizado en el 2015, se encontró una prevalencia a nivel mundial de trastornos mentales de 13,4%, y la depresión correspondió a 2,6% (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015). La depresión es una de las principales causas mundiales de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes y que ha ido en aumento a partir del 2005 creciendo de un 17,2% a un 19,2% hasta el 2015 (Global Burden of Disease, GBD, 2016). De acuerdo a Rey, et al (2017) la carga de la depresión no se ha podido establecer con claridad, sin embargo, considerando que el trastorno continúa hasta la vida adulta parecería ser que la carga se vuelve considerable.

La mayoría de los estudios coinciden que 1% a 2% de los niños, y alrededor de 5% de los adolescentes sufren depresión en algún momento de su vida. De la misma manera se

estima que un 5% a 10% de los jóvenes manifiestan depresión subclínica, lo que conlleva a mayor riesgo de suicidio y de desarrollar depresión mayor (Rey et al, 2017).

El inicio de la depresión a edades tempranas y la falta de un tratamiento oportuno están asociados con episodios recurrentes hasta la edad adulta, una disminución del funcionamiento social y laboral, una menor calidad de vida, mayor frecuencia de intentos de suicidio y mayor gravedad de los síntomas (Berndt et al, 2000). Aproximadamente un 70% de los adolescentes con depresión presentan episodios de recurrencia después de cinco años del primer episodio de acuerdo a la investigación realizada por Lewinsohn, Rohde, y Seeley (1998).

La depresión de acuerdo al género tiene una prevalencia similar en niños en edad prepuberal, y en la adolescencia las mujeres tienen el doble de probabilidad de tener depresión que los hombres, existiendo una relación de 2:1 (Hyde, Mezulis, & Abramson, 2008). Esta diferencia se hace más notable en la adolescencia, para lo cual se han postulado varias teorías, de acuerdo a Ardila y Duran (2013), las presiones de la socialización que exigen a la mujer inhibir la ira y asumir la responsabilidad del fracaso de las relaciones es una de las causas que lleva a la mujer a ser más vulnerable a la depresión. De manera complementaria Rey, et al (2017) considera que existen también factores biológicos dentro de la pubertad, así como la menarquia temprana que intervienen aumentando el riesgo de depresión en mujeres.

En Chile, la prevalencia total de un trastorno psiquiátrico asociado discapacidad psicosocial es de 22,5% en niños y adolescentes, siendo la prevalencia de depresión mayor un 5,1% en su totalidad de la población infanto juvenil. Y en la edad de 12 a 18 años, el porcentaje corresponde a 7% (De la Barra et al., 2012).

Varios estudios hacen referencia a la prevalencia de los trastornos de salud mental en la población infanto juvenil, en el último estudio sobre prevalencia en Chile realizado por De la Barra et al (2012) se encontró que las cifras nacionales fueron elevadas en comparación con cifras globales. Lo que brinda mayor importancia a la investigación relacionada con el trastorno depresivo, para prevenir y conocer los factores protectores y de

riesgo y promover la atención y tratamiento oportunos de este trastorno en la población general y con mayor interés en la infancia juvenil.

### **2.2.2. Factores de riesgo y protectores**

Los diferentes sistemas que rodean al adolescente, representan factores que serán protectores para el desarrollo de depresión, y otros que por el contrario serán de riesgo para presentar un cuadro de depresión.

La familia es uno de los sistemas más significativos en cuanto a los factores de riesgo y protectores. Antecedentes de familiares con trastorno depresivo se lo considera como un factor de riesgo, sin embargo, también permite poner mayor atención en realizar un seguimiento cercano a estos adolescentes que tienen mayor riesgo de depresión. De la misma manera, el consumo de sustancias o alcohol por los padres<sup>3</sup>, o la presencia de antecedentes familiares de trastorno bipolar, se comportan como factores de riesgo (Rey, et al., 2017). La dinámica familiar también puede reflejar ciertos factores que aumentan la probabilidad de padecer depresión. El abuso y la negligencia, como estilos de crianza negativos, conflicto padre e hijo, son los principales factores de riesgo en esta forma de relacionarse con el círculo familiar. En el sistema social, el acoso escolar, niños institucionalizados, adoptados o sin hogar así como los niños infractores de ley tienen un riesgo mayor (Rey et al., 2017).

De la misma manera según Vicente et al. (2012) en un estudio realizado en Chile, encontró que la disfunción familiar estuvo asociada con la presencia de varios trastornos de salud mental, entre los que se encontraba depresión. Los antecedentes de psicopatología familiar depresiva o bipolar también podrían representar una mayor probabilidad de tener un cuadro depresivo. De la misma manera y concordante con estudios similares, De la Barra et al. (2012) encontraron que la presencia de psicopatología en la familia aumenta cinco veces el riesgo de que el hijo presente un trastorno afectivo.

---

<sup>3</sup> El término "padres" hará referencia a padre y madre.

Adicionalmente de los factores relacionales y familiares, los factores personales tienen también asociado un riesgo para la depresión. La presencia de un trauma, experiencia de algún evento estresante en la vida del adolescente, el período de pubertad, antecedentes previos de depresión o de alguna enfermedad crónica corresponden a estos factores. Según Lewinsohn, Allen, Gotlib y Seeley (1999) en un estudio realizado con estudiantes secundarios en Estados Unidos, se encontró que eventos de estrés en la vida del individuo se relacionan fuertemente con un primer episodio de depresión, de la misma manera estresores crónicos y severos que afectan la dinámica relacional parecen ser importantes; las relaciones negativas con las familia, mala relación con los pares, y el maltrato o violencia como el buylling, se consideran estos factores de riesgo para la depresión. (Restifo & Bögels, 2009; Hawker & Boulton, 2000)

Siguiendo esta línea, se encuentra como un factor importante la predisposición biológica, en un estudio realizado en familias con gemelos, se pudo ver que en el trastorno de ansiedad y depresión tienen una relación con la predisposición genética, llegando así también a la conclusión que la ansiedad en la infancia precede a una posterior depresión en el adolescente (Thapar & Rice, 2006).

Haquin, Larraguibel y Cabezas (2004) en un estudio realizado en la ciudad de Calama, encontraron varios factores como la falta de destreza social, la baja pertenencia a un grupo, la baja autoestima, y una situación familiar irregular como factores de riesgo para desarrollo del trastorno depresivo. Se afirma que las conductas de riesgo aumentan con la edad, siendo la etapa de la adolescencia un momento de mayor prevalencia.

Al igual que existen factores de riesgo, existen otros que son protectores. Dentro de estos se consideran los siguientes: expectativas futuras, ausencia de conductas de riesgo social, de alcohol y drogas, así como un sentido de pertenencia e inserción escolar (Haquin, et al., 2004). Se asocian también factores individuales como una inteligencia alta, la capacidad de regulación emocional, el desarrollo de mecanismos para lidiar con los problemas, y estilos de pensamiento, en donde exista la resiliencia como base del mismo, intervienen para ser factores que previenen depresión (Silk et al., 2007).

### 2.2.3. Comorbilidad

La comorbilidad o la ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades diferentes en un mismo individuo se encuentra transversal en todos los trastornos de salud mental en la población infanto juvenil. Esto tiene mucha importancia ya se debe tener presente en el momento de indicar un tratamiento.

De acuerdo a estudios realizados por Lewinsohn et al. (1998) en población adolescente, un 43% de los jóvenes con depresión presentan asociados otros trastornos de salud mental. Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, y Angold (2003) en un estudio epidemiológico realizado en Estados Unidos encontró que, de los jóvenes diagnosticados con depresión, un 28% presentaba trastorno de ansiedad, un 70% de TDAH, un 3% trastorno de conducta, 3% un trastorno negativista desafiante y en 1% trastorno por consumo de sustancias. Adolescentes con depresión tienen 12 veces más propensión a tener ansiedad, 11 veces a tener un trastorno de conducta disruptiva, y 6 veces más probabilidad de tener problemas de abuso de sustancias (Costello, Foley, & Angold, 2006).

De acuerdo a De la Barra et al. (2012) en población infanto juvenil en Chile, encontraron que un 39% de sujetos de la muestra presentaron comorbilidad. La asociación más frecuente fue los trastornos afectivos con trastornos ansiosos, seguido de trastornos afectivos con disruptivos. Lo que concuerda con estudios realizados en otros países del mundo.

La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos tiene consecuencias negativas, afectan en el rendimiento académico, alteran el funcionamiento de las relaciones interpersonales, así como el rol de cada adolescente en relación a sus redes cercanas (Lewinsohn, et al., 1998). La depresión en adolescentes se manifiesta generalmente después del inicio de otros trastornos, sin embargo, la presencia de la misma aumenta el riesgo de desarrollar otro trastorno (Lewinsohn, Seeley, Pettit & Joiner, 2003; MINSAL, 2013).

La comorbilidad impacta tanto el pronóstico de la depresión como en sus consecuencias, esto según el MINSAL (2013) aumenta la persistencia de los síntomas, la

tendencia a la cronicidad y el riesgo de mortalidad, así como disminuye la respuesta a tratamientos, la productividad, la satisfacción del sujeto y aumenta el uso de recursos.

Los trastornos que están relacionados con la depresión forman parte del conjunto de consecuencias que afectan el desarrollo integral del adolescente y de su entorno.

Los profesionales deben indagar la presencia de estos trastornos paralelos, para iniciar el tratamiento adecuado. El tratamiento tardío de la depresión puede llevar a los adolescentes a una gran cantidad de consecuencias, que afectarán la vida y el desarrollo del joven.

#### **2.2.4. Consecuencias de Depresión**

El diagnóstico de depresión en edades tempranas es de mucha importancia, ya que estos cuadros son clínicamente debilitantes y están asociados a varias secuelas relacionadas con psicopatología en un futuro. Estas consecuencias afectan muchas áreas del desarrollo del ser humano, de acuerdo al MINSAL (2013) el impacto de la depresión afecta a la mayor parte de la vida del sujeto, interfiere en sus relaciones interpersonales, su conducta y funcionamiento a nivel cognitivo. De la misma manera, crea un ambiente de estrés en la familia y el grupo de cercanos en donde se desarrolla el adolescente.

La depresión es un cuadro que afecta varias áreas del desarrollo del adolescente, una de las principales afectadas es a nivel escolar. El bajo rendimiento lleva al abandono de los estudios, lo que en un futuro representará un debilitamiento del poder económico y productivo en el trabajo (Araya et al., 2013). De la misma manera afectará también el bienestar, llevando al adolescente y adulto a adoptar conductas de riesgo. Las conductas de riesgo son principalmente el consumo de drogas y alcohol (Glieb & Pine, 2002).

Siguiendo con estos hallazgos, en un estudio realizado con adolescentes mexicanos, se encontró que las consecuencias de la depresión están relacionadas con deserción escolar, bajo nivel educativo, acceso laboral y económico limitado, uso de drogas, abuso de alcohol, embarazo no planificado, y enfermedades de transmisión sexual, eso pone al adolescente “en serias desventajas psicológicas, emocionales y socioculturales” (De la O-Vizcarra, Pimentel-Nieto, Soto-Maldonado, De La O-Vizcarra, & Quintana-Vargas, 2009, p.57).

Varios estudios hacen referencia a las consecuencias y comorbilidades asociadas con la depresión, dentro de las que consideran el trastorno de ansiedad, el consumo problemático de sustancias, y trastorno bipolar dentro de los trastornos de salud mental, sin embargo, también tiene relación con problemas físicos de salud y principalmente con el suicidio (Bardone et al, 1998; Copeland, Shanahan, Costello & Angold, 2009; Fergusson, Horwood, Ridder & Beautrais, 2005).

Una de las principales y más preocupantes consecuencias de la patología depresiva, es el suicidio y la ideación suicida. Aún considerando que el suicidio es el resultado de varios factores en conjunto, existe evidencia de que la depresión es el factor de riesgo individual más potente. Un 60% de los jóvenes con depresión refieren haber tenido ideas suicidas y 30% intentó suicidarse (Rey, et al, 2017).

El suicidio es la segunda causa de muerte en este grupo etario, y más de la mitad de los adolescentes que han sido víctimas del suicidio reportaron tener depresión en ese momento (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012). El suicidio es entre dos a cuatro veces mayor en hombres que en mujeres. Aproximadamente un 4% de personas con depresión mueren por suicidio, esta asociación se ha visto que está ligada a un primer episodio del trastorno depresivo, al abuso de alcohol y personalidad impulsiva/agresiva (McGirr, et al., 2008).

En Chile, en población adolescente entre 1990 y el 2011, aumentaron las tasas de suicidio, si bien este grupo tenía una baja tasa de suicidios, este conjunto de personas fue el que sufrió la variación más importante en su estadística, siendo en 1990 una tasa de 2,7 hasta llegar en el 2011 a una tasa de 6,0. Afortunadamente las tasas a partir del año 2012 se estabilizan, siendo cinco por cada 100.000 habitantes, rompiendo con el crecimiento exponencial el cual se había venido experimentado en años previos (Larraín Salas & Lobos Mosqueira, 2017).

En un estudio del 2008 hecho en Chile, el cual se realizó con estudiantes de 1<sup>o</sup>a 4<sup>o</sup> de enseñanza media, en colegios municipales de Chillán, un 19% de los adolescentes había intentado suicidarse en los últimos 12 meses, y de esos intentos el 50% tuvo ideaciones

suicidas previas en dos o más ocasiones, siendo mayor el porcentaje de suicidalidad en el género femenino. La autoestima baja, fue uno de los factores que estuvo fuertemente ligado a la suicidalidad, lo cual se piensa estaría ligado a la desesperanza y depresión que son variables que tienen relación importante con el suicidio en los adolescentes (Salvo & Melipillán , 2008).

En relación al ámbito social, se observó que la menor cohesión familiar, y familias desvinculadas proveen un ambiente de mayor riesgo para presentar ideas o intentos suicidas. De la misma manera, un menor apoyo de pares, de la familia y cercanos es un factor que aumenta el riesgo de suicidio en adolescentes (Lauw, How How, & Loh, 2015).

Estas conductas suicidas y de riesgo deben ser evaluadas de manera cuidadosa en todos los individuos que presenten síntomas sugerentes de depresión o que tengan ya un diagnóstico.

### **2.2.5. Tratamiento**

El tratamiento de la depresión en adolescentes es especialmente importante, ya que permite prevenir episodios en el futuro, así como las consecuencias asociadas al trastorno que afectan las actividades diarias del sujeto, e interfieren en su desarrollo profesional, social y cognitivo (OMS, 2004)

En mayor cantidad de casos, es importante involucrar a los padres del adolescente en el proceso de evaluación, así como en el tratamiento. Esto fortalecerá el vínculo entre el profesional y el adolescente y mejorará la adherencia al tratamiento intentando así la remisión completa de los síntomas y recuperación completa.

Según dos estudios en relación a las intervenciones psicosociales, se encontró que la terapia cognitivo conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (PIP), parecen eficaces para depresión leve y moderada, el número de sesiones se debe establecer de acuerdo a las necesidades del paciente, así como de la gravedad y particularidad de cada caso (Rey, et al., 2007; Thapar, et al., 2012). Estas intervenciones en muchos países no representan una opción al no contar con personas y equipos capacitados para desarrollar y poner en práctica este tipo de psicoterapia, lo cual es un desafío para los países en donde los recursos no son

suficientes para recurrir a las intervenciones mencionadas que se consideran beneficiosas para los individuos (Thapar et al., 2012)

Desde el punto de vista farmacológico se ha visto, en últimos estudios realizados, que los antidepresivos tricíclicos, los cuales en el pasado se consideraban de elección, para tratar la depresión, no serían efectivos en depresión adolescente. Según un metaanálisis se pudo ver que la fluoxetina, la cual es un inhibidor de la recaptación selectivo de serotonina, sí es efectivo en estos casos (Hazell, et al.,1995).

Durante muchos años se había pensado que el tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS) era el adecuado para adolescentes con depresión, sin embargo en el 2004 en una investigación realizada por Leslie, Newman, Chesney & Perrin (2005) se pone en evidencia que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), junto con el comité de seguridad de medicamentos, después de realizar varios estudios identificaron a estos fármacos de alto riesgo en población pediátrica y juvenil por la posible relación con ideación e intentos suicidas. Según Rey et al (2017) este resultado implica que se debe advertir a los pacientes del riesgo presente y proveer estrategias para manejarlo, sin embargo, sigue siendo la primera indicación para cuadros de depresión moderadas y graves. Según varios estudios el fármaco de primera línea en adolescentes y niños para el trastorno depresivo es la fluoxetina, el cual es el inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina más estudiado aprobado en niños mayores de ocho años (Rey, et al., 2017; Scahill, Harmin, & Pachler, 2005). En casos en donde los adolescentes o niños no respondan de manera óptima se debe considerar un fármaco de segunda línea como la sertralina, el citalopram o el escitalopram (Rey, et al., 2017).

De la misma manera en un meta-análisis realizado por Weisz, McCarty y Valeri (2006) se destaca que la FDA considera los antidepresivos como posiblemente riesgosos para los adolescentes y motiva a los padres a buscar alternativas, como la psicoterapia.

De acuerdo a Weisz et al. (2006) el tratamiento que consiste en la combinación de fluoxetina y psicoterapia cognitivo conductual, tuvo mejores resultados que el tratamiento farmacológico por sí solo. Se encontró también que la psicoterapia sola, puede no ser un

tratamiento potente, sin embargo, existe evidencia de que disminuye los síntomas depresivos.

De acuerdo al MINSAL (2013) la terapia cognitivo conductual, es la más efectiva, a la que le sigue la terapia de apoyo y la terapia familiar conductual, y considerando que tiene eficacia similar que la fluoxetina o la combinación de terapia cognitivo conductual y fluoxetina. En otros estudios se considera a la terapia familiar eficiente como tratamiento de depresión con adolescentes, ya que se trabaja con el entorno en donde este se desarrolla, también trabaja separando la patología del adolescente, eliminando la etiqueta de “enfermo”, permitiendo encontrar correlatos diferentes de la depresión y mejorar así la sintomatología, tanto como el estrés familiar que lleva consigo el trastorno depresivo (Broderick & Weston, 2009).

De acuerdo a la guía clínica del MINSAL (2013) AUGE de depresión, el tratamiento de depresión leve se compone de consejería, intervención psicosocial grupal, actividad física y autocuidado. En un cuadro de depresión moderada se debe realizar consejería, intervención psicosocial, actividad física, autocuidado y farmacoterapia de acuerdo a cada caso, y finalmente en la depresión severa se encuentra establecida el mismo manejo para depresión moderada y se adiciona psicoterapia. En estos casos se debe tener presente el riesgo suicida y psicosis asociada en cada caso.

#### **2.2.5.1. Sistema de atención GES/AUGE**

En Chile, el sistema de salud público y privado tiene actualmente cobertura para 80 patologías, que se encuentran dentro del plan de Acceso Universal a Garantías explícitas (AUGE) o Garantías explícitas de salud (GES). Este plan garantiza la cobertura de la atención y tratamiento de estas enfermedades, siendo los beneficiarios aquellos que se encuentran afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de salud previsional (ISAPRE) (Red de Salud Uc Christus, 2017). Actualmente GES abarca cuatro trastornos de salud mental, primer episodio de esquizofrenia, depresión en mayores de 15 años, trastornos bipolar en mayores de 15 años, y el consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años.

La depresión en Chile desde el año 2006 es considerada una de las patologías de salud mental dentro del plan GES, abarcando aquellos individuos con depresión mayores de 15 años. El hecho principal que activa esta cobertura, es la confirmación del diagnóstico, y desde ese momento el paciente tendrá acceso a atención por esta patología. La sospecha será de cualquier profesional del nivel primario de atención o de especialidad, y se debe tratar de confirmar el diagnóstico lo antes posible para iniciar de esta manera el tratamiento. Esta confirmación de depresión la realiza un médico familiar o general, sin la necesidad de que sea especialista psiquiatra. El paciente será derivado a un psiquiatra en los casos en donde exista alto riesgo suicida, psicosis, aquellos refractarios al tratamiento y bipolares, quien iniciará el tratamiento adecuado de la mano con psicoterapia (Fuentes, 2008).

### **2.3. Búsqueda de ayuda**

La conducta de búsqueda de ayuda en los adolescentes es un factor que actúa como protector en el desarrollo del trastorno depresivo. La atención de un profesional en salud mental de manera oportuna permitirá disminuir la probabilidad de recurrencia del cuadro, y la evolución del trastorno mental, así como el aislamiento de sus redes sociales (Hunt & Eisenberg, 2010). De acuerdo a varios estudios recopilados en una revisión sistemática realizada en el 2010 por Gulliver, Griffiths, y Christensen, se encuentra que sólo un 18-34% de los adolescentes que tienen síntomas graves de depresión o ansiedad buscan ayuda profesional. Los adolescentes con depresión actúan negando la búsqueda de ayuda alejándose de su grupo de pares y familiares, al mismo tiempo que mantienen sus emociones y sentimientos exclusivamente para sí mismos (Rickwood, Deane, & Wilson, 2007).

De acuerdo a Olivari y Guzmán-González (2017), la búsqueda de ayuda se define como la conducta de buscar activamente ayuda desde otras personas y es una habilidad adaptativa que tiene relación con el bienestar psicológico. Se trata de la comunicación con otros para obtener ayuda o respuesta frente a un problema o situación estresante (Carlisle, Shickle, Cork, & McDonagh, 2006). De la misma manera, Rickwood (2005) la define como una “forma de afrontamiento basada en relaciones sociales y habilidades interpersonales”. (p.140). En otro estudio realizado con sus colaboradores Rickwood, Deane, Wilson, y

Ciarrochi (2005) tratan la búsqueda de ayuda como la posibilidad de comunicarse con otros para obtener ayuda y llegar a entender, recibir información, o un tratamiento y que provee un apoyo en respuesta a un problema específico.

La búsqueda de ayuda se diferencia principalmente en dos formas: la ayuda formal y la ayuda informal. La primera hace referencia a servicios de salud, instituciones proveedoras de servicios de salud del sector público o privado y específicamente al profesional de salud. Mientras que la segunda incluye, la familia, redes cercanas, amigos, líderes religiosos, curanderos, entre otros. En los adolescentes las dos formas son importantes ya que funcionan como factor protector en el desarrollo del adolescente (Barker, Olukoya, & Aggleton, 2005).

Existen varios estudios a nivel mundial, en donde se trata el tema del rechazo de los adolescentes a la búsqueda de ayuda de un profesional de la salud. En un estudio realizado en escolares (15-16 años) de Noruega se encontró que solamente un tercio de los adolescentes con síntomas graves de depresión y ansiedad buscaron ayuda profesional (Zachrisson, Rödje, & Mykletun, 2006). De la misma manera Henderson, Andrews y Hall en Australia (2000), encontraron que solo un 29% de los adolescentes con trastornos de salud mental han acudido a un servicio con atención profesional. En Chile, según un estudio publicado en el 2016 por Vicente, Saldivia y Pihán, reflejan que un 41,4% de los sujetos que necesitaban atención de un profesional busca algún tipo de asistencia. Otro estudio a nivel nacional realizado por Vicente et al (2012), se encontró que la mayoría de adolescentes y niños con diagnóstico no reciben atención y la brecha asistencial es de un 66,6%, y sube a un 85% cuando se considera solo el sistema de salud formal.

La búsqueda de ayuda, en estudios recientes, se enfoca en identificar claramente determinantes individuales y estructurales (Barker, et al, 2005). Los determinantes individuales incluyen el conocimiento sobre salud mental, y actitudes relacionadas con estigma. Mientras que los determinantes estructurales hacen referencia a la familia, escuela, sistemas de apoyo, estructura del sistema de salud, accesibilidad, costo y facilidad de pago. Estos dos grandes grupos juntos interactúan para predecir la conducta de los adolescentes para buscar ayuda profesional en problemas de salud mental (Rickwood, et al, 2007).

La importancia de las redes sociales para la búsqueda de ayuda profesional se ve evidenciada en un estudio realizado en los Estados Unidos con adolescentes estudiantes donde se encontró que aquellos que buscan ayuda psicológica: un 75% tuvo alguien que le recomendó buscar atención y un 94% conocía a alguien que había asistido a atención profesional, es así como se considera facilitadores para la búsqueda la interacción entre los diferentes sistemas en los cuales el adolescente se desarrolla (Vogel, Wester, & Larson, *Avoidance of Counseling: Psychological Factors That Inhibit Seeking Help*, 2007).

En Cameron, Leventhal y Leventhal (1993) en donde se estudió el comportamiento de la búsqueda de ayuda en adultos, se identificó que 92% de aquellos que buscan ayuda profesional, reportan haber hablado sobre sus problemas con alguien cercano antes de con el profesional. También se encontró que el 50% de los que buscaron ayuda profesional fueron motivados para asistir por otros que son cercanos y significativos. Por esto toma importancia el estudio propuesto considerando los diferentes sistemas principales en los que el adolescente se desarrolla.

- **Búsqueda de ayuda en el Sistema Familiar y pares**

De acuerdo a varias investigaciones realizadas en Australia, la familia y los amigos son la fuente preferida por los adolescentes para buscar ayuda (Rickwood & Braithwaite, 1994; Rickwood, et al, 2007). De acuerdo al momento del desarrollo, esta necesidad de buscar ayuda directamente con los padres disminuye al llegar a la adolescencia, siendo más presente en la infancia. A pesar de la necesidad de autonomía e independencia, se ha visto que en la adolescencia temprana los padres continúan teniendo un rol hasta que el joven se independiza económicamente. Y estos jóvenes necesitan muchas veces de la ayuda de sus padres para reconocer la presencia de un problema (Rickwood, et al, 2007). A medida que el adolescente crece, el rol de los pares toma importancia en la decisión, y el proceso de buscar ayuda en un problema de salud mental (Rickwood, et al, 2005).

Según una investigación realizada en Australia en adolescentes, para identificar si ellos encuentran síntomas y si guían al adolescente con sintomatología a buscar ayuda, se definió que las fuentes principales son los padres, pares y profesionales de salud. Un 39%

buscó ayuda en un profesional de la salud, mientras que un 28% en sus amigos y finalmente un 24% en sus padres. Mientras que en problemas relacionados con alcohol y uso de drogas acudieron a sus pares (Lubman et al., 2017).

#### - **Búsqueda de ayuda en el Sistema Escolar**

El sistema escolar es el conjunto de elementos y de personas o actores que interactúan entre sí conformando este sistema. Dentro de estos se encuentran los directivos, los profesores, asistente social y psicólogos. Es importante identificar estos actores, ya que se considera que el ambiente escolar y las personas que comparten con el adolescente en ese espacio formarían parte importante de la intención de búsqueda de ayuda, tanto informal como formal (Rickwood, 2005).

En un estudio realizado en Australia por Rickwood (2005) con jóvenes dentro del ámbito escolar, se analizó la búsqueda de ayuda en adolescentes y se concluyó sobre la importancia del espacio escolar para los adolescentes. Consideraron a éste como un lugar en donde los jóvenes pasan la mayor parte del tiempo diario, y el lugar en donde los primeros problemas se hacen evidentes. Los profesores y psicólogos escolares se los reconoce como personajes importantes dentro de la estructura escolar, y tienen un rol importante en la identificación de síntomas y problemas que representan riesgo en los alumnos, facilitando este proceso de buscar ayuda (Rickwood, 2005). Los psicólogos por su parte representan el paso que debe derivar al adolescente al sistema de atención primaria, representando también un papel muy importante dentro de este sistema.

#### - **Búsqueda de ayuda en el sistema de salud**

El sistema de salud según la OMS (2005) es la suma de todas las organizaciones, instituciones, y recursos cuyo objetivo consiste en mejorar la salud. Dentro de este apartado considera para motivos del estudio las instituciones o servicios brindados para el diagnóstico y tratamiento de trastornos de salud mental.

La atención primaria de salud, es el primer escalón dentro del sistema de salud público en Chile. Según Rickwood et al (2007) la atención primaria es esencial y es el punto inicial en donde el adolescente toma contacto con el servicio de salud. La experiencia

que el adolescente tenga en este espacio será determinante para buscar ayuda profesional o no.

Existen en este apartado algunos factores, que se encontraron en estudios relacionados a la búsqueda de ayuda. En un estudio realizado en Estados Unidos se encontró que únicamente un 18% de los profesionales de salud mental puede reconocer correctamente síntomas y realizar un diagnóstico certero lo que se considera una barrera para que el adolescente acuda en búsqueda de ayuda (Sayal, Annotation: Pathways to care for children with mental health problems, 2006). Así también se estableció que la confidencialidad, y privacidad son importantes para que el adolescente considere el profesional de la salud apto para ser el que inicie y siga un tratamiento, a esto se suma la información que el profesional brinde acerca del trastorno y de las diferentes opciones de tratamiento (Wilson & Deane, 2001; Wilson, Deane, Biro & Ciarrochi, 2003).

En estudios relacionados con el abuso de sustancias y psicosis, se encontró que la mayoría de sujetos acudieron en una primera instancia a un médico general antes de recurrir a atención especializada en salud mental (Rickwood, et al., 2007). Existe también un retraso en la búsqueda de este profesional especializado (psiquiatra o psicólogo), en un estudio realizado en el 2005 en Estados Unidos, en un grupo de pacientes con psicosis se encontró que las principales razones por las que existe un retraso en consultar a un especialista son: la falta de conocimiento sobre la presencia de un trastorno salud mental, imposibilidad de reconocer la gravedad del caso, estigma, falta de seguridad de la eficacia del tratamiento, y desconfianza en el funcionamiento del sistema de salud (Judge, Perkins, Nieri, & Penn, 2005).

Los diferentes sistemas en donde se desarrolla el adolescente están muy presentes en el fenómeno de la búsqueda de ayuda formal. En cada uno de estos sistemas se describen factores que facilitan o son una barrera para que el adolescente busque ayuda formal de manera temprana. Es importante tener una mirada más completa sobre los modelos propuestos para la búsqueda de ayuda.

### **2.3.1. Modelo búsqueda ayuda**

En varios estudios se analizan diferentes modelos de búsqueda de ayuda, uno de los más utilizados es el modelo de Andersen (2008), en cual intenta explicar el uso de los servicios de salud en general por parte del individuo. Este modelo toma en cuenta diferentes factores que inhabilitan la búsqueda: la predisposición, la necesidad de acudir a un servicio, factores individuales y factores del contexto (Babitsch, Gohl, & Von Lengerke, 2012). Los factores predisponentes son condiciones que existen previamente, como la edad y el género, estos predisponen a que la persona use o no servicios de salud, mental. De la misma manera, los factores de necesidad de buscar atención en un servicio, como la percepción de la salud mental, también se interponen en la búsqueda o no de atención en un servicio (Andersen, Davidson, & Baumeister, 2013). Otro factor es el de nivel individual, en donde se encuentran las creencias personales (del trastorno y de los servicios de salud mental), características demográficas y factores sociales como la educación (Andersen, 2008). Por último el contexto, que hace referencia a las circunstancias y al ambiente que rodea el acceso a servicios de salud, en este factor se incluye las instituciones de salud y proveedores de servicios médicos. Una limitante de este modelo es que las relaciones sociales y el soporte social de las personas cercanas no son consideradas como predisponentes para la búsqueda de ayuda. Con el paso del tiempo el modelo fue cambiando y llega ahora a tener tres componentes principales: 1. Factores predisponentes, individuales (edad y sexo), sociales (educación, etnia, ocupación), factores mentales (creencias, actitudes, valores y conocimiento de la salud mental y servicios) y contextuales que están relacionados con la comunidad, con los servicios, y normas culturales (Babitsch et al., 2012). 2. Factores inhabilitantes, situación financiera y organizacional; en este nivel está la variedad de lugares de atención, el personal, las horas a disposición, los programas de educación, y las políticas de salud. 3. Factores de necesidad; en donde a nivel individual está la percepción de la necesidad de atención en servicios de salud y la necesidad evaluada que se refiere a la evaluación objetiva de la necesidad de atención (Andersen, & Davidson, 2007).

Un segundo modelo que se ajusta con mayor precisión a este estudio ya que intenta explicar de manera más precisa el fenómeno de la búsqueda de ayuda específicamente en salud mental. Este modelo se lo denomina “paso por paso” descrito por Rothie, Leavy (2006) en donde el proceso de búsqueda de ayuda en salud mental consta de tres fases: Primero, el reconocimiento. Segundo, la decisión y tercero, la acción. El reconocimiento, es principalmente cuando el adolescente identifica los síntomas y los relaciona con un problema emocional o psicológico. La decisión, en donde se concentra la decisión del adolescente para buscar ayuda a su problema y también se elige a donde acudirá en esa búsqueda. Por último la acción, en donde se encuentra la motivación del adolescente para tomar acción y buscar esa ayuda de un profesional.

Estos modelos permiten identificar el proceso por el que debe pasar el adolescente para la búsqueda de ayuda de un profesional de la salud mental.

### **2.3.2. Género y búsqueda de ayuda**

Teniendo presente que la depresión es dos veces más prevalente en mujeres, surge la pregunta sobre la existencia de una diferencia entre hombres y mujeres relacionada con la búsqueda de ayuda formal en salud mental, específicamente en depresión. Considerando la diferencia de género, se han realizado varios estudios para identificar si existe esta distinta manera de buscar ayuda, teniendo presente el proceso de desarrollo diferente entre los dos sexos, así como el contexto social y cultural en el cual el adolescente se desarrolla.

De acuerdo a un estudio publicado en el 2002 por Möller-Leimkühler, realizado en hombres, se encontró que la cifra de adolescentes varones que adoptan patrones de búsqueda de ayuda es menor que el número de mujeres, especialmente en problemas emocionales y síntomas depresivos. De acuerdo al mismo autor esta diferencia se debe a una discrepancia entre la precepción de la necesidad y la conducta de búsqueda de ayuda. Esto se ve muy relacionado con la existencia de las normas sociales, y tradiciones relacionadas con la masculinidad, que dificultan el adoptar o admitir la necesidad de ayuda formal e informal, en adolescentes hombres.

Los hallazgos de diferentes estudios identifican no solamente que los adolescentes hombres consultan menos, sino que el correlato de la búsqueda de ayuda es diferente que el de las mujeres. Cuando se trata de síntomas físicos, el profesional al que se acude es el médico general, esto se ha visto en hombres y mujeres, sin embargo, la diferencia aparece cuando se trata de consultar por problemas psicosociales, y distrés emocional (Corney, 1990). De la misma manera Rickwood y Braithwaite (1994) encontraron en un estudio realizado con adolescentes de ambos sexos, que adolescentes hombres que incluso presentan niveles altos de distrés, no buscan ayuda ni de sus redes sociales ni de un profesional.

El rol de género del hombre juega el papel más importante para la decisión de buscar ayuda, este rol está muy relacionado con la dominancia, la agresividad, la independencia, entre otros. Este rol en la sociedad occidental, implica de la misma manera, no reconocer la ansiedad ni problemas emocionales, y así cumplir con el rol impuesto por la sociedad. Los hombres adolescentes generalmente responden con excesiva masculinidad e ignoran los síntomas, permaneciendo en un estado de inexpresividad, en donde la debilidad y la necesidad de ayuda no forman parte de ser hombre (Möller-Leimkühler, 2002).

Por otro lado, Galdas, Cheater y Marshall en 2005, identifican que los adolescentes hombres buscan ayuda, sin embargo, existe un retraso en este proceso e identifica que buscan ayuda cuando los síntomas han aumentado, de esta forma dificultando su pronta recuperación. A esto se asocia una actitud negativa frente a la búsqueda de un servicio de terapia psicológica, lo cual es un predictor importante en la actitud de buscar ayuda (Gonzalez, Alegría, Prihoda, Copeland, & Zeber, 2011). De la misma manera se encontró que los hombres percibían ser más estigmatizados si estuvieran en tratamiento psicológico, lo que lleva a tomar una actitud menos positiva hacia la búsqueda de ayuda en este grupo.

La diferencia en género no solo se encuentra en la actitud de buscar o no ayuda, sino también en las personas elegidas para contar y buscar ayuda, por lo que el estigma es una variable que va de la mano junto al género para predecir la actitud en la búsqueda de ayuda formal e incluso informal (Ramaeker & Petrie, 2019).

La actitud de ignorar o rechazar la idea de buscar ayuda en los hombres, principalmente por las normas sociales de masculinidad y de estigma, tiene efectos no solamente en el adolescente sino también en la gente que lo rodea. Adoptando una reacción poco relacional, de agresividad, o violencia que podría afectar a los cercanos (Wendt & Shafer, 2016).

La diferencia de acuerdo al género, no solamente se evidencia en la actitud de buscar ayuda o no, sino también se han realizado estudios en donde se encuentra asociación con variables como las fuentes que sirven como receptoras para que el adolescente cuente o no sus problemas emocionales. En un estudio realizado en el 2006 con adolescentes de octavo grado en Maryland, se pudo ver que las mujeres adolescentes cuentan sobre sus problemas a sus amigos en un 64% y los hombres un 39%, mientras que los hombres cuentan un 39% a la familia en comparación con un 28% de las mujeres. De la misma manera, se encontró que los hombres tenían una puntuación media más alta en la escala de valoración del nivel de estigma, lo que indica que los hombres tienen mayor nivel de estigma en relación a la depresión y búsqueda de ayuda de un profesional. Igualmente, el 30% de los adolescentes reportaron que no buscarían ayuda de un profesional, un 49% que quizás y solamente un 20% que sí lo haría, en este apartado más hombres que mujeres reportaron que no buscarían ayuda profesional (Chandra & Minkovitz, 2006).

Continuando con la fuente de elección de los adolescentes, en un estudio realizado con adolescentes en Jordania en 2017, se encontró el 22% de los adolescentes habrían buscado algún momento ayuda psicológica. El 50% de los mismos buscan ayuda en la familia, seguido de un 15% a un amigo, un 8% a un consejero escolar, y un 5% a psiquiatra (Dardas , Silva, Smoski, Noonan, & Simmons, 2017). De la misma manera, en un meta análisis realizado por Nam et al (2010), se concluye que el género es una variable que está directamente relacionado con la actitud de buscar ayuda de un profesional en salud mental, la cual a su vez está relacionada con el estigma existente en los diferentes sistemas en donde se desarrolla el adolescente. Es así como toma relevancia el estudiar las actitudes de búsqueda de ayuda, en adolescentes de Santiago de Chile, considerando el género como un determinante para la búsqueda de ayuda en salud mental.

### **2.3.3. Facilitadores y Obstaculizadores en la búsqueda de ayuda formal**

De acuerdo a Abram et al (2008) se define barrera como aquellas variables que inhiben tanto la utilización de los servicios de ayuda y consejería, como el obtener resultados exitosos de estos servicios. Existen varios estudios en donde se plantean ciertos factores que actúan como barrera para la búsqueda de ayuda en salud mental. Los factores principales fueron:

- a) Factores estructurales, factores financieros, disponibilidad servicios y de tiempo
- b) Experiencia previa de ayuda profesional en salud mental, experiencia previa negativa, o poco satisfactoria (Lindsey et al, 2006)
- c) Necesidad de autonomía, creencias del adolescente de ser autónomo y mantener el control (Vogel, Wester, & Larson, Avoidance of Counseling: Psychological Factors That Inhibit Seeking Help, 2007). En un estudio realizado en Estados Unidos se encontró que un tercio de los adolescentes con depresión, ideación suicida o problemas de abuso de sustancias, creen que no es necesaria la ayuda para sus problemas (Gould et al., 2004).
- d) Alfabetización en temas de salud mental: conocimiento y creencias sobre salud mental y problemas, que ayudan a reconocer, manejar y prevenir (Wilson, Rickwood, Bushnell, Caputi, & Thomas, 2011). En este punto se ha encontrado que el tener un conocimiento sobre la depresión y el tratamiento a seguir, junto con la adecuada información sobre el proceso en relación al servicio de salud al cual acudir, son facilitadores para que el adolescente tome la decisión de buscar ayuda de un profesional (Ranahan, 2010).
- e) Síntomas de malestar emocional que actúa como barrera, aquí se hace relación inversamente proporcional con dos variables que son, el grado de estrés percibido por el adolescente y la búsqueda de ayuda; en dos estudios realizados, el primero en el 2007 por Wilson, Rickwood y Deane, y otro en 2010 por Coralie y Deane, se encuentra una relación semejante con la sintomatología depresiva y la desesperanza, teniendo presente que a mayor nivel de síntomas, menor será la intención de buscar ayuda de un profesional.

f) Estigma, las creencias negativas, prejuicios, estereotipo y discriminación hacia los trastornos de salud mental así como de la atención de un profesional de salud mental (Coralie & Deane, 2010; Gulliver et al., 2010; Eisenberg, Downs, Golberstein, & Zivin, 2009; Rickwood et al., 2005).

g) Confidencialidad, temor que el profesional de salud rompa la confidencialidad; en una revisión sistemática realizada por Gulliver et al. (2010), las barreras encontradas principalmente corresponden las actitudes estigmatizantes frente a enfermedades salud mental, la confidencialidad, la dificultad de identificar síntomas de enfermedad mental, el conocimiento de cómo funciona el servicio salud, los factores estructurales como la accesibilidad y el costo, la autosuficiencia, y el miedo o estrés de la fuente que lo ayudará.

h) Poca competencia emocional del adolescente, la cual se refiere a la habilidad de los adolescentes para identificar y describir emociones, entender y manejarlas, según Ciarrochi, Wilson, Deane & Rickwood (2003) aquellos que tienen baja competencia emocional, tienen poca intención de buscar ayuda profesional, así como informal.

Por el lado contrario, se puede definir como facilitadores, aquellas variables que permiten o alientan la utilización de los servicios de ayuda y consejería, así como el obtener resultados exitosos de estos servicios. Según Rickwood y Braithwaite, en un estudio publicado en Australia (1994) identifican ciertos factores que facilitan la búsqueda de ayuda profesional; entre estos se encuentran: la competencia emocional, el conocimiento del trastorno salud mental, las actitudes positivas frente a la búsqueda de ayuda profesional, el apoyo social, y la facilidad para establecer relaciones de confianza con profesionales. De igual manera, una revisión sistemática realizada en el 2010, analizaron 13 artículos con metodología cualitativa, donde encontraron que, nueve artículos identifican cuatro facilitadores principales, los cuales son: una experiencia previa positiva en relación a la búsqueda de ayuda, apoyo y ánimo de otros, confianza y confidencialidad con el profesional, y buena relación con personal del centro de atención. En este mismo estudio, en las investigaciones cuantitativas no se identificaron facilitadores para la búsqueda de ayuda en salud mental (Gulliver et al., 2010). De la misma manera en Hirmas Aday et al. (2013) se encontró que un 26% de los facilitadores está relacionado con la presencia activa

de una red de apoyo social, un 14% tiene asociación con el valor que se da a la atención de salud para reducir riesgos y complicaciones, y un 9% una buena comunicación médico-paciente, así como también 9% el hecho de aceptar el diagnóstico actual de depresión.

El estigma es el factor principal que se encuentra en la mayor parte de los estudios como principal barrera para buscar ayuda formal, es por esto que el siguiente punto tratara sobre el mismo, y poder entenderlo desde la postura del estudio.

#### **2.4. Estigma**

Dentro de las barreras identificadas en estudios realizados en diferentes países en Europa, Australia y Estados Unidos, destacaron cinco principales los cuales son: la definición e identificación del problema, factores psicosociales, factores demográficos, factores sociales y factores estructurales relacionados con el servicio. Entre estos, el estigma relacionado con el tener una enfermedad mental y en recibir tratamiento en un servicio de salud con profesionales, es considerado especialmente relevante, siendo así una de las razones de más peso por la que los adolescentes no acuden en la búsqueda de ayuda formal (Rothí & Leavy, 2006).

Goffman (1963) respecto al término estigma hace referencia “a un atributo profundamente desacreditador” en la persona que lo posee. De la misma manera según New Freedom Commission on Mental health en el año 2003, la definición de estigma es “un conjunto de actitudes negativas y creencias que motivan al público en general a temer, evadir, y discriminar a personas que tienen una enfermedad mental”. El estigma es un factor que está muy presente en la salud, más aún en la salud mental, llevando a un aumento en la discriminación al individuo que tiene o que posiblemente presenta un trastorno mental (Corrigan, 2004). De acuerdo a Caele, Griffiths & Christensen (2011) el estigma de la depresión tiene dos componentes, un estigma personal (autoestigma) el cual corresponde a pensamientos y creencias del individuo referentes a la depresión y, un estigma percibido o social, que hace referencia a la percepción de una persona acerca de lo que la gente cree o siente de la depresión. Estos dos juntos afectan de manera negativa la decisión del adolescente de buscar ayuda profesional (Barney et al., 2006; Griffiths et al.,

2008). Adicionalmente estos dos tipos de estigma disminuyen o eliminan completamente el beneficio del tratamiento administrado por un profesional (Vogel, Wade & Hackler, 2007).

El estigma es un concepto al cual se lo debe comprender desde diferentes enfoques como son el social y el psicológico. Ottati, Bodenhausen & Newman (2005) de acuerdo a un modelo psicosocial del estigma ponen de manifiesto tres aspectos del comportamiento social:

- a. Estereotipo, corresponde una representación cognitiva de un grupo de personas que tiene algún trastorno mental y en donde existen ciertos rasgos específicos para identificarlos.
- b. Prejuicio, el cual se refiere a una reacción afectiva, evaluación y actitud negativa hacia el grupo de personas que tienen algún trastorno mental.
- c. Discriminación, en el cual se encuentran las conductas y acciones negativas hacia personas con problemas en salud mental.

Estos aspectos están interconectados, al existir un estereotipo pone en marcha de cierto modo los prejuicios sociales y estos a su vez dan lugar a la discriminación, estos son comportamientos de rechazo que ubican en una posición de desventaja social a las personas que presentan algún trastorno mental. Este proceso de estigmatización puede asociarse a comportamientos de conductas autolesivas, de riesgo, aislamiento y problemas cognitivos (Twenge, Catanese & Baumeister, 2003).

Un aspecto importante del autoestigma es que la persona se anticipe a una reacción o rechazo por parte de la gente que la rodea. A esta anticipación se la denomina estigma anticipado. A esta definición se la diferencia del estigma experimentado, el cual corresponde a las experiencias de rechazo o discriminación vividas por la persona que tiene alguna enfermedad mental (Muñoz, Pérez Santos, Crespo, & Guillén, 2009).

Por otro lado, el estigma no solo está presente en la persona que tiene la enfermedad mental, sino que también está presente en la gente cercana como la familia, amigos, personas dentro del sistema escolar, e incluso profesionales del sistema de salud, a este estigma se la denomina estigma por asociación (Muñoz et al, 2009). Así también se

identifica el estigma institucional, en donde se refiere a prácticas institucionales que mantienen estas desventajas al grupo o al adolescente estigmatizado.

Según Barney et al. (2006) se pudo ver que los adolescentes con algún trastorno en salud mental, reportaron que se sentirían avergonzados de buscar ayuda de un profesional sea este psicólogo o psiquiatra y que tienen una anticipación negativa a la reacción de las personas que los rodean respecto a la búsqueda de ayuda e incluso el diagnóstico. De la misma manera en el 2004, Halter con una muestra de individuos de 18 a 55 años, identificó que estos suelen entender la depresión desde un lugar relacionado con la debilidad, lo que conlleva a un impacto en la actitud de buscar ayuda ya que “las personas con depresión no quieren demostrar su debilidad a los demás” (Halter, 2004), también la creencia de poder controlar la depresión solos, lo que limita el poder buscar ayuda necesaria.

El estigma social de acuerdo a un estudio realizado por Holmes et al. (1999) sugieren que existen tres actitudes negativas que conlleva el individuo: autoritarismo, benevolencia, y por último el miedo y exclusión. El autoritarismo refleja la creencia pública de que el individuo que tiene un trastorno mental y es incapaz de tomar decisiones por sí mismo. La benevolencia refleja la idea pública que el poseedor de un trastorno mental necesita el cuidado de otros. Y por último el miedo y exclusión, que hace referencia que las personas con algún trastorno mental tienen miedo a ser distanciadas o segregadas de la comunidad (Rodgers, 2009). Estas actitudes que negativas y perjudiciales, interactúan con los diferentes sistemas y de una manera relacional, llevan a la discriminación, el prejuicio y la formación de estereotipos hacia los individuos que tienen algún trastorno de salud mental. Según Vogel et al (2007) el estigma social contribuye a la formación del autoestigma, llevando a influir en la actitud y necesidad de buscar ayuda en un servicio especializado, de la misma manera aumenta el estrés psicológico, y disminuye la adherencia al tratamiento (Arbanas, 2008; Schachter et al., 2008; Walker et al., 2008). Esta relación entre estigma social y autoestigma, es importante ya que Vogel et al. (2006) identificaron que la relación entre el estigma social y la búsqueda de ayuda en salud mental, está mediada por el autoestigma y la actitud hacia buscar servicios profesionales. Desde una mirada ecológica, según Corrigan (2004) la proximidad social o el nivel de familiaridad que

tenga el adolescente con enfermedades mentales, o con servicios de salud mental, pueden contribuir al desarrollo del estigma. Estudios sugieren que los que se encuentran cercanos a un adolescente que se encuentra con algún distrés emocional, o problema de salud mental, tienen un rol importante en la toma de decisión de buscar ayuda profesional (Vogel et al., 2007).

Existen diferentes estudios en donde se busca encontrar relación entre estigma y la búsqueda de ayuda (Griffiths, et al., 2008; Rodgers, 2009), en donde se evidencia que los hombres presentan más autoestigma en salud mental, adicionalmente se encontró que las mujeres tienen un nivel mayor de familiaridad con enfermedades mentales, y con otras personas que han recibido tratamiento. Siguiendo con la misma idea, según Gearing et al. (2015) en un estudio realizado con adolescentes mayores de 18 años en Jordania, se encuentra que dichos adolescentes reconocen que los hombres son más estigmatizados si reciben tratamiento para la depresión. Es entonces cuando los adolescentes toman estrategias para no ser catalogados como enfermos mentales, manteniendo su sintomatología, llegando incluso a consecuencias fatales, pero prefieren mantenerse afuera de aquellas instituciones en donde se da esa etiqueta que les causaría rechazo frente a su comunidad (Corrigan, 2004).

Teniendo presente todos los estudios que se han venido desarrollando los últimos 20 años en salud mental, es de suma importancia identificar si en el diario vivir y en el relato de los adolescentes de Santiago de Chile, existe este estigma que impedirán que el adolescente asista o busque ayuda no solamente de un profesional, sino de los cercanos y de esta manera poder iniciar tratamiento oportuno y mantener una continuidad con el proceso. El estigma está muy relacionado con el poder, asociado a una idea de la atención mental, la enfermedad mental, y el poder de los profesionales de salud. Por lo que es importante considerarlo dentro de este apartado.

#### **2.4.1. Poder y estigma**

El poder de acuerdo a Judith Buthler (2001) corresponde a “el sometimiento consiste precisamente en esta dependencia fundamental ante un discurso que no hemos

elegido pero que, paradójicamente, inicia y sustenta nuestra potencia.” Esto está íntimamente relacionado y deja entrever que el poder condiciona y construye al sujeto (Ferro, 2010).

El estigma se ve muy relacionado con el poder, la propuesta de salud mental que tiene la comunidad, en donde se intenta estar lo más alejado posible de las instituciones mentales, teniendo como antecedente la idea de locura y manicomio construida muchos años atrás, así como el uso del poder en los tratamientos terapéuticos utilizados (Ferro, 2010). De acuerdo a Ferro, para que la salud mental llegue a la comunidad es necesario que la “locura deje de pertenecer al campo privado de los expertos psi y vuelta al amplio campo de los saberes tanto políticos como sociales” (p.58).

Conjuntamente con la institucionalización de las personas con trastornos mentales, se identifica al médico como la figura de la institución, en donde según Foucault (2005) el objetivo es el controlar el cuerpo del “loco” encontrando de esta manera una forma en la que el individuo funcione para que garantice este control. De acuerdo a Daguerre Pedroncino (2016) el hablar de locura, de enfermedad mental, de institucionalización, conlleva a pensar en estigmatización y en la exclusión social. Así también se refiere al estigma como un proceso social en donde se encuentra un estigmatizado y un “normal”. Estos no son más que construcciones y perspectivas creadas a partir de situaciones sociales, históricas y culturales.

Una barrera importante asociada a la búsqueda de ayuda es el poder, de acuerdo a Foucault (2005) el poder es difuso y existen micro poderes, la interacción entre el psiquiatra, médico, y el paciente es un intercambio y circulación de poder, sin embargo, el psiquiatra tiende a dominar porque él es el responsable de comunicar y reproducir el saber médico, identificar síntomas en el cuerpo del paciente, clasificar un funcionamiento anormal, e imponer cual será el tratamiento a seguir. De esta manera esta relación de poder marginaliza y excluye, por lo que es parte de esta barrera en el acceso a atención en salud mental (Foucault, 1980; 2008).

En la misma dirección en un estudio realizado en Estados Unidos, en donde se desarrolla un modelo de determinantes culturales para la búsqueda de ayuda, se basa principalmente en las interpretaciones y significados que da cada individuo, de acuerdo a lo que su cultura fue construyendo en torno a cierto fenómeno, y un intercambio y circulación a través del modelo cultura de bienestar y distrés. Así, la búsqueda de ayuda inicia cuando hay una percepción de sensaciones físicas o emocionales, y son etiquetados de importantes, anormales, normales, óptimas entre otras. Esto inicia una serie de interpretaciones y evaluaciones por parte de las personas en donde se decide qué tratamiento es necesario (Saint Arnault, 2009).

De acuerdo a Young (2004) mientras el paciente obtiene mayor información y conocimiento sobre su sintomatología, patología, y tratamiento esta diferencia de poder entre el médico y el paciente disminuye, y con esto el control y dominio que ejerce el médico en la mayoría de los casos. Esto facilita la interacción entre los dos, mejorando la comunicación e incentivando la continuidad del tratamiento y facilitando en una siguiente ocasión el acceder a consultar a un profesional de la salud.

## **2.5. Modelo Ecológico**

El presente trabajo busca estudiar diferentes aspectos del adolescente tales como el ámbito psicológico, interpersonal, social y biológico, para entender de una manera ecológica y completa el comportamiento hacia la búsqueda de ayuda en salud mental. Después de una revisión de literatura, la teoría Ecológica de los sistemas de Urie Bronfenbrenner (1987) permitirá identificar los aspectos de la búsqueda de ayuda de los diferentes sistemas en los que se desarrolla el adolescente.

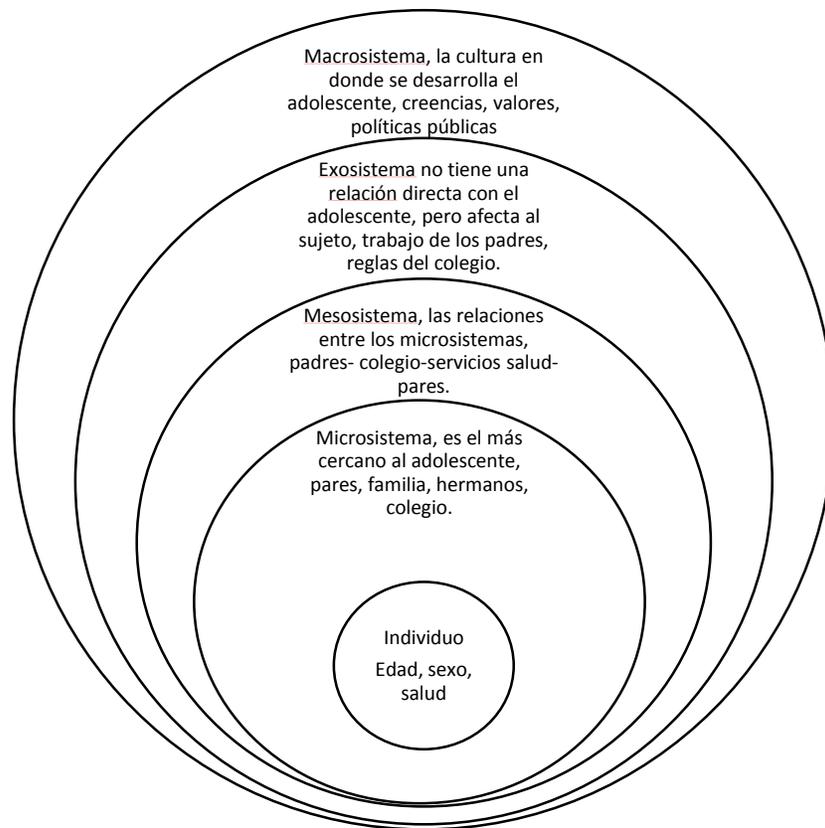
La teoría de la ecología de los sistemas, fue descrita por primera vez en el año 1979 por Urie Bronfenbrenner, ésta intenta explicar el desarrollo del humano el cual se ve influenciado por la interacción de éste con su entorno. Dicha teoría toma importancia ya que permite identificar la individualidad de cada persona, teniendo presente que cada adolescente se desarrollará de acuerdo a su interacción y relación con su entorno y con las personas que lo rodean (Bronfenbrenner, 1987, 2002).

La misma teoría según Abrams, Theberge y Karan en un artículo publicado en el 2005, en contexto escolar y con adolescentes con depresión, permite entender de una manera completa al comportamiento y al adolescente con este trastorno del ánimo, así como su intento y decisión para buscar ayuda de un profesional en salud mental. De la misma manera varios estudios (Miville & Constantine 2006; Vogel, Wade, Wester, Larson, & Hackler, 2007) identifican esta teoría y la interacción de los diferentes niveles de la misma, como aspectos asociados a la decisión del adolescente de buscar o no ayuda de un profesional.

El Modelo o teoría ecológica de los sistemas, ha tenido varias modificaciones durante los años hasta la muerte de Bronfenbrenner en el 2005. La primera propuesta estaba solamente enfocada en el desarrollo del individuo, la segunda pone énfasis en el rol del individuo y el proceso del desarrollo, y finalmente el último modelo en donde el foco es el proceso de la persona, contexto y tiempo (PPCT) (Eriksson, Ghazinour, & Hammarstrom, 2018; Rosa & Tudge, 2013).

La teoría envuelve varios niveles (Figura.1) 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 individuo, influenciando de esta manera el desarrollo. Antes de identificar las características de cada uno de estos sistemas, es importante abordar el significado de dos términos que el autor considera necesarios para entender, el primero es el entorno en donde Bronfenbrenner considera el espacio de interacción directa entre la persona en desarrollo y otros significativos. Y en segundo lugar el término desarrollo, el cual se refiere a un “cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él” (Bronfenbrenner, 1987).

Figura.1 Modelo Ecológico Urie Bronfenbrenner (1987)



El primer sistema es el Microsistema, éste es el que se encuentra más cercano al adolescente, e incluye las influencias y la relación cara a cara, que generalmente comprende los miembros de la familia y amigos cercanos (Bronfenbrenner 2002). Éste es el sistema que más influencia ejerce sobre el adolescente. Según Bravo-Andrade, Ruvalcaba-Romero, Orozco-Solís, González-Gaxiola y Hernández-Paz (2017) se considera primero a la familia, y posteriormente la escuela, colegio y el grupo de pares que conforman el entorno del adolescente. De la misma manera en Lakhan y T Ekúndayo (2013) se recalca que en este sistema son de suma importancia los padres, hermanos, amigos y personas significativas que se encuentran presentes de manera activa en la vida del adolescente.

El segundo es el Mesosistema, en donde se encuentran principalmente las relaciones establecidas entre hogar-colegio, colegio-lugar de trabajo. Es un sistema en donde hay

interacción de dos o más microsistemas en los que el adolescente se desenvuelve de manera activa. Según Neal & Neal (2013) se destaca en este nivel las interacciones sociales entre los distintos microsistemas, como es el de la madre y la maestra. De la misma manera Swick & Williams (2006) identifican en este sistema el apoyo de las personas significativas, a manera de redes sociales que brindan contención al adolescente.

El tercer sistema es el Exosistema, en éste no se ve una relación directa entre el adolescente y el mismo, pero indirectamente le afecta. Según Torrico Linares et al. (2002), éste hace referencia a contextos extensos que no contienen al sujeto directamente, pero que en él se producen hechos que afectan al individuo. Dentro de este nivel se encuentra el lugar de trabajo de los padres, el reglamento o cómo funciona la escuela o colegio. De la misma manera Swick & Williams (2006) refieren que se trata de un sistema a partir del cual las personas están “conectadas” sin encontrarse físicamente, y pone como ejemplo el estrés laboral de los padres. Siguiendo la misma línea en el artículo publicado en 2017 por Bravo-Andrade et al., en México indica que el niño no tiene un rol directo y tampoco experiencias en estos entornos, pero que se ve afectado por las interacciones que suceden entre éstos.

El cuarto es el Macrosistema, el cual conforma la cultura en la que se desenvuelve el adolescente, las creencias, valores y estilo de vida. De acuerdo al estudio realizado en 2006 por Swick y Williams, las creencias culturales, los valores sociales, tendencias políticas y económicas forman parte de este sistema, las cuales tienen gran impacto en la vida de las personas y sus familias. Dentro de este sistema se incluye a las creencias culturales en relación al género y las prácticas religiosas.

Durante el estudio continuo del desarrollo del individuo, en donde los sistemas que interactúan e influyen el uno al otro, Bronfenbrenner años más tarde agrega un nuevo concepto, que es el cronosistema que hace referencia a un sistema en donde se refleja el cambio y la continuidad a través del tiempo que tiene una influencia en los otros sistemas. De acuerdo a Neal & Neal (2013) dentro de esto se engloban las transiciones que tiene el adolescente como el paso desde la escuela al colegio o los cambios que inician en la pubertad. Se trata de un sistema que da importancia al componente temporal en donde el

ecosistema se encuentra. Este último sistema considera el tiempo tan importante como el ambiente en donde se desarrolla el adolescente. Según Rosa y Tudge (2013), identifican que dentro de este sistema se tiene en cuenta las experiencias del adolescente de manera temporal, como puede ser el nacimiento de un hermano, o los cambios de la adolescencia, así como la muerte de algún familiar. Estos cambios interactúan con los sistemas y provocarán el cambio o re-estructuración del desarrollo y actitudes del adolescente, así como del comportamiento para la búsqueda de ayuda de un profesional en presencia de un trastorno de salud mental.

Hasta el año 2005 la teoría tuvo cambios que la llevaron a ser considerado como un modelo bioecológico (Bronfenbrenner & Evans, 2000). Es a partir de este momento que se comienza a considerar cuatro variables: los procesos, el contexto, las personas y el tiempo en el desarrollo de los seres humanos. En este nuevo modelo se incorpora “los procesos proximales” en donde se entiende a éstos como “procesos de interacción recíproca entre un organismo humano que evoluciona biopsicológicamente y la personas, objetos y símbolos en su ambiente inmediato” (Bronfenbrenner & Evans, 2000). Estos procesos cambian de acuerdo a cada persona y su entorno en el que se desarrolla. También este apartado propone una relación directa con las características fenotípicas y genotípicas, dando de esta manera un papel también importante en los factores biológicos, razón por la cual lleva el nombre de bio-ecológico (Brendtron, 2006).

Existen pocos estudios en donde el objetivo es entender la actitud frente a la búsqueda de ayuda profesional en adolescentes con trastornos de salud mental, estos ponen atención a los aspectos biomédicos y de estilos de vida, que están enfocados principalmente en el individuo, sus conductas e intervenciones (Eriksson et al., 2018). Por esto, toma importancia el estudio en donde se pone énfasis en el individuo tanto como en el contexto en el cual se desarrolla y cómo este contexto interviene de manera activa para que el adolescente tome la decisión de asistir o no a donde un profesional de la salud mental (Miville y Constantine, 2006; Vogel et al., 2007).

Se han realizado varios estudios en donde la teoría ecológica es parte de los mismos, siendo el área de la salud mental una de las más relacionadas. En el estudio realizado por

Vogel et al. (2007) se pudo identificar que el contexto en el que el individuo se desenvuelve, así como los amigos, la familia, el colegio, y el sistema de salud, interaccionan con la percepción personal de enfermedad mental y altera de esta manera las ideas y creencias para buscar ayuda profesional. De la misma manera, en otro estudio realizado con población mexicana en los Estados Unidos, por Miville y Constantine (2005), se encontró que sistemas ecológicos, como una percepción social de apoyo de la familia bajo, o apoyo de los cercanos, eran estadísticamente significativos en la actitud del adolescente para buscar atención en salud mental.

La influencia social que ejercen las personas que rodean al adolescente, en donde se incluye el juicio que generan los pares, se ha considerado como un posible factor asociado para que tome la decisión para buscar atención de un profesional. (Pescosolido y Boyer, 1999; Rickwood & Braithwaite, 1994). Siguiendo por la misma línea, estudios plantean que una relación cercana con el adolescente, pertenecientes a un microsistema, su grupo familiar, sus amigos cercanos, entre otros, influye en la toma de esta decisión para buscar servicios de salud (Riedel-Heller, Matschinger, & Angermeyer, 2005). Según los resultados del estudio de Vogel et al. (2007), la proximidad o conocimiento sobre trastornos de salud mental, puede ser un factor que facilita o disminuye las actitudes negativas que pueda tener el adolescente asociadas a la búsqueda de ayuda en servicios de salud mental.

De acuerdo a Rodgers en un estudio realizado en el 2009, el cual intenta encontrar la relación del estigma social y el autoestigma con la búsqueda de ayuda, determina que el modelo ecológico es adecuado para poder identificar los aspectos que intervienen en la decisión del adolescente para buscar ayuda profesional, poniendo énfasis en el estigma como el principal aspecto que dificulta esta decisión. En otro estudio similar en donde se estudia la autoestima y la depresión, y como estos intervienen en la búsqueda de ayuda, desde el modelo ecológico, se puede ver que interacciones sociales positivas, redes de apoyo en microsistemas, buenas relaciones, comunicación en mesosistema está asociado con disminución de niveles de depresión, así como un aumento de autoestima, lo que llevaría a una mejor actitud frente a la búsqueda de ayuda (Smokowski, Evans, Cotter, & Guo, 2014).

De acuerdo a la revisión de literatura, y todo lo dicho en líneas anteriores, la interacción e influencia de los diferentes sistemas del modelo ecológico, intervienen en la intención o actitud para la búsqueda de ayuda de profesional de la salud mental. Estos aspectos de cada sistema pueden favorecer o bloquear la búsqueda de ayuda, para iniciar y seguir un tratamiento específico, lo que a su vez afecta el curso y pronóstico de la enfermedad. Por esta razón y de acuerdo a los estudios realizados por Urie Bronfenbrenner, y tomando lineamientos del modelo ecológico inicial (Bronfenbrenner, 2002), permitirá entender la problemática de este estudio, e identificar en las narrativas de adolescentes con depresión los sistemas que intervienen y se interrelacionan para la toma de decisiones para asistir o no a un profesional de salud mental (Torrico Linares et al., 2002).

Teniendo en cuenta estos puntos teóricos se puede concluir que la literatura en Chile relacionada con el fenómeno de la búsqueda de ayuda en salud mental es escasa, y no se tiene una idea clara como es su actitud y conducta frente a acceder al servicio de salud. Es por esto que toma importancia el estudio, considerando la adolescencia el momento en el que se inician los primeros cuadros de depresión y siendo la instancia para iniciar un tratamiento oportuno, es necesario el estudio de los factores que afectan de manera positiva y negativa para que el adolescente tome la decisión y busque ayuda formal. Se observará en los diferentes sistemas como son el familiar, pares, sistema escolar, y sistema de salud así como el personal, intentando entender cómo se comportan los diferentes actores y como interfieren en la decisión del adolescente, permitiendo o no el inicio de un tratamiento oportuno.

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Pregunta de investigación

La búsqueda temprana de ayuda formal, reduce con éxito el impacto de la depresión a largo plazo, disminuye las comorbilidades, y especialmente el riesgo de suicidio en adolescentes (Rickwood et al., 2005; Wilson, et al., 2010). Sin embargo, solo un 30% de los adolescentes con depresión acuden a buscar ayuda formal (Vicente et al, 2012). Es así como surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los facilitadores y obstaculizadores para la búsqueda temprana de ayuda formal, desde la perspectiva de adolescentes con depresión de ambos sexos de entre 15 y 17 años en la ciudad Santiago de Chile?

#### 3.2. Objetivos

Objetivo General:

Describir y analizar los facilitadores y obstaculizadores para la búsqueda temprana de ayuda formal, desde la perspectiva de adolescentes de ambos sexos entre 15 y 17 años con depresión en Santiago de Chile.

Objetivos Específicos:

1. Describir y analizar desde la perspectiva de adolescentes con depresión, los facilitadores y obstaculizadores **personales** para la búsqueda temprana de ayuda formal.
2. Describir y analizar desde la perspectiva de adolescentes con depresión, los facilitadores y obstaculizadores del sistema **familiar** para la búsqueda temprana de ayuda formal.
  - **Familia** se entiende por las personas que tienen relación directa, y las cuales viven con el adolescente. De la misma manera familia extendida se considera aquellas personas que son cercanas al adolescente, sin embargo, no viven con él.

3. Describir y analizar desde la perspectiva de adolescentes con depresión, los facilitadores y obstaculizadores del sistema de **pares** para la búsqueda temprana de ayuda formal.
  - **Pares** corresponde a un término en relación a personas del círculo íntimo del adolescente que tienen edad similar, pueden ser o no considerados de confianza, como amigos, o más lejanos, como compañeros.
4. Describir y analizar desde la perspectiva de adolescentes con depresión, los facilitadores y obstaculizadores **del sistema escolar** para la búsqueda temprana de ayuda formal.
  - **Sistema escolar** comprende los profesores, psicólogo escolar y asistente social del colegio/liceo.
5. Describir y analizar desde la perspectiva de adolescentes con depresión, los facilitadores y obstaculizadores **del sistema de salud** para la búsqueda temprana de ayuda formal.
  - **Sistema de salud**, se refiere a instituciones tanto públicas como privadas, y a la relación con personal administrativo y profesionales de la salud (médicos, psicólogos y psiquiatras)

### 3.3. Preguntas directrices

- ¿Qué ayuda es la que buscan los adolescentes cuando presentan síntomas de ánimo bajo y depresión?
- ¿Cuáles son los motivos por los que los adolescentes buscan o no ayuda de un profesional frente a síntomas de ánimo bajo y depresión?
- ¿Cuál es el papel de la familia y pares en la búsqueda de ayuda formal desde la perspectiva de adolescentes con síntomas de ánimo bajo y depresión?
- ¿Cuál es el papel del sistema de salud en la búsqueda de ayuda formal desde la perspectiva de adolescentes con síntomas de ánimo bajo y depresión?
- ¿Cuáles son las creencias de adolescentes hombres y mujeres con depresión sobre la atención formal en salud mental?

- ¿Cuál es el papel de los profesores y el psicólogo escolar en la búsqueda de ayuda formal desde la perspectiva de los adolescentes son síntomas de ánimo bajo y depresión?
- ¿Cuál es el papel de las creencias de los adolescentes respecto a la salud mental y a la depresión para tomar la decisión de buscar ayuda formal de manera temprana?
- ¿Cuál es la percepción de los adolescentes en cuanto a lo necesario para mejorar en el trastorno depresivo?
- ¿Cuáles son las diferencias en cuanto a la búsqueda de ayuda formal en adolescentes con depresión, en relación al género?
- ¿Cuáles son obstaculizadores para que los adolescentes con depresión de Santiago no acudan de manera temprana en la búsqueda de ayuda profesional?
- ¿Cuáles son los facilitadores para que los adolescentes con depresión en Santiago acudan y busquen de manera oportuna ayuda profesional?

### **3.4. Diseño de la investigación**

La investigación se realizó desde una metodología cualitativa, ya que permite explorar la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos. Éste es un enfoque abstracto, subjetivo que se basa en la interpretación (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2006). Dada la intención de explorar desde la perspectiva de adolescentes con depresión la experiencia propia y de los sistemas en los que se desarrolla, el fenómeno de la búsqueda de ayuda formal en salud mental.

Es un diseño descriptivo/fenomenológico, ya que se enfoca en las experiencias individuales subjetivas, así como en las creencias personales de los participantes. De la misma forma el centro de la indagación reside en estas experiencias (Hernández Sampieri et al., 2006).

El fenómeno de la búsqueda de ayuda formal en salud mental, se lo describe desde la experiencia y creencias de cada adolescente que participa en la muestra, lo que permite conocer de igual manera, la perspectiva colectiva construida en torno al mismo (Hernández et al., 2006). Este fenómeno se lo trata desde una mirada ecológica, teniendo presente la intervención del ambiente y contexto en donde se desarrolla el adolescente, permitiendo

entender la conducta de buscar ayuda formal en adolescentes con depresión y su interacción con los diferentes sistemas (Bronfenbrenner, La Ecología del Desarrollo humano, 1987).

### **3.5. Muestreo**

Se realizó un muestreo no probabilístico de casos homogéneos. Este tipo de muestreo busca describir un subgrupo en profundidad, cuyos participantes tengan algún tipo de experiencia en común en relación con objetivo de la investigación.

#### **3.5.1. Criterios de Inclusión**

Los criterios generales que guiaron la selección del grupo muestral fueron los siguientes:

1. Adolescentes de 15 a 17 años evaluados en el contexto del proyecto FONDECYT 1161696 y que recibieron el diagnóstico de depresión y fueron referidos a atención a su centro de salud correspondiente.
2. Adolescentes que hayan cumplido con el periodo de tiempo comprendido entre tres y seis meses después de haber sido derivados al centro de salud correspondiente.
3. Adolescentes cuyos padres hayan dado consentimiento para su participación en esta investigación (Consentimiento informado, Anexo 1).
4. Adolescentes quienes hayan aceptado por medio del asentimiento informado su participación en esta investigación. (Asentimiento informado, Anexo 2)

### **3.6. Proceso de reclutamiento**

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 donde forma parte el programa Cuida tu Ánimo, a cargo de la investigadora responsable Dra. Vania Martínez. Este proyecto FONDECYT con el programa mencionado, se llevó a cabo en colegios particulares subvencionados de Santiago en donde la muestra fueron estudiantes de 1° a 3° medio, a ellos se aplicó el cuestionario PHQ-9, para identificar el riesgo de sintomatología depresiva.

Adolescentes que en el diagnóstico basal del estudio FONDECYT fueron excluidos de participar en él por presentar alta sintomatología depresiva y que luego, como parte de las consideraciones éticas, fueron evaluados presencialmente por psiquiatra infantil y del adolescente, y fueron diagnosticados con depresión y a la vez derivados a su centro de salud correspondiente acompañados de una notificación de patología GES son los adolescentes invitados a participar en esta tesis. Durante la evaluación psiquiátrica, se solicitó teléfono de contacto de los padres/tutores de los adolescentes y se les comunicó la posibilidad de un contacto posterior.

Teniendo presente la experiencia de los profesionales de salud mental, en relación al tiempo de retraso que existe en la búsqueda de atención de profesional de salud mental, se consideró esperar un tiempo de tres a seis meses después de haber recibido la notificación GES por parte de las psiquiatras del programa FONDECYT para iniciar las entrevistas del estudio presente. Al cumplirse ese tiempo se realizó el contacto directo con los padres/tutores de los adolescentes de forma consecutiva, y considerando aquellos que cumplían con los criterios de inclusión. A ellos se les explicó y comentó sobre el presente estudio.

Los padres/tutores acudieron junto a sus hijos al Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), en donde se les explicó el detalle el estudio presente, y se procedió a firmar el consentimiento y asentimiento respectivamente (Anexos 1 y 2). Los mismos fueron firmados por la directora de la institución (CEMERA) o a quien ella delegó para ese efecto. Las instituciones educacionales no tuvieron una relación directa con la investigación actual.

### **3.7. Técnica de producción de información**

Como técnica se utilizó la entrevista semiestructurada. Ésta permite abarcar los temas y preguntas pertinentes para cumplir con los objetivos del estudio de la misma manera que abre la posibilidad de profundizar en aquellos puntos relevantes que surjan durante la entrevista (Hernández Sampieri et al., 2006).

Se realizó el guión temático con preguntas abiertas que abarcarán los diferentes sistemas, como el personal, el sistema familiar, sistema de pares, sistema escolar y sistema de salud en relación a su experiencia y creencias en la atención en salud mental, incluyendo éstas desde el momento previo en donde la sintomatología estaba iniciando, es decir, antes de conocer el diagnóstico de depresión, y después del mismo (Anexo 3).

Las entrevistas se llevaron a cabo en CEMERA en el consultorio de la psiquiatra y en el de la psicóloga de acuerdo a disponibilidad. Estas entrevistas fueron audiograbadas después de que los participantes y sus apoderados firmaron el consentimiento y asentimiento informados respectivamente. La duración de cada entrevista fue en promedio de una hora. Al iniciar la grabación se solicitó a la madre salir de la consulta si estaba de acuerdo, a lo que todas accedieron, de manera que se dio inicio a la entrevista semiestructurada basada en el guión temático.

El tiempo que tomó realizar las diez entrevistas semiestructuradas, fue de cuatro meses desde Septiembre a Diciembre del 2018. Inicialmente se consideró la posibilidad de realizar la entrevista a cinco hombres y cinco mujeres, sin embargo, solo se realizó la misma a tres hombres, ya que no se logró contactar a más hombres que cumplieran con los criterios de inclusión, y de la misma manera se llegó a la saturación teórica. Posteriormente las entrevistas fueron transcritas para proceder con el análisis de los datos.

### **3.8. Análisis de Datos**

Se utilizó un análisis cualitativo de los datos, basada en los lineamientos de la Teoría fundamentada, proceso que según Strauss & Corbin (2002) “comienza con un área de estudio y permite que la teoría emerja a partir de los datos” (p.13), por lo tanto el investigador tiene una posición activa, en donde interpreta lo que escucha, observa y lee (Rodríguez , Gil, & García, 1999).

De acuerdo a Noerager (1980) este método de análisis está compuesto por elementos inductivos y deductivos, lo que le permite ser un método válido para la investigación. Se realizó un análisis descriptivo de los datos según los procedimientos de *Codificación abierta* propuesta por la Teoría Fundamentada. Esta codificación es “un

proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren los datos sus propiedades y dimensiones” (Strauss & Corbin, 2002. p.14). En esta fase del proceso se descompone la información de acontecimientos, situaciones, acciones e interacciones las que se agrupan bajo conceptos llamados categorías. De esta manera se identifican estas categorías y otras jerárquicamente menores, denominadas subcategorías. Esto permitió identificar diferentes categorías, y agrupar los códigos de acuerdo a un tema en común. 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 (MAXQDA, 2018)

La saturación teórica, entendida como la ausencia de datos relevantes o cuando los datos fueron reiterativos y no proveen más información al estudio, se alcanzó a partir de los datos obtenidos en la entrevista al décimo participante, configurando el tamaño final de esta muestra.

Este método de análisis de datos no fue estático, sino 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, logrando así cumplir con el objetivo del estudio presente.

### **3.9. Consideraciones Éticas**

Como se mencionó previamente este estudio está asociado el proyecto FONDECYT regular N° 1161696 “Eficacia de un programa escalonado basado en Internet para la prevención e intervención temprana de la depresión en adolescentes secundarios en Santiago, Chile”. El proyecto de tesis de la presente investigación y el FONDECYT están aprobados por el comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, proyecto N° 063-2018 (Anexo 4)

La presente investigación contó con la autorización por parte de los padres/tutores de los adolescentes quienes firmaron el consentimiento informado, y el asentimiento informado por parte de los adolescentes (Anexo 1 y 2)

Los adolescentes que participaron en la investigación, fueron evaluados inicialmente por dos psiquiatras infanto juveniles, una de ellas la investigadora responsable del proyecto FONDECYT al que está asociado a este proyecto, Dra. Vania Martínez, quienes realizaron el diagnóstico de depresión, la notificación respectiva de patología GES y la derivación al centro de salud correspondiente. De manera que los adolescentes que acudieron a la entrevista semiestructurada del estudio presente, ya tenían un diagnóstico definido de acuerdo a la evaluación del profesional especialista.

Se presentaron tres casos en los que el adolescente no se encontraba en tratamiento al momento de la entrevista. En estos casos se evaluaron posibles riesgos y síntomas que fueron comunicados al padre/tutor, y se derivó a evaluación con la psiquiatra, Dra Vania Martínez, para determinar la situación actual, de manera de facilitar la atención en salud necesaria, ya sea mediante un contacto directo con el centro correspondiente o la oferta de atención en CEMERA.

No se identificaron casos en donde existiera alto riesgo suicida, sin embargo, se tomó las debidas medidas, considerando siempre la presencia de la psiquiatra en CEMERA, en caso de ser necesaria su asistencia.

Para respetar y resguardar la confidencialidad de los adolescentes se reemplazó los nombres de los mismos, por nombres ficticios para fines del presente estudio.

## 4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

### 4.1. Caracterización de la muestra

La muestra estuvo compuesta por diez estudiantes secundarios de entre 15 y 17 años, de colegios particulares subvencionados de Santiago, en donde siete corresponden a mujeres y tres hombres. Todos los adolescentes tuvieron previamente una evaluación psiquiátrica en el contexto del proyecto FONDECYT Regular N° 1161696 “Eficacia de un programa escalonado basado en internet para la prevención temprana de la depresión en adolescentes” de la investigadora responsable Dra. Vania Martínez.

A continuación en la tabla 1 se presentan los datos que se obtuvieron a través de las entrevistas semi estructuradas realizadas a los adolescentes con diagnóstico de depresión y que caracterizan la muestra.

**Tabla 1.** Caracterización de la muestra: edad, sexo, tratamiento actual, antecedentes personales y familiares.

Adolescente	Edad	Sexo	Tratamiento Actual	Lugar de atención actual	Antecedentes personales de atención en salud mental	Antecedentes en cercanos de tratamiento en salud mental
1	16	F	Ninguno	Ninguno	Atención psicológica por supuesto TADH, niñez	Madre (diagnóstico desconocido), amiga (depresión) atención psicológica.
2	17	F	Ninguno	Ninguno	Atención psicológica por artritis juvenil y dificultad para dormir	Amiga atención psicológica por depresión
3	16	F	Psicoterapia	Clínica Privada	Atención psicológica por depresión	Amiga, atención psicológica por diagnóstico desconocido
4	16	F	Psicoterapia y farmacoterapia	COSAM	Atención psicológica por depresión	Madre, psicológico por depresión

5	17	F	Psicoterapia	Clínica privada	Ninguno	Padre y tía materna atención psicológica por depresión
6	16	M	Psicoterapia y dejó farmacoterapia	Clínica privada	Atención psicológica por violencia intrafamiliar	Madre (diagnóstico desconocido), Tía materna (trastorno bipolar) atención psicológica.
7	15	F	Psicoterapia y dejó farmacoterapia	CESFAM	Ninguno	Madre y abuelo materno atención psicológica por depresión
8	15	M	Psicoterapia	CESFAM	Atención psicológica por sintomatología depresiva	Padre (depresión), madre (trastorno de pánico) atención psicológica
9	15	F	Psicoterapia y farmacoterapia	CESFAM	Ninguno	Tías paternas atención psicológica por depresión)
10	17	M	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Amiga (depresión), Padre abuso de alcohol, atención psicológica

#### 4.2. Presentación y análisis de los resultados

Durante el proceso de análisis se encontró dos etapas que forman parte de este estudio. La primera corresponde a “Búsqueda de ayuda profesional”, en este se encuentran aquellos factores que se identificaron antes de que el adolescente reciba el diagnóstico actual de depresión, y que permiten responder a los objetivos del estudio. Y la segunda, que surge en el relato de los jóvenes y que se encuentra ligado al proceso corresponde al “Inicio y mantención de tratamiento”, en éste se encuentran factores que permiten iniciar y mantener el tratamiento en el tiempo después de que los jóvenes fueran evaluados por la psiquiatra del programa Cuida tu Ánimo (FONDECYT Regular N° 1161696) y recibieron el diagnóstico actual de depresión. En cada una de éstas se identificaron obstaculizadores y

facilitadores a nivel personal, del sistema familiar, del sistema de pares, del sistema escolar y del sistema de salud.

## **A. Búsqueda de ayuda profesional**

### **1.1 Obstaculizadores**

Los obstaculizadores se refieren a aquellos factores que impiden o actúan retrasando la búsqueda de ayuda profesional. Estos se encuentran organizados de manera esquemática en el árbol de códigos en el Anexo 5.

#### **1.1.1 Personales**

##### **1.1.1.1 Autoestigma**

El estigma percibido por el adolescente emerge desde las creencias y discurso existente que llevan a plasmar una idea negativa de la búsqueda de ayuda de un profesional de salud mental, y de la depresión.

##### **1.1.1.1.1 Estigma social internalizado**

Los adolescentes asumen como propias estas ideas, las cuales han venido escuchando en el relato de sus cercanos y la sociedad que los rodea.

##### **1.1.1.1.1.1 “Ser hombre”**

Una idea que aparece reflejada en el relato de ocho de los adolescentes (dos hombres y seis mujeres) y que hace referencia a la diferencia de género masculino, como factor que influye para tomar la decisión de buscar ayuda formal, e incluso informal.

Al género masculino se lo considera como aquel que oculta sintomatología presente por el estigma y las creencias presentes en la sociedad que están relacionadas con el machismo y la debilidad, esta última asociada al llanto o demostración de cualquier emoción de tristeza o sensibilidad. Existe una creencia generalizada de debilidad si el hombre demuestra emociones, así también como ausencia de masculinidad.

*“...hay mujeres que son como más de piel, bueno, hombres igual, pero, una mujer cuenta más lo que siente, porque el hombre siempre quiere verse más fuerte poh’.” (Adolescente 10, hombre)*

*“Para una mujer [es más fácil buscar ayuda profesional], porque la sociedad, o sea, ahí, los estereotipos muestran que el hombre débil es como algo malo, entonces, yo encuentro que con eso de que los hombres no lloran y todo, obviamente, si dicen tengo que ir al psicólogo, lo va a ver como alguien débil, como un hombre débil. Y para muchos, eso no está bien poh’.” (Adolescente 9, mujer)*

En el relato de los adolescentes estas ideas internalizadas también tienen una relación importante con la imagen que tienen preconcebida los jóvenes de la depresión.

#### **1.1.1.1.2 Estereotipo de la depresión**

La idea de la depresión lleva consigo una imagen formada por ellos o por otros sobre las características que debe tener una persona para estar deprimida, en donde la gravedad del cuadro es lo más relevante. La idea de una persona con depresión se ve establecida por la presencia de un cuadro con sintomatología grave, en donde existe autolesiones, tristeza permanente, e incluso llegando a la ideación suicida. Esta única imagen es la que define el trastorno depresivo, por lo tanto, cualquiera que no tenga estas características será excluido de este posible diagnóstico. Siete adolescentes tienen esta idea sobre el estereotipo de depresión.

*“ Mmm, alguien que llora siempre, que está mal siempre, que está mal siempre, que, porque por ejemplo, eh, cuando hablas con gente sobre lo que te pasa o sobre lo que tienes, en general te dicen: ‘ah, pero si estai triste nomás, estai triste ahora’, porque asocian tener depresión con estar mal, todos los días.” (Adolescente 4, mujer)*

*“Sí [existe un estereotipo de una persona con depresión]. Es como tapándose los ojos, así, con los brazos cortados y todo de negro.” (Adolescente 8, hombre)*

La imagen de la depresión lleva consigo un concepto relevante, lo que lleva a una tercera subcategoría.

#### **1.1.1.1.3 Debilidad personal**

Asociada como la causa de la sintomatología depresiva. Seis adolescentes consideran el tener una personalidad débil como causa de los síntomas que presentan. Existe una preocupación a que las personas piensen que se trata de debilidad personal, pone al adolescente en una posición vulnerable en donde la culpa recae sobre ellos mismo, pensando que es su responsabilidad no tener síntomas y por consiguiente depresión.

*“Es por debilidad de la personalidad algo así... no quería volver al psicólogo porque... no sé me daba pena de caer en lo mismo, no quería que piensen (familia) que volví” (Adolescente 3, mujer)*

*“Si estoy siendo un poco débil porque me estoy dejando, eh, como influenciar por ese problema, por la baja de ánimo y todo... Si creo que la causa de mi depresión es, porque estoy dejando que esté el ánimo bajo.” (Adolescente 5, mujer)*

#### **1.1.1.1.4 Prejuicio sobre la atención en salud mental**

Asociado a una idea de una persona con depresión, existe también este prejuicio de la atención que se encontró en tres adolescentes. Ellos lo relacionan con la locura, y a su vez la gravedad de cuadro, o intensidad de sintomatología se la asocia a la necesidad de una atención con el psiquiatra. De esta manera se mantiene esta idea considerando que no es necesario la atención de un profesional, sino solamente con síntomas graves, así se considera a aquellos que acuden a esta atención como aquellos que tienen trastornos mentales más graves.

*“Claro hay prejuicio, la gente antigua son las personas que más tienden a pensar... que la gente que va al psicólogo está loca.” (Adolescente 3, mujer)*

*“Eso es como la diferencia del psicólogo y el psiquiatra poh’. El psicólogo es como pa’ orientarte, así...Y los psiquiatras, son como los que ven los locos poh’, así como... locos se les dice como a la gente que tiene como trastornos mentales poh’, entonces, para esa gente, yo creo que es el psiquiatra... Como para los casos más extremos.” (Adolescente 10, hombre)*

El prejuicio de la atención en salud mental se ve también relacionado con la gravedad del cuadro. Esto se encuentra en el relato de dos adolescentes quienes consideran necesario acudir en búsqueda de atención profesional sólo si los síntomas son graves.

*" Si es algo [síntomas] como ya más grave, obviamente tiene que ser un profesional, no es como que un amigo te diga sí, si tú estai... no sé, va a sonar súper feo, pero no sé, si estai escuchado voces y tu amigo te dice: ‘Ah, ya, deberías hacer esto’, no creo que sea como muy factible, entonces tiene que ser un profesional según yo” (Adolescente 2, mujer)*

#### **1.1.1.1.2 Estigma Anticipado**

Los adolescentes tienen constantemente una idea anticipatoria que está relacionada con la reacción que tendrá el otro al conocer la sintomatología presente. Esta idea está presente en el relato de cinco adolescentes de manera muy clara. El pensar cual sería la reacción del otro que recibe la información, sea su familiar o los pares, está asociada con una idea de discriminación o de cambio en la forma de tratar al adolescente, llegando a comportarse como una barrera muy relevante el momento de tomar la decisión de buscar ayuda formal, incluso informal. La idea de la debilidad, o de la lástima está presente de la misma manera en estos adolescentes, siendo parte de este autoestigma presente en el relato en los jóvenes, que interviene en su conducta.

*“No sé [porque no contó sobre síntomas a familia] ... como que no quería que se hiciera un problema más grande o que me dejaran de hablar, no sé, cosas así.” (Adolescente 1, 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’. Y no me gusta que me miren así, como con pena. Entonces, por eso no me gusta contar las cosas” (Adolescente 10, hombre)*

*“Yo creo que también por lo que quizás les vaya a decir el resto (pares), porque sí son como: “voy al psicólogo”, “ah, estoy loco”. Porque así al tiro lo toman, por lo menos, mis compañeros son así. Entonces yo creo que por eso no van [al psicólogo] o dicen: “ah, yo no necesito, yo soy fuerte, puedo salir solo”.” (Adolescente 1, mujer)*

El estigma anticipado impide de manera directa el contar sobre la sintomatología presente comportándose como una barrera para la búsqueda de ayuda profesional.

### **1.1.1.2 Anticipación de reacción negativa**

La anticipación de una reacción negativa hace referencia a la reacción de cercanos que no está relacionada con discriminar al adolescente o cambio en la forma de tratarlo, tampoco de un prejuicio o un estereotipo. Sino que hace referencia a la reacción de otros en relación a la credibilidad del síntoma asociado a minimizar los síntomas o el cuadro y también tiene una asociación directa con el evitar preocupar o molestar al otro.

#### **1.1.1.2.1 Minimización de los síntomas**

Es una causa importante que impide o bloquea que el adolescente decida contar a alguien cercano sobre sus síntomas e iniciar de esta manera la búsqueda formal. Siete adolescentes se refieren a esta disminución de la importancia al cuadro o síntomas por parte de los cercanos. Principalmente esta falta de importancia se relaciona con una idea de que ellos están exagerando, recayendo

nuevamente la culpa y la falta de “poner de su parte” como la principal causa. Es importante ver que los adolescentes no sólo tienen esta idea con sus padres, sino también con los profesionales de salud, siendo esto una barrera directa para que decidan contar la sintomatología a un profesional para iniciar esta ayuda necesaria.

*“No me gusta hablar con ellos [padres]. ¿Por qué? Porque siento que dicen que exagero algo, no sé..., yo les cuento todo, menos cuando estoy triste porque, no sé, siento que no les importa o algo, no sé.” (Adolescente 7, mujer)*

*“Sí [cree que necesita ayuda profesional], pero es que no... no quiero, porque no... no me gustan, siempre me preguntan qué me pasa en los psicólogos, esas cosas, y no me gusta contar, yo mis cosas... Yo creo que ellos [psicólogos] lo ven como algo estúpido. Porque... ¿cómo una persona no se va a sentir conforme con uno mismo?, entonces, por eso ellos lo ven así como algo estúpido.” (Adolescente 10, hombre)*

La minimización de los síntomas también está asociada a la creencia de que los padres considerarían la sintomatología presente como una forma de llamar la atención o como una exageración, quitándole así importancia.

*“Pensarían [familiares y pares] que soy exagerada o que... no sé, es que hay personas que tienen un concepto de depresión como tan... no sé, que creen que... todos los que tienen depresión son suicidas o todos los que tienen depresión quieren llamar la atención, o dicen que tienen depresión para llamar la atención, o que simplemente se toman a pecho las cosas que les dicen la gente. Pero no es como... siento que la gente tiene como un concepto de depresión como gente que quiere llamar la atención, algo así.” (Adolescente 2, mujer)*

### 1.1.1.2.2 Deseo de no preocupar a otros

Los adolescentes mantienen una conducta de ocultamiento de los síntomas para no provocar una reacción negativa en el otro. Evitar que sientan preocupación por ellos, especialmente a sus familiares. Esta idea se evidencia en seis adolescentes, quienes prefieren no contar sobre cómo se están sintiendo para que los otros no se preocupen o causar más problemas y desestabilizar el sistema familiar.

*“Es que no quería que se preocuparan poh’, porque si yo decía ‘oye, puedo ir a un psicólogo, a un psiquiatra’, no... me decían ‘¿para qué? ¿Y por qué? ¿Qué pasó?’’. Entonces no, mejor no... Y tampoco quiero contarles, porque sé que si les cuento mis problemas, se van a preocupar mucho más poh’.” (Adolescente 8, hombre)*

*“Eh... miedo puede ser [motivo por el que no contó las autolesiones] ... Bueno, siempre he sido como la hija más centrada que tienen mis papás, entonces trataba siempre de estar en lo correcto y hacer las cosas bien, tratar de no dar mucho problema porque mi hermano... ya era mucho el drama que había en la familia, entonces no quería arruinar eso para traer más problemas a la casa. Entonces me daba miedo que si les contaba cómo me sentía, eh, iba a colapsar de nuevo todo el tema de la relación familiar.” (Adolescente 4, mujer)*

Esta posible reacción anticipada es directamente asociada al ocultamiento de los síntomas llevando al adolescente a retrasar la búsqueda de un profesional.

### 1.1.1.3 Normalización de los síntomas

Los adolescentes mantienen una idea inicial de normalizar los síntomas que presentan, quitando importancia a los mismos. Los diez jóvenes no los asocian a un posible diagnóstico de depresión, sino que lo relacionan con la etapa de la adolescencia, así también como algo “normal” que pasará en el tiempo. Estos adolescentes comparan con otros cuadros o con esta idea o estereotipo muy asociado a como debe ser una persona con depresión y al no reconocer los síntomas

como importantes no tienen una sospecha de un posible trastorno depresivo. Esto lleva a un retraso para buscar ayuda profesional, lo que los mantiene en un constante estado de ánimo bajo, que con el tiempo se va agravando, llegando a buscar ayuda formal cuando el cuadro concuerda con esta idea “grave” que tienen sobre la depresión. El normalizar es un problema constante que forma parte del discurso de los adolescentes y de la gente que se encuentra en los distintos sistemas en los que se desarrolla el adolescente.

*“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)*

*“...pensaba que era tristeza...Es como que... como yo pensaba que iba a ser momentáneo, como que no había pensado en una solución para eso, así como que iba a pasar solo.” (Adolescente 7, mujer)*

En el relato de un adolescente existe la creencia de que la depresión es parte de la adolescencia, lo cual es reforzado por el profesional de salud mental.

*“O sea, eso es lo que me dijo a mí la psicóloga [que lo que sentía era por la adolescencia] ... Yo creo que es verdad, porque igual yo he visto hartos adolescentes que están así poh’. No sé, en realidad, qué... Porque es como una etapa de desarrollo, entonces, cuando ellos se están desarrollando, a lo mejor, ven a otro que se desarrolla más rápido y uno no poh’, entonces, por eso, a lo mejor se sienten mal.” (Adolescente 10, hombre)*

El normalizar está presente en todos los adolescentes, comportándose como un obstaculizador importante que impide que el adolescente acuda a buscar ayuda de un profesional en salud mental.

#### **1.1.1.4 Mejoría es sin profesional de salud mental**

Esto es una creencia que está presente, siete adolescentes hablan sobre la posibilidad de mejorar sin la necesidad de un profesional, siendo esto una barrera para buscar ayuda formal. Los adolescentes consideran necesario tener alguien de confianza para poder contar sobre lo que están sintiendo, sin embargo, no ven la importancia recurrir a un profesional. De la misma manera, consideran que el

mejorar sólo depende de ellos, negando así la necesidad del profesional. Esto está muy relacionado con la idea que tienen sobre la gravedad del cuadro, llevando a buscar principalmente ayuda informal que viene de los pares o cercanos quienes tienen un apoyo de manera pasiva.

*“Eh, o a lo mejor así, no buscar a un profesional, pero sí tener una persona a la que contarle, porque si se queda con los problemas dentro, igual le va a afectar mucho más.” (Adolescente 5, mujer)*

*“Que la solución depende de ellos (de cada adolescente). Depende de ellos y de su entorno, y si ellos quieren cambiar el entorno, van a poder solucionar sus problemas.” (Adolescente 6, hombre)*

La idea de no necesitar un profesional es un factor que actúa directamente como una barrera para la búsqueda de ayuda.

#### **1.1.1.5 Preocupación por la confidencialidad**

Esta falta de privacidad se encuentra en el relato de los adolescentes. Ellos mantienen la sintomatología para sí mismos, no quieren que los otros sepan. Esto está asociado a la autonomía y privacidad del adolescente, que es concordante con esta etapa del desarrollo por la que están transitando. Cuatro adolescentes se refieren a esta necesidad de mantener en secreto u oculta la sintomatología, y piensan que los otros no tienen por qué saber sobre lo que le está ocurriendo.

*“Que no quiero po’, no quiero que la psicóloga sepa que... qué es lo que me pasa, no quiero que... O sea, no quiero que le cuente a mi mamá... Porque yo no quiero que ella sepa po’, son mis cosas.” (Adolescente 10, hombre)*

Existe una constante preocupación de mantener la confidencialidad lo que se ve reflejada en esta actitud que impide contar a otros lo que está sintiendo el adolescente.

#### **1.1.1.6 Creencia de que la enfermedad física tendrá un mejor tratamiento.**

Un adolescente identifica la existencia de una idea sobre la enfermedad física y la psicológica. En donde se considera que un tratamiento será más efectivo para una

enfermedad física, al ser un síntoma evidente en el cuerpo, que para un trastorno de salud mental.

#### **1.1.1.7 Estrategias para mejorar solo**

Los adolescentes desarrollan estrategias para poder sentirse mejor al presentar la sintomatología depresiva, estas estrategias son bailar, escuchar música, salir con amigos entre otros. Al encontrar un alivio momentáneo impide que busquen ayuda formal. De la misma manera muchas veces estas estrategias son conductas no adaptativas, tres adolescentes identifican el adoptar conductas como consumir drogas y alcohol para sentirse mejor, lo que resulta un riesgo para los jóvenes.

*“Entonces, hubo un tiempo en el que yo igual me metí ahí con gente no tan buena... como que empecé a probar cosas y como que hubo mucho tiempo en el que estuve consumiendo cosas, Alcohol y... marihuana. Creo que una vez no más consumí pastillas, pero no... pero no fue tanto... eso me hacía sentir mejor por ese momento” (Adolescente 9, mujer)*

#### **1.1.2 Sistema familiar**

##### **1.1.2.1 Actitud pasiva de familia para buscar ayuda profesional**

La actitud pasiva para movilizarse y buscar ayuda formal, se encuentra en los diferentes sistemas. En la familia esta actitud pasiva tiene mayor peso al ser las personas de confianza que podrían dar mayor apoyo y movilizarse para iniciar así el proceso de buscar ayuda profesional. Los familiares tienen una conducta la cual se basa en dar apoyo y ánimo a los jóvenes sin realizar ninguna acción para que acudan a un profesional. Seis adolescentes se refieren a tener contención de un familiar a quien le cuentan lo que están sintiendo, sin embargo, no recomiendan o sugieren buscar atención de un profesional.

*“Mi prima, ella como que me empezó a hablar, me decía ‘pero ¿por qué lo hiciste [autolesión] como pa’ aliviarte o por otra cosa?’, le dije ‘no, si fue por el momento no más’ ... ella se preocupa más por mí me da ánimo, me dijo que todo iba a estar bien...porque sabe... a ella le cuento todas mis cosas”. (Adolescente 8, hombre)*

*“Le dije a mi mamá que estaba mal, que había estado mal mucho tiempo. 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)*

### **1.1.2.2 Minimización de los síntomas**

Esto está asociado con la actitud pasiva, ya que al quitar peso a los síntomas del adolescente, el familiar no realiza ninguna acción pensando que es algo que pasará sin la necesidad de atención profesional. Tres adolescentes se refieren a esta experiencia con su familiar, quien quita importancia o gravedad al cuadro, estos adolescentes pidieron ayuda formal sin tener una respuesta esperada, o retrasando la búsqueda por diferentes motivos.

*“Sí, yo le decía [a la madre] que quería ir al psicólogo... Me decía que yo... como para qué íbamos a ir, o como que buscara una, pero que el psicólogo era caro, cosas así.” (Adolescente 1, mujer)*

*“Yo le pedí a mi mamá que me llevara a algún lugar... Que sí que íbamos a ir a un psicólogo y me llevó al psicólogo. Igual hubo un período que fue como de un mes o un mes y medio, donde no fui, después de que le conté y... ahí después sí me llevó, era por el tema de donde estábamos ocupados con otras cosas.” (Adolescente 4, mujer)*

### **1.1.2.3 Falta de cercanía**

Los adolescentes consideran la cercanía con sus familiares como un factor importante para poder contar sobre lo que están sintiendo, lo que va en conjunto con la confianza. Tres jóvenes hacen referencia a una relación no muy cercana especialmente con el padre lo que impide contar lo que siente, también asociada con falta de afecto en la dinámica relacional.

*“Porque yo con mi papá no tengo buena relación. Con mi papá puedo estar como un minuto hablando, así súper bien, pero al otro momento me está gritando o nos ponemos a pelear poh” (Adolescente 5, mujer)*

De la misma manera tres adolescentes tienen una percepción coherente en cuanto a la falta de apoyo de la familia como un obstaculizador para buscar ayuda formal.

*“Eh, sí. Por ejemplo, que la familia no esté ahí, no te preste su apoyo, que no te preste... atención, es como también... fuerte para querer ir al psicólogo.”*

*(Adolescente 5, mujer)*

#### **1.1.2.4 Experiencia previa de familiar en salud mental**

La experiencia previa de un familiar no es un factor que está muy presente en el relato de los adolescentes, sin embargo, un adolescente hace referencia a la posible reacción del padre frente a la terapia que debería iniciar el adolescente. Esta reacción del padre se ve influenciada a una experiencia negativa, al no encontrar beneficio de una terapia previa de un familiar cercano, y que indirectamente podría influenciar en la búsqueda de atención profesional.

*“Yo creo que para mi familia paterna no es tan... tan importante [buscar ayuda profesional], porque no han hecho mucho efecto en mis tías, entonces, como que no han visto muchos cambios” (Adolescente 9, mujer)*

### **1.1.3 Sistema de Pares**

#### **1.1.3.1 Actitud pasiva de pares para buscar ayuda profesional**

Al igual que en los familiares, los pares también tienen una actitud pasiva al conocer la sintomatología que el adolescente está presentando. Los adolescentes a pesar de ser los receptores iniciales de esta información sobre síntomas de sus pares, no proponen buscar ayuda formal, sino que dan apoyo e intentan subir el ánimo dando de una manera implícita la propuesta de sentirse mejor por ellos mismos, sin la necesidad de un profesional. Ocho jóvenes consideran a los pares como un apoyo, sin embargo, ninguno sugiere buscar ayuda de un profesional para recibir ayuda pertinente.

*“A mis amigas nuevas, que no eran tan amigas ese tiempo les conté que estaba bajoneada... Les contaba cómo me sentía y ahí ellas me dijeron que... que tenía que estar bien y esas cosas así...no me dijeron nada de ir al psicólogo” (Adolescente 7, mujer)*

*“Eh, me daban ánimo más que nada. Más que consejos, porque ellos jamás se... no se pueden poner en mi lugar si nunca les ha pasado. Pero me daban el apoyo, no*

*sé, si algún día tenía otro problema, ‘tú te voy a mi casa’, me decían, ‘te vas a mi casa y te queday los días que quieras’.” (Adolescente 6, hombre)*

### **1.1.3.2 Estigma experimentado**

La experiencia del adolescente frente a situaciones de estigma, que está relacionada con el prejuicio, estereotipo y discriminación. Seis adolescentes refieren a momentos en los cuales vivieron una situación de estigma. El experimentar estas situaciones es una barrera evidente para buscar ayuda formal. Ya que la conducta de los pares hacia el adolescente es un determinante para poder confiar y buscar ayuda para iniciar el proceso de buscar ayuda.

*“Porque no me nacía hablarlo con ellas [amigas], como que no, no sé, no quería hablarlo con ellas la verdad... Y la Javiera me conoció cuando yo todavía estaba en el tema de que me cortaba y sí me juzgó mucho por eso, pero me dijo que estaba loca, que por qué hacía eso y qué me pasaba y que... cómo se me ocurría hacer eso. O sea, no me sentía cómoda contándole eso.” (Adolescente 4, mujer)*

*“Miedo a que... por ejemplo, la Fran... Ella como que le daban unos ataques, en el colegio y la gente decía, el curso como entre comillas, se burlaba de ella, así... Y yo sabía que lo mío no era tan grave, pero sabía que iban a hablar de mí igual, así que era como eso. Pero después, como que al final lo acepté y fui poh’.” (Adolescente 3, mujer)*

*“cuando hicieron la encuesta, eh, subieron y me empezaron a decir: “Ay, tú estay loco. Ah, no, yo salí loca” o cosas así. Como que son muy... tontos para pensar”.* (Adolescente 1, mujer)

Es importante un factor que aparece en tres de los adolescentes quienes refieren contar sobre síntomas a sus pares que estaban pasando por una situación similar, quienes no hablan sobre el tema o no le dan ningún apoyo por el mismo hecho de sentirse igual sin ánimo, lo que impide que ellos sean una fuente de apoyo y de movilización para buscar ayuda formal, que los pares y el adolescente necesitan.

#### 1.1.4 Sistema Escolar

Es interesante ver que, a pesar de que los adolescentes pasan su mayor cantidad de tiempo en el ámbito escolar, profesores, psicólogos escolares y personal escolar no son considerados importantes para contar cómo se siente el adolescente, principalmente porque no tienen confianza lo que va relacionado con la falta de privacidad/confidencialidad o porque no demuestran interés por el bienestar de los jóvenes.

##### 1.1.4.1 La falta de privacidad con psicólogo escolar

La privacidad que tiene que ver con la necesidad de mantener lo que sucede al adolescente para sí mismos, o que nadie sepa que ellos se encuentran asistiendo al psicólogo escolar. Cinco adolescentes hacen referencia a esta idea, no quieren acudir al psicólogo escolar porque todos los pares sabrán que está asistiendo lo que llevaría a burlas y a que lo traten de una manera diferente, lo que está íntimamente ligado al estigma presente sobre los trastornos de salud mental y la atención de salud mental. Es importante tener en cuenta esto, ya que la forma de funcionar del sistema de atención del psicólogo escolar pone al descubierto a los adolescentes que acuden al mismo, rompiendo con la privacidad y confidencialidad demandada por los jóvenes. Esta falta de privacidad es un obstaculizador directo para no acudir al psicólogo escolar, y retrasando o bloqueando el inicio de la búsqueda de ayuda formal.

*“Él psicólogo del liceo me había ayudado un poco, pero no me gustaba mucho... hablar de mis cosas en el liceo, como con los que había en el liceo. Quería como a alguien externo... En realidad, era como para no perder clases, porque es como, te sacan de la sala y te van a buscar a la sala y es como: ‘Cristina, te busca el psicólogo’ y tenís que salir, ir con él y te perdís una clase y la materia y todo eso. No me gustaba perder clases en realidad, tampoco que todos mis compañeros supieran que yo iba a ir al psicólogo.” (Adolescente 4, mujer)*

En esta cita se puede identificar también otro factor importante el cual sólo se ve en un adolescente que está relacionado con la pérdida de clases, que actúa como una barrera para acudir al psicólogo escolar.

#### **1.1.4.2 Falta de confianza con profesores**

La falta de confianza es un factor que se ve en el relato de los adolescentes, se comporta como un obstaculizador para que ellos cuenten a los profesores sobre la sintomatología que presentan. Tres jóvenes refieren no tener confianza con los profesores lo que impide que ellos cuenten a los mismos y estos inicien la búsqueda de ayuda formal.

#### **1.1.4.3 Falta de conocimiento o información sobre psicólogo escolar**

Esta falta de información hace referencia a la ausencia de conocimiento sobre a quién acudir, sobre la existencia de un psicólogo escolar que podría ayudar en situaciones en las que el adolescente necesite. Tres jóvenes no tienen un conocimiento claro de la atención psicológica en el colegio, cómo tomar una hora para hablar o cuál es el proceso que debe seguir.

*“Se supone que hay un psicólogo en el colegio, pero uno nunca va a los psicólogos del colegio... O sea, es que te tienen como que derivar, pero el psicólogo del colegio no sé si es psicólogo. Como que no entiendo..., pero es como muy nuevo, pero no sé si trabaja el psicólogo, como que no se entiende.” (Adolescente 9, mujer)*

Relacionado con este punto previo los profesores forman parte de estos profesionales que podrían iniciar esta búsqueda de ayuda formal. Un adolescente refiere que no existe una recomendación de los profesores para buscar ayuda psicológica en caso de ser necesario, no da opción para asistir al psicólogo escolar, lo que bloquea de cierto modo esta búsqueda.

*“No sé, en realidad, porque los profesores de mi liceo nunca han hablado sobre eso [recomendar que si necesitan acudan a un psicólogo]” (Adolescente 10, hombre)*

### **1.1.5 Sistema de Salud**

#### **1.1.5.1 Ir acompañado de un adulto**

Dentro del sistema de salud se encontró el relato de dos adolescentes que hacen referencia al tener que ir con un adulto como el padre, la madre o un tutor legal a la consulta médica como un limitante para buscar dicha ayuda profesional. Así

consideran que los jóvenes acudirían más a un profesional si no tuvieran que ir con un adulto responsable.

*“Ahí va lo que yo le digo, tal vez si... a las personas menores las dejaran ir al psicólogo o al doctor, solas, sería mucho más fácil. Pero... yo al ser menor y mi mamá tiene que ir a inscribirme, mi mamá tiene que ir a esto y a lo otro. Así que pienso que debería ser como eso, que a los niños y adolescentes, se les de esa facilidad.” (Adolescente 3, mujer)*

### **1.1.5.2 Alto costo atención privada**

Un adolescente considera la barrera del precio elevado como principal para no acudir a consulta privada, lo que es importante considerar ya que existe la búsqueda, sin embargo, el tener un costo muy elevado bloquea el iniciar un tratamiento adecuado.

*“Fue como en octavo, séptimo, sexto, como... sí, y no me podía llevar porque... eh, tenía un problema económico y... igual es súper caro los psicólogos y psiquiatras. Y ahora, como que hace poco, por esto, me derivaron y me habían derivado antes y todo, pero ahora partió el GES, entonces, con eso estoy con tratamiento.” (Adolescente 9, mujer)*

A pesar de estos puntos relevantes, en esta primera etapa del proceso de búsqueda de ayuda profesional, los adolescentes no tienen muy presente el sistema de salud en su relato como facilitador u obstaculizador.

## **1.2 Facilitadores**

Los facilitadores que permiten iniciar la búsqueda de ayuda formal se representan de manera esquemática en el árbol de códigos en Anexo 6.

### **1.2.1 Personales**

#### **1.2.1.1 Cuestionarios e intervenciones escolares para identificar un trastorno del ánimo.**

Dentro de los facilitadores personales es importante tener en cuenta la intervención escolar realizada que corresponde a la aplicación de cuestionarios de sintomatología depresiva. Esto se identificó como un movilizador, necesario para poder reconocer la sintomatología y como desencadenante de este proceso para buscar ayuda formal.

Siete adolescentes encontraron el cuestionario como importante para poder identificar un problema y así pensar en la posibilidad de buscar ayuda de un profesional. De la misma manera los adolescentes ven los cuestionarios como la mejor forma ya que es confidencial, y los compañeros no sabrían sobre un posible diagnóstico o sintomatología que podría ser parte del trastorno. Teniendo relación con el estigma que tienen los trastornos de salud mental y la atención profesional de los mismos.

*“Sí, es súper importante, porque por ejemplo, si yo no hubiera hecho esa encuesta, yo nunca... mis papás y yo nunca hubiéramos sabido si yo tenía depresión o no.”*

*(Adolescente 5, mujer)*

*“Yo creo que los, los cuestionarios, esos que nos hicieron, es lo mejor, porque... por ejemplo, ya, si nos están dando una charla, uno no va a entrar y decir ‘no, yo me siento súper mal por tal y tal cosa’, porque, obviamente, a uno no le gusta... o sea, por ejemplo, a mí no me gusta contar mis problemas en frente de todos.*

*Entonces, prefiero guardármelos y por ejemplo, ya, si estoy haciendo la encuesta yo solo, puedo responder con lo que yo siento y lo que me pasa a mí po’, así, sin que nadie lo mire.” (Adolescente 8, hombre)*

### **1.2.1.2 Reconocer síntomas**

Un adolescente, reconoció la presencia de síntomas que estaban afectando su vida cotidiana, y le permitió pensar la posibilidad de un trastorno de salud mental, por lo que pidió ayuda a su madre para acudir a un profesional e iniciar un tratamiento.

*“No, si yo le dije no es normal que me sienta así y yo le decía a mi mamá “vamos al psicólogo”, porque yo me siento así y siento que tengo ansiedad, entonces cuando aquí la... doctora me dijo “tienes depresión y ansiedad”, yo dije, la depresión... me sorprendí muchísimo, pero la ansiedad como que no me sorprendió tanto.”(Adolescente 1, mujer)*

### **1.2.1.3 Experiencia previa positiva en salud mental**

La decisión de iniciar la búsqueda de ayuda formal generalmente se ve movilizada por una experiencia o por una referencia que tiene el adolescente. Una experiencia

previa con un profesional de salud mental que haya sido positiva para el adolescente, se comporta como un facilitador, ya que el adolescente basándose en esa experiencia pasada decide buscar nuevamente esa ayuda que le fue útil o agradable en el pasado. Cuatro jóvenes recuerdan esas experiencias, las cuales consideran movilizadoras para buscar nuevamente atención terapéutica.

*“No... no, yo sola quise ir, porque no sé, yo lo encontraba... porque yo tenía esa idea de cuarto básico, que el psicólogo se iba a sentar y yo iba a hablar y hablar, y hablar, y me iba a poner dibujitos, juegos. Entonces yo le decía “mamá quiero ir”, porque... no sé, para contarle mis cosas a alguien o que me vaya a escuchar alguien. Por eso.” (Adolescente 1, mujer)*

#### **1.2.1.4 Deseo de mejorar con la ayuda de un profesional**

Este deseo por parte de los adolescentes también se comporta como un facilitador para buscar ayuda de profesional en salud mental. Tres adolescentes hacen referencia a este deseo de manera explícita, ellos reconocen la sintomatología como un problema que afecta los diferentes ámbitos de su vida cotidiana, y se movilizan a buscar ayuda formal por el deseo de sentirse bien y regresar a realizar sus actividades nuevamente.

*“Yo lo encuentro súper fome, como a veces sentirse mal. No es como una sensación que me guste, entonces, eh... 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)*

#### **1.2.1.5 Reconocer la importancia de contar a otro su sintomatología**

El aceptar que es necesario contar lo que siente el adolescente para encontrar ayuda es un facilitador. Tres adolescentes hablan sobre la importancia de contar lo que sienten para así poder recibir ayuda necesaria de un profesional. Sin embargo, se inicia con una ayuda informal, de alguien cercano que permita ver que realmente es necesaria una ayuda profesional. Dos adolescentes consideran importante contar sobre su sintomatología para recibir una guía y apoyo para iniciar la búsqueda formal.

## 1.2.2 Sistema Familiar

### 1.2.2.1 Presencia de la familia

Un facilitador importante al cual se refieren ocho de los adolescentes (dos hombres), es el apoyo y la presencia de la familia para buscar ayuda formal.

Especialmente se ve la cercanía con la madre siendo ésta la primera que se moviliza para buscar horas de atención en salud mental.

*“Es que, uno se siente en confianza con la familia, como que siente que... no sé, es como que tu mamá te dé un consejo o que alguien cercano a ti. Uno que obvio lo va a tomar y vay a decir eh... ‘sí, en realidad, si me lo dice él, lo voy a intentar’. Como que te da más confianza para buscar atención profesional.” (Adolescente 6, hombre)*

*“La confianza y tener comunicación con ellos [necesarios para que adolescentes pidan a sus padres ir al psicólogo].” (Adolescente 10, hombre)*

Aquí también ellos consideran importante el tener a alguien cercano que diga u ofrezca al adolescente esta posibilidad de buscar ayuda profesional la cual ellos la tomarían de mejor manera y acudirían a esa atención.

*“Yo creo que la confianza en el círculo familiar es muy importante cuando alguien quiere buscar ayuda” (Adolescente 4, mujer)*

*“Eh... que alguien le diga, yo creo...Alguien que te vea así como que estay mal po'como alguien de tu familia.” (Adolescente 10, hombre)*

### 1.2.2.2 Madre propone buscar ayuda formal

La madre constituye una pieza principal para iniciar este proceso de buscar ayuda profesional. Tres adolescentes relatan la movilización de la madre tras la posibilidad de un trastorno depresivo, buscando horas con profesional médico o con psicólogo.

Un adolescente refiere que la madre es quien propone el buscar ayuda de un profesional. Por lo tanto, la imagen de la madre tiene un rol muy importante para esta búsqueda de ayuda formal que el adolescente necesita.

*“No, ella (madre) me preguntó. Dijo ‘oye, ¿querís ir al psicólogo?’ y yo le dije ‘ya’. Es que mi mamá se da cuenta, pero tampoco como que me va a hablar, porque sabe que no me gusta hablar de cosas así.” (Adolescente 8, hombre)*

### 1.2.2.3 Experiencia positiva de un familiar en atención mental

La experiencia positiva de un familiar en atención en salud mental sería un facilitador para que el adolescente reciba el apoyo familiar y acudir a dicho tratamiento especializado. Un adolescente hace referencia a la falta de experiencia en la familia en relación al tratamiento psiquiátrico y psicológico, lo que facilitaría para que la familia apoye al adolescente a buscar ayuda profesional.

*" Pero... en mi familia materna, nadie ha tenido como depresión o algo así, entonces, yo encuentro que ellos sí irían a un psicólogo si no se sienten bien."*  
(Adolescente 9, mujer)

## 1.2.3 Sistema Pares

### 1.2.3.1 La confianza permite contar síntomas

La confianza facilita el poder contar a los cercanos sobre la sintomatología presente, lo que es el primer paso para que con la ayuda de un tercero se dé inicio a la búsqueda de ayuda formal. La confianza es una característica a la cual todos los adolescentes hacen referencia como la principal necesaria para contar a sus pares lo que están pasando. Se lo considera un facilitador ya que la confianza es importante gatillador para que los adolescentes cuenten e inicien de esa manera el proceso de buscar ayuda.

*"Porque me sentía en confianza y... igual como que, ellas (amigas) igual como que habían pasado por lo mismo, entonces...me iban a entender."* (Adolescente 7, mujer)

### 1.2.3.2 Pares recomiendan buscar ayuda profesional

Esta sugerencia que dan los pares no es de manera explícita, sin embargo, reconocen que es importante buscar ayuda de un profesional. Dos adolescentes de acuerdo a su experiencia, reconocen que los pares sí recomiendan buscar atención de un profesional.

*"Así como...que no me preocupara porque entre nosotros [pares] nos íbamos a ayudar y ese tipo de cosas... Sí po', dijeron que vaya al psicólogo."* (Adolescente 3, mujer)

## 1.2.4 Sistema Escolar

En el sistema escolar existen diferentes personas que podrían iniciar la búsqueda de ayuda al conocer síntomas de un posible trastorno del ánimo en un adolescente. La confianza y el demostrar preocupación por el joven son importantes para que ellos decidan contar lo que están sintiendo. Un adolescente cuenta a la asistente de aseo sobre su ánimo bajo, al ser ella quien se preocupa por el estado del joven.

### 1.2.4.1 Profesores

Los profesores forman una parte importante dentro de este sistema, tienen un papel de relación directa con el adolescente. La confianza y la demostración de preocupación e interés por parte de los profesores, es un factor importante que los adolescentes identifican como necesario para poder contar sobre los síntomas presentes e iniciar de esta manera la búsqueda de ayuda formal.

#### 1.2.4.1.1 Profesores incentivan la atención profesional

Se encontró que seis jóvenes hablaron sobre la presencia de profesores quienes identifican síntomas relevantes y derivan para su atención con el psicólogo escolar quien a su vez es el encargado de iniciar la búsqueda de un profesional especialista.

*“Cuando me pongo a llorar, eh... mi profesora me pregunta y me dice cosas, y me pregunta si quiero ir a la psicóloga del colegio. Así es que por esa parte, creo que sí les importa.” (Adolescente 3, mujer)*

*“Me llamaron [a la psicóloga escolar] después de que tuve problemas, digo, no tuve problemas, mis profesores me habían visto raro, así como también bajoneado y le dijeron a la psicóloga. Y me llamó y me dijo que... no me habló del tema, después de un tiempo me contó que por qué ella me había llamado específicamente.... Eh y eso, hablé con ella”. (Adolescente 6, hombre)*

#### 1.2.4.2 Disponibilidad del psicólogo del colegio

Tres adolescentes consideran importante que exista un psicólogo en el colegio. Consideran que esto provee mayor facilidad y rapidez para acceder a la atención psicológica en el colegio. A esto también se asocia la facilidad de acudir a atención

psicológica sin los padres, evitando el miedo de lo que dirán los padres, manteniendo así la privacidad.

*“No es fácil, la gente... la gente critica bastante. Demás y esos niños tienen miedo a lo que le digan los papás, por eso buscan ayuda en el colegio... He visto niñas que van ahí. O sea, no es necesario que les cuenten a sus papás, pero van así como solos allá, a ver a las psicólogas del colegio.” (Adolescente 3, mujer)*

*“Yo creo que sí, es más fácil y rápido ir al psicólogo del liceo que ir a un consultorio.” (Adolescente 4, mujer)*

### **1.2.5 Sistema de Salud**

#### **1.2.5.1 Recomendación de otros profesionales de salud**

Dos adolescentes reflejan en el relato que fueron otros profesionales de la salud quienes identifican síntomas, para lo cual derivan o sugieren consultar a un profesional de salud mental. Esto es muy relevante ya que estos profesionales de salud formarían parte de esta búsqueda que lleva a iniciar un tratamiento a tiempo y de manera adecuada.

*“Al principio no iba al psicólogo, entonces, no sabía que era por esto, lo asociamos que una vez me caí y... me dolía. Y fuimos donde una kinesióloga, entonces, ella me vio y me dijo que no era algo así como que te caíste o eso, sino que era algo así como que somatizaba por emociones. Y le dijo a mi mamá que me llevara al psicólogo.” (Adolescente 3, mujer)*

### **B. Inicio y Mantención Tratamiento**

Esta segunda etapa del proceso de búsqueda de ayuda surge en el relato de los jóvenes quienes ya fueron derivados al centro de salud correspondiente y tenían conocimiento del diagnóstico de depresión. Después de conocer el diagnóstico los adolescentes no acuden inmediatamente a encontrar ayuda, sino que continúan existiendo factores que obstaculizan o facilitan.

#### **2.1 Obstaculizadores**

Los obstaculizadores relacionados con el iniciar y mantener un tratamiento en el tiempo se encuentran descritos de manera esquemática en el árbol de códigos en el Anexo 7.

## 2.1.1 Personales

### 2.1.1.1 Estigma anticipado

En esta segunda etapa del proceso de buscar ayuda, está relacionado con la develación del diagnóstico, y la idea de que otros cambiarían la forma de tratar al joven después de conocer el diagnóstico actual. Seis adolescentes consideran que los otros al saber el diagnóstico cambiarían la forma de tratarlo. Especialmente esta posible reacción que está relacionada con el estigma y la imagen que existe de la depresión y la atención psicológica, se ve en los pares quienes reaccionarían de cierta forma en donde la depresión y psicoterapia está asociada con la locura, o llamar la atención. Sin embargo, también existe esta idea de que los profesores y familiares cambiarían su forma de ser con los adolescentes, demostrando mayor atención, lo cual molesta y es indeseable en los jóvenes.

*“Como que te van a mirar con pena poh’, y eso es lo que yo no quiero, por eso que no cuento que tengo depresión... no me gusta que me miren así con pena.”*

*(Adolescente 10, hombre)*

*“Siento que cuando se enteren [profesores], como que van a ser más delicaditos, no sé, como que me van a ver diferente... van a cambiar conmigo, van a ser como más delicados, no sé...eso no quiero” (Adolescente 2, mujer)*

### 2.1.1.2 Creencias del tratamiento farmacológico

Los adolescentes tienen una idea preconcebida de los fármacos, se trata también de una creencia que es internalizada de la sociedad. El tratamiento farmacológico está estigmatizado en este grupo de jóvenes. Cinco adolescentes tienen creencias negativas en cuanto al tratamiento farmacológico, lo que impediría iniciar y continuar el mismo, de esta manera se comportaría como un obstaculizador. Estas creencias principalmente están asociadas a que el fármaco no provee un cambio genuino, que lleva a simular el bienestar y ocultaría el ánimo propio del joven. La creencia de la dependencia también está muy presente en el relato de los adolescentes.

*“Que las pastillas crean dependencia, y además hacen daño y en verdad, son cosas químicas, entonces no sé qué cosa, igual no da a entender mucho.... O sea, estaría,*

*si dejo de tomar las pastillas en un año más, voy a volver a caer o... como que eso no entiendo, si, si las pastillas ayudan o no” (Adolescente 9, mujer)*

*“No recomendaría a un amigo que está bajoneado que tome pastillas, porque no creo que sea bueno fingir... Porque si está muy triste y le dan algo para que esté feliz, pero igual no... siento que es como obligarla a que esté feliz, cuando ella no se siente así.” (Adolescente 1, mujer)*

La creencia sobre los fármacos está muy presente, el resultado del tratamiento los jóvenes no lo ven como un cambio genuino, lo que estará representado en abandono del mismo.

### **2.1.1.3 Duda sobre el diagnóstico**

Los adolescentes presentan incredulidad a acerca del trastorno depresivo diagnosticado, lo que imposibilita reconocer el problema, rompiendo desde ese punto el modelo para buscar ayuda formal. Cinco jóvenes ponen en duda el diagnóstico presente, impidiendo así iniciar la búsqueda de un tratamiento adecuado. Es interesante esto, ya que fueron evaluados por un profesional psiquiatra, que es un especialista en salud mental, sin embargo, a pesar de esto no creen en el diagnóstico. Los adolescentes no pueden ver la sintomatología leve como un posible cuadro depresivo, llevan nuevamente a la imagen de la depresión como en su cuadro más grave.

*“No, no creí que tenía depresión... Porque no sé, es que, depresión yo encuentro que es como muy... así como llorando todos los días y... y hay gente que se corta o... o esas cosas, pero yo no hago eso po’.” (Adolescente 10, hombre)*

*“Mmm, yo siento que estoy triste no más, yo no sé qué es la depresión, no puedo decir que tengo depresión, si yo no sé lo que es.” (Adolescente 4, mujer)*

Existe ligado a esto, una idea de desconocimiento de lo que se trata el diagnóstico, lo que impide darle importancia y así iniciar el tratamiento adecuado.

### **2.1.1.4 Autosuficiencia**

La autosuficiencia es algo que se presenta en el relato de dos adolescentes en donde actúa como obstaculizador para que los jóvenes continúen con un tratamiento así sea psicoterapia o farmacológico. Los adolescentes consideran que no es necesario

la ayuda formal, sino que ellos solos, por sí mismo pueden mejorar, así también consideran que el apoyo de un cercano y no un especialista es suficiente para mejorar.

*“No, yo dejé de ir [a psicóloga]... porque pensé que ya no lo necesitaba, pero yo no me sentía mejor, pensé que yo iba a poder sola.” (Adolescente 3, mujer)*

#### **2.1.1.5 Dudas sobre el beneficio de la psicoterapia**

Existe una idea en un adolescente en donde refiere la psicoterapia como inefectiva, o no reconoce un beneficio actual, lo que es un obstaculizador para que el joven continúe el tratamiento en el tiempo. Este joven inicia el tratamiento, sin embargo, lo deja por no creer que sea beneficioso.

*“O sea, hablamos no más y era, si es lo mismo que hablara con una amiga. Así que siento que eso no me ha ayudado en nada.” (Adolescente 7, mujer)*

#### **2.1.1.6 Expectativa sobre el profesional**

Existe también una idea sobre cómo será la terapia, lo cual está relacionado con el género del psicoterapeuta, una adolescente (mujer) refiere tener una limitación para acudir a la primera cita con el psicólogo pensando que quizás se trate de un hombre lo que provocaría un rechazo y no podría continuar con dicho tratamiento.

#### **2.1.1.7 Otras prioridades**

Se encontró que existe una prioridad por otros asuntos, un adolescente busca otras prioridades como son las tareas escolares lo que retrasa la búsqueda de ayuda para iniciar el tratamiento.

### **2.1.2 Sistema familiar**

#### **2.1.2.1 Evitar hablar sobre el diagnóstico**

Existe una constante sensación de incomodidad para hablar sobre el diagnóstico entre los familiares y el adolescente. Después de recibir el mismo no se habla, se prefiere evitar, lo que de acuerdo al relato de los adolescentes se asocia con la incomodidad por parte del adolescente y de los padres. Los padres generalmente intentan que los hijos tomen la iniciativa para hablar sobre lo que les sucede y sobre el diagnóstico, adoptando una posición pasiva y expectante. Ocho adolescentes hacen referencia a este hecho, en el cual evitan hablar sobre el diagnóstico, siendo

un obstaculizador importante para esta búsqueda de ayuda formal e iniciar el tratamiento de manera oportuna.

*“No, no hablamos después de que me dijeron que tenía depresión, porque no era algo en lo que me sentía cómoda y ella peor (madre).” (Adolescente 4, mujer)*

*“No sé, pero, es que yo creo que mi mamá ignora eso porque... lo encuentra como algo incómodo de conversar y de hablar. Y yo encuentro lo mismo, por eso.” (Adolescente 8, hombre)*

La conducta evitativa es relevante en los jóvenes y sus cercanos. No existe una intención de hablar sobre el diagnóstico por parte de los adolescentes ni de los familiares, siendo un tema oculto, en donde el retraso para iniciar el tratamiento está muy relacionado con este punto.

#### **2.1.2.2 Minimizar el cuadro**

El minimizar la importancia del cuadro se encuentra muy presente en los familiares de los adolescentes. Es importante, ya que a pesar de tener un diagnóstico establecido, ellos restan importancia, siendo una barrera para que los adolescentes busquen ayuda formal e inicien el tratamiento. Seis adolescentes refieren que los familiares a quienes confían el diagnóstico actual restan importancia del mismo, e incluso existe incredulidad frente al mismo. Esto se relaciona con la falta de información y con la imagen sobre cómo es una persona con depresión asociado a un cuadro con sintomatología grave. Se encontró que generalmente los padres son los que se presentan menos crédulos al diagnóstico presente.

*“Pero que mi papá, por ejemplo, cuando yo le decía ‘papá, tengo depresión’, y me decía ‘no, tú no tenís depresión’. No, yo creo que porque no me veía tan mal.” (Adolescente 5, mujer)*

*“Mi mamá llegó y le dijo: “Tiene depresión y trastorno de ansiedad” y le mostró los papeles. Mi papá hizo así como... me dice son puros...por ejemplo, puros cuentos, cosas así. O dijo que... no había que tomarlo mucho en cuenta, porque si no te ibas a... me iba a lamentar de mí misma, cosas así. Entiendo que yo eh... que si me prestaban mucha atención, como: “Pobrecita, tiene depresión”, como que iba*

*a ser peor para mí. Entonces como que mi papá no lo... no lo tomó mucho en cuenta. (Adolescente 1, mujer)*

Asociada a esta minimización existe una creencia de que los adolescentes no pueden tener depresión. Un adolescente hace referencia a esto respecto a sus familiares cercanos.

*“Iba con él (tío) en el auto, ‘uy, encuentro tan ridículo que un cabro chico tenga depresión si no tiene ni un problema, tienen la vida regalá’ y cosas así. Hicieron puros comentarios así.” (Adolescente 8, hombre)*

### **2.1.2.3 Apoyo pasivo de la familia para buscar ayuda profesional**

Esta pasividad se constata cuando los adolescentes cuentan a familiares cercanos sobre el diagnóstico, y ellos dan apoyo, sin embargo, ninguno hace referencia a la importancia de acudir al profesional. Tres adolescentes ponen en evidencia esta situación, en donde los familiares dan ánimo y se muestran preocupados, sin embargo, no se movilizan ni aconsejan buscar atención de un profesional, a pesar de que conocen el diagnóstico actual de depresión, eso se ve en sus familiares cercanos como tías y abuelas.

*“Entonces yo estaba así como bajoneada, y mi tía me dijo: “¿Qué tenís depresión?”. Pero lo tiró así como... sí, tengo depresión. Y ahí yo la quedé mirando y me dijo: “Lola, ¿tenís depresión?”. Yo le dije que sí, y ahí me abrazó y me dijo: “Ya, mira, para el dieciocho ven para acá y nos vamos a Osorno” y qué sé yo, y así” (Adolescente 1, mujer)*

### **2.1.2.4 Necesidad de un tercero para buscar hora en salud mental**

En esta categoría se encontró que principalmente este papel lo cumple la madre, quien realiza la búsqueda activa de una hora en salud mental. Esto se ve en todos los casos y se entiende que sin la ayuda de la madre no se concreta la asistencia a la consulta. Los adolescentes necesitan de una búsqueda asistida, en donde la madre cumple con el papel de gatillante para buscar la hora. Sin esta ayuda no se da la búsqueda formal, incluso causa un retraso en la búsqueda, ya que la madre si se encuentra ocupada en otros temas, el adolescente no buscará por sí mismo esta ayuda necesaria.

### 2.1.2.5 Consejos de cercanos para dejar tratamiento

Familiares en general brindan apoyo, sin embargo, dos adolescentes hacen referencia de familiares cercanos quienes minimizan la importancia de la terapia, lo que influye para que estos jóvenes dejen el tratamiento. Tomando así importancia esta respuesta de los cercanos para tomar la decisión de buscar ayuda profesional.

*“Yo creo que... él [padre] siente que no es necesario, igual. Yo creo, no sé... O sea, hay veces que estamos tomando once y yo le digo que no quiero ir.... Sí, que no quiero ir al psicólogo y dice ‘no, no vayay’, ‘no vayas, si no te gusta, no vayas’.”*  
(Adolescente 7, mujer)

### 2.1.3 Sistema de pares

#### 2.1.3.1 Apoyo pasivo de pares para buscar ayuda profesional

Los pares al conocer el diagnóstico dan apoyo y contención, sin embargo, no realizan ninguna acción en donde recomienden acudir a atención profesional, ni sugerencia. Nueve adolescentes cuentan sobre la contención y apoyo que dan los pares, sin embargo, se lo considera como un obstaculizador ya que ellos no dan una sugerencia de buscar ayuda de un profesional para iniciar un tratamiento y seguirlo en el tiempo.

*“Me dijo [amiga] ‘pucha, eh...’ que no iba a estar solo, que no me preocupara y que iba a tener el apoyo de ella, y que tranquilo, que todo se iba a solucionar”*  
(Adolescente, 6 hombre)

*“Bien poh’, si son mis amigos. Me apoyaron”* (Adolescente 3, mujer)

Los adolescentes develan su diagnóstico a los pares, especialmente a sus amigos cercanos, ya que la confianza y la cercanía con ellos siguen siendo las características principales para que ellos puedan abrir lo que sienten así también como el diagnóstico.

#### 2.1.3.2 Minimización del cuadro

Existen relatos en donde los amigos cercanos muestran una minimización del diagnóstico, en donde no le dan importancia, o lo toman de una manera en donde la burla es la principal reacción. Esto actúa como una barrera para que los adolescentes inicien y mantengan el tratamiento en el tiempo. Cuatro adolescentes hacen

referencia a esto, incluso un adolescente deja el tratamiento por los comentarios de minimización de un par.

*“Me dijo que... es que ella [amiga], no cree en la depresión, no cree en... ellos, en esa familia no creen en la depresión, porque dicen que todo es mental, que no existe.” (Adolescente 10, hombre)*

*“Al menos en mi curso son muy cabros chicos, por decirlo así... y siento que no están muy en onda con saber qué es lo de la depresión y tampoco creo que les importa, no le dan como tanta importancia.” (Adolescente 3, mujer)*

Teniendo en cuenta esta imagen que tienen los adolescentes sobre la depresión y el tratamiento, se puede identificar en el relato una serie de circunstancias que los jóvenes han vivido que demuestran el estigma presente.

### **2.1.3.3 Estigma experimentado**

Los adolescentes refieren haber vivido circunstancias en donde se demuestra que el estigma está presente. Cuatro adolescentes refieren haber pasado por situaciones de estigma por parte de los pares, después de conocer el diagnóstico de depresión, haciendo relación con la locura, o con llamar la atención o moda, de la misma manera se asocia a un cuadro específico de alguien considerándolo como un “bichito raro”.

*“Es que hay compañeras que son como súper insensibles, como... a veces, por ejemplo, en una charla que hicieron cuando empezaron a hacer las encuestas de Cuida tu Ánimo volvían y te decían: ‘¡Ay, tú estai loco! Ay, es que hay cabras chicas que quieren puro llamar la atención’ es que aquí y allá... Yo creo que voy a ser como el bichito raro. No sé, me van a mirar mal, o quizás hablen mal, eso me imagino. Me van a empezar a molestar o van a tirar tallas muy pesadas.*

*(Adolescente 2, mujer)*

*“Es que no sé, es que lo ven como un juego ellos (compañeros), así como, ‘ah...’. Por ser, a mí me decían ‘el loco pastilla’ y ahí. Pero lo ven así, como leseando po’.” (Adolescente 10, hombre)*

Existe mucho estigma en cuanto al tratamiento lo que llevará a abandonar el mismo, siendo a su vez no solo un obstaculizador para que el joven busque ayuda formal

inicial, sino que afectara también en la decisión para iniciar el tratamiento y su mantención.

#### **2.1.4 Sistema escolar**

Dentro de este sistema no se encuentran factores directamente relacionados con la búsqueda, ni con el iniciar y mantener un tratamiento.

##### **2.1.4.1 Psicólogo escolar limita atención**

Un adolescente hace referencia a una limitación por parte de la psicóloga escolar, ya que estaba recibiendo psicoterapia de manera externa al colegio. Esto es una barrera para que en una segunda ocasión el adolescente inicie la cadena de buscar ayuda a partir del psicólogo escolar. Hay que recalcar la importancia de no sobreintervenir. *“Porque me dijo (psicóloga escolar) que donde yo estaba asistiendo a alguien particular, entonces ella ya no... tendría por qué meterse.” (Adolescente 3, mujer)*

#### **2.1.5 Sistema de salud**

##### **2.1.5.1 Dificultad para conseguir hora atención pública**

La disponibilidad de horas en el sistema de salud pública ha sido un punto recurrente en el relato de los adolescentes, quienes después de ser derivados al GES a su consultorio correspondiente han tenido que esperar más de un mes para conseguir hora, siendo incluso una espera de hasta cuatro meses, lo que retrasa e impide esta búsqueda de ayuda formal y el iniciar un tratamiento. Principalmente es un problema del funcionamiento del sistema público, ya que en el privado se evidencia que existe mayor disponibilidad de horas. Siete adolescentes consideran esto una dificultad para el acceso al tratamiento, ya que existe una búsqueda, sin embargo, al encontrarse con una traba del funcionamiento del sistema de salud se bloquea la búsqueda y por ende el inicio de tratamiento por un periodo prolongado. *“Porque llamamos todos los días y siempre dice: “Oh, lamentablemente no tenemos horas”. Nunca tienen horas.” (Adolescente 1, mujer)*  
*“Como hace medio mes recién me dieron hora (después de esperar como 4 meses)...Sí, mi mamá insistió. Como que iba a preguntar, porque también tenemos como una amiga que trabaja en el consultorio, entonces íbamos siempre a hablar con ella, así como; ‘¿qué pasa?’ y no, seguían diciendo que aún no abrían agenda*

*y había pocas horas, y algo así. Como que mi mamá yo veía que iba, y yo también insistía, así como: ‘Mamá, hay que ir. Mamá, hay que preguntar’. Pero no había po’.*” (Adolescente 2, mujer)

La espera de una hora en el consultorio es el principal obstaculizador dentro del sistema de salud. Los adolescentes y sus familiares se movilizan sin embargo al ser algo que no pueden controlar representa un retraso importante para iniciar tratamiento, existe una deficiencia en profesionales para poder abarcar toda la demanda existente.

### **2.1.5.2 Personal del consultorio**

El personal del consultorio también ocupa un espacio en el relato de los adolescentes.

#### **2.1.5.2.1 Profesional brinda información insuficiente**

La información que tienen los adolescentes sobre la depresión y el diagnóstico se encontró que tiene mucha importancia para poder entender, asimilar y poder reconocer el problema. Sin embargo, existe una deficiencia en cuanto a los profesionales que proveen insuficiente información. Cinco adolescentes hacen referencia a esta falta de información.

*“Me dijo que la pastilla era como para el ánimo, pero nunca me explicó como más al fondo, más a fondo. Tampoco me explicó por qué me la estaba dando, ni nada, así que fue como... no habían muchas explicaciones de las cosas, aparte que es como, no es mucho tiempo el que te pueden ofrecer donde hay tantas horas y tantas personas.”* (Adolescente 4, mujer)

#### **2.1.5.2.2 Trato del personal del centro de salud**

Dentro de este apartado el personal del centro de salud hace referencia a los trabajadores en el área administrativa así como los profesionales. Cinco jóvenes refieren encontrar un trato poco amigable y frío por parte del personal.

##### **2.1.5.2.2.1 Falta de confidencialidad por parte del profesional**

La confidencialidad es importante para los adolescentes, sin embargo, se encontró que dos adolescentes refieren incomodidad en la primera cita con el

profesional de salud mental, al no respetar la privacidad y realizar preguntas sobre suicidio y autolesiones frente a la madre.

*“Nada, me revisó, me hizo preguntas. Igual fue incómodo, porque me preguntó por ejemplo si yo había querido, o sea, me... había querido matarme o suicidarme, al frente de mi mamá, y como difícil igual decirle que sí... me dejó descolocada, porque me pregunta eso en frente de mi mamá.” (Adolescente 1, Mujer)*

### **2.1.5.3 Proceso de acceso a atención largo y complicado**

El proceso para acceder al sistema de salud público es considerado muy largo y complicado ya que incluye diferentes documentos los cuales el adolescente tiene que presentar, especialmente para iniciar la atención con el GES. Esto es un obstaculizador al cual se refiere tres de los adolescentes que consideran esta dificultad un problema importante. Los adolescentes al tener que realizar muchos trámites engorrosos para lograr iniciar el tratamiento muchas veces prefieren no hacerlo, y es por esto que también necesitan de un tercero para realizar los mismos.

*“Sí, se demoró... harto. Cuando me hicieron el test, me demoré como... tres semanas o cuatro, un mes, en venir, y de ahí me demoré otro mes más en... conseguir. O sea... que era como todo un problema, como que el GES era muy nuevo. O sea, la depresión en el GES era nuevo, entonces, como que uno tenía que ir, pero primero tenía que ir a ver el bono, pero tenía que inscribirse... Era largo, un proceso muy atadoso, y aparte qué doctor es el más cercano, cuál te da tu isapre.” (Adolescente 9, mujer)*

Los adolescentes consideran un proceso muy largo el buscar atención en el sistema de salud pública y también en el sistema privado.

### **2.1.5.4 Funcionamiento del servicio de salud pública**

Es interesante ver que existen diferentes ideas que recorren el sistema de salud y que forman parte de estos obstaculizadores. La rotación de profesionales como psicólogos dentro del sistema salud público resulta ser un obstaculizador para que el adolescente confíe en el beneficio de la terapia. Esta falta de confianza en que la terapia es efectiva lleva a que el adolescente no busque ayuda formal, y de esta

manera, no iniciará el tratamiento. Es importante decir que un adolescente que hace referencia a esto e inicia el tratamiento en el sistema de salud privado evitando esta rotación de psicólogos, lo que le permite tener más confianza en el beneficio del tratamiento.

Un adolescente hace referencia al tiempo prolongado que existe entre las sesiones, lo que elimina la efectividad. Este adolescente también hace referencia a cómo se realizan las sesiones dentro del consultorio en donde la forma de abordar la terapia no es la adecuada por parte del profesional.

*“Es que... Encuentro que con poco tiempo igual se pueden lograr las cosas, pero... me pregunta como cosas, como si saludara a alguien, así como ‘hola, tanto tiempo. ¿Y cómo hay estado?’; ‘Bien’; ‘¿Y tu familia?’; ‘No, si ahí están’ y listo. No es como preguntas más profundas, más allá de eso, la verdad no creo que ayuda en nada. La veo una vez al mes, cuando chico, eran todos los viernes. Todos los viernes tenía que ir a hablar con ella. Entonces, encuentro que es muy, muy largo el tiempo pa’ otra cita.” (Adolescente 8, hombre)*

Existe una poca valoración del tratamiento psicológico recibido, los adolescentes no ven como una ayuda profesional al ser un trato en el que el terapeuta no toma medidas en relación a la atención con adolescentes.

#### **2.1.5.5 Atención privada de alto costo**

El costo de la atención en salud es importante ya que se comporta como un obstaculizador para iniciar el tratamiento. Los adolescentes conocen el diagnóstico, y buscan atención en el sistema público, sin embargo, tienen que esperar mucho tiempo para iniciar la terapia lo que lleva a buscar opciones dentro del sistema privado, pero al ser tan costoso impide iniciar dentro de este el tratamiento. Dos adolescentes hacen referencia al alto precio que tiene la atención en el sistema privado lo que les impide buscar una opción para ser atendidos dentro de éste.

#### **2.1.5.6 Síntomas secundarios a fármaco**

Existe un obstaculizador para continuar con un tratamiento farmacológico, éste se hace presente en el relato de los adolescentes que impiden que ellos continúen con el tratamiento indicado. Tres adolescentes consideran la presencia de efectos

secundarios que provocan malestar, cefalea, mareos, y continua somnolencia lo que se comporta como un obstaculizador para mantener el tratamiento y motiva al abandono del mismo.

*“Yo salía en la mañana a la casa de mi polola y decía ‘uy, ya llegué’, como que ni me acordaba del trayecto, cómo fue el trayecto. Y eso igual me empezó a desesperar, como que me sentía mal, me empezaba a sentir mal, me daban como náuseas. Me empecé a sentir súper mal... No me lo tomé y en realidad, amanecí mejor la pastilla me estaba... aparte en las mañanas amanecía con náuseas. Entonces, suspendí el medicamento.” (Adolescente 6, hombre)*

*“Mmm, mal, pero mal así de... por ejemplo, me dolía mucho la cabeza y a veces me mareaba mucho. Algo que antes no pasaba.” (Adolescente 7, mujer)*

Es importante considerar que dentro de la etapa del estudio, que corresponde al inicio y mantención del tratamiento, el sistema de salud tiene un papel importante. Estos obstaculizadores personales en relación a la develación del diagnóstico estarían indirectamente relacionados con la búsqueda de ayuda, sin embargo, también forman parte de este proceso que corresponde a buscar tratamiento oportuno de un profesional.

## **2.2 Facilitadores**

Los facilitadores relacionados con el iniciar y mantener un tratamiento en el tiempo se encuentran descritos de manera esquemática el árbol de códigos en el Anexo 8.

### **2.2.1 Personales**

El diagnóstico como tal resulta ser una confirmación de algo que posiblemente se estaba sospechando lo que también mueve al adolescente para buscar dicha ayuda. Los diez adolescentes consideran importante el hecho de querer sentirse mejor y lo consideran como un movilizador para buscar ayuda formal e informal.

#### **2.2.1.1 Mejoría se logra con ayuda profesional**

Los adolescentes reconocen la importancia de buscar ayuda después de tener un diagnóstico, para iniciar un tratamiento adecuado. Los diez adolescentes se refieren a este reconocimiento de la importancia de buscar ayuda formal. Los adolescentes

consideran la psicoterapia como primera recomendación para alguien con un cuadro depresivo.

*“Un psicólogo, el psicólogo está preparado para estos casos.” (Adolescente 3, mujer)*

*“Mmm, ir a un psicólogo y ver por ahí de dónde sigue la cosa... A veces es como hablar con alguien que sepa o que haya estudiado, que... cosas así, es como más útil que hablarlo con tu amigo, porque saben lo que hacen. A veces tú vai a estar mal y vai a estar mal harto tiempo y tu amigo va a decir: ‘ah, pero está bien, siéntete bien’, y a veces no es solo eso po’, a veces uno no se puede solo sentir bien.” (Adolescente 4, mujer)*

*“Hum... hablar con alguien profesional es el mejor tratamiento de la depresión, porque al hablar con un amigo, no tienen idea sobre este tema. Aparte, si tengo un amigo, va a ser igual de mi edad, eh... y si me dicen ‘no, entonces...’, no sé po, ‘¿Querís un cigarro? Salgamos po’, pero no te van a dar un consejo más... más importante.” (Adolescente 8, hombre)*

Los jóvenes reconocen también que la ayuda de un amigo no es la más adecuada ya que no sabrá como poder dar una retroalimentación o un buen consejo para que el adolescente acuda a un profesional. E incluso lo relacionan quizás con aconsejar una conducta no adaptativa como el cigarrillo.

### **2.2.1.2 Reconocer el beneficio de la terapia**

El reconocer que la terapia es beneficiosa es un factor que se hace evidente en los relatos de seis adolescentes. Ellos aceptan que la terapia los ayuda, que es una guía, un apoyo para poder estar mejor, siendo este un motivador principal para que ellos decidan buscar este tratamiento.

*“Sí hay beneficio de ir al psicólogo, porque probablemente uno se mejore.” (Adolescente 8 hombre)*

*“Sí hay beneficio de la terapia, porque ahora como, por ejemplo, antes me sentía, podía estar todo un día acostada, eh... obviamente sí, como no había nadie abajo, me comía todo, pero ahora ya no, puedo estar así como regaloneando con mi*

*mamá, acostada al ladito de mi mamá, después me levanto, pongo música, hago algo abajo.” (Adolescente 5, mujer)*

### **2.2.1.3 Reconocer el diagnóstico**

El aceptar el diagnóstico está asociado al aceptar la necesidad de ayuda profesional. No es un facilitador que se encuentra de manera explícita como identificado por los adolescentes, sin embargo, el hecho de reconocer se puede encontrar en cinco adolescentes quienes aceptaron el diagnóstico y lo relacionaron con la sintomatología que presentaban.

*“Sí. Sí, yo creo que sí tengo depresión. Ahora, sí... Porque siento que ya como que... no hay nada que me motive...pero como que nada me llena, nada me gusta, todo me da pena, hasta el más mínimo comentario me da pena, no me gusta nada y es como... no puedo ser feliz.” (Adolescente 2, mujer)*

### **2.2.1.4 Experiencia previa positiva en atención salud mental**

La experiencia previa en atención de salud mental que haya tenido el adolescente es importante para que decida iniciar el tratamiento y también que continúe el mismo. Cuatro jóvenes consideran haber tenido una experiencia positiva y agradable, lo que facilitará para que ellos busquen nuevamente esa ayuda, o continúen asistiendo donde el profesional.

*“Y... no, después vine y fue así como una entrevista súper buena, porque me desahogué y yo ahí después vi que las terapias con el psicólogo iban a ser así mismo. Entonces, sí, le dije a mi mamá que buscáramos psicólogo y todo.” (Adolescente 5, mujer)*

### **2.2.1.5 Conocimiento de las consecuencias de no recibir tratamiento oportuno depresión**

Un factor principal se trata del conocimiento que tienen los adolescentes de las consecuencias de no recibir un tratamiento profesional a tiempo, los diez adolescentes tienen conciencia de que si no acuden a un profesional podría empeorar el cuadro e incluso terminar en el suicidio.

*“Que... que quizás no se le... como nunca se quiere ver, eh, quizás pase con depresión toda la vida. O que puede llegar a matarse.” (Adolescente 8, hombre)*

*“Que... que las personas caigan en un hoyo y no puedan salir después de eso, como que llegue un punto en donde ya nada lo pueda salvar, así como... las drogas. Como que no pidas ayuda al principio y después llegas a un punto en donde ya no... nada te puede sacar de ello.” (Adolescente, 3, mujer)*

El suicidio es considerado la consecuencia más importante de no recibir tratamiento oportuno.

#### **2.2.1.6 Antecedentes familiares que facilitan contar diagnóstico**

Dos adolescentes (hombres) hacen referencia a la facilidad de contar y buscar ayuda por otros diagnósticos de salud mental que forman parte de los antecedentes familiares. Estos son relacionados como trastornos de predisposición biológica, lo que disminuye así la tensión y el autoestigma. La ansiedad es uno de estos trastornos que son considerados menos graves o con menos consecuencias que permitirían buscar ayuda profesional de manera oportuna.

*“Porque no es tan grave el tema de la ansiedad, es algo que le pasa a mucha gente. Mucha gente sufre de eso, porque es hereditario, yo lo heredé de mi mamá. Eh... el tema de la depresión es como por problemas, entonces, cuesta mucho menos decir algo que te pasa, ‘ah, me pasa esto porque... por tal y tal motivo’, a contar ‘tengo depresión porque...’. Es todo un tema más complicado” (Adolescente 6, hombre)*

### **2.2.2 Sistema Familiar**

#### **2.2.2.1 Familia apoya el tratamiento profesional**

La familia de los adolescentes muestra apoyo para que él acuda a atención psicológica. Ocho adolescentes consideran importante este apoyo familiar para la búsqueda de un profesional e iniciar el tratamiento. Familiar al conocer que joven debe acudir a terapia, aprueban la misma dando importancia a este tratamiento para la mejoría del adolescente. Este apoyo que da la familia favorecerá para que el joven continúe en el tiempo el tratamiento.

*“Que tenía que ir a ver al psicólogo yo...yo creo que fue su forma (madre) de decirme que estaba preocupada y que tenía que hacerlo po’, que tenía que ir.” (Adolescente 10, hombre)*

*“Ha sido como fundamental mi familia, porque si no, yo con estas como bajas de ánimo que tengo prácticamente todos los días, eh... yo ni ganas de ir al psicólogo tengo. Entonces, ellas mismas [tías], así como que me dan el apoyo, igual que mi abuela para que vaya al psicólogo” (Adolescente 5, mujer)*

*“Mi mamá se preocupa siempre que me tome la pastilla. Mi hermana, cuando no está mi mamá, también me pregunta... entonces siempre está ahí preguntándome si estoy bien, si me tomé la pastilla.” (Adolescente 4, mujer)*

Los adolescentes reconocen que sin el apoyo de su familia no pudieran iniciar ni mantener el tratamiento en el tiempo.

#### **2.2.2.2 Madre se moviliza para buscar atención profesional**

La madre tiene un papel muy importante en el fenómeno de la búsqueda de ayuda. Ella se moviliza para encontrar una hora para atención profesional así sea en el consultorio de salud pública como en el sistema privado. Existe una preocupación que lleva a realizar una acción para la mejoría del adolescente. Siete adolescentes ponen en evidencia este hecho, la madre es quien toma la hora con el psicólogo o profesional pertinente.

*“No sé qué hubiera pasado si mi mamá no buscaba la hora. Quizás hubiera empeorado mi situación...Digo, quizás me hubiera quedado sin nada. Sin ningún tratamiento.” (Adolescente 6, hombre)*

*“Mi mamá siempre me levanta porque no me puedo despertar en las mañanas. Así que me fue a despertar, después me dijo: ‘levántate que tenís hora para médico’. Y yo como: ‘ah, ya bueno’. Y me levanté y vine a médico.” (Adolescente 4, mujer)*

Se evidencia nuevamente la importancia de la madre dentro de la búsqueda de ayuda formal en estos adolescentes. Los adolescentes reconocen de esta forma que sin la ayuda de la madre para tomar la hora no lo harían y quizás el cuadro empeoraría.

#### **2.2.2.3 Cambio positivo en la familia después de diagnóstico**

Los adolescentes generalmente tienen miedo de que la gente que los rodea, al conocer el diagnóstico lo trate de manera diferente. Sin embargo, cinco de los

adolescentes consideran que este cambio es positivo en la familia, quien da mayor atención y son más afectuosos, mostrando contención al adolescente.

#### **2.2.2.4 Antecedentes familiares de atención en salud mental**

El adolescente que ha tenido un familiar en atención de salud mental considera esto como algo positivo ya que conoce cómo funciona y se ha despojado del estigma. Cuatro jóvenes hacen referencia a una experiencia familiar positiva en salud mental, lo que facilitó que ellos decidan buscar ayuda, así también como iniciar el tratamiento.

*“Lo tomé bien [tener que iniciar tratamiento con profesional de salud mental] por... es que mi mamá más o menos pasa metida en cosas así... Entonces, yo sabía que el psiquiatra no era de locos ni nada, que cualquier persona va ahí, a un psicólogo no va alguien que está loco y tiene problemas.” (Adolescente 6, hombre)*

*“Mi papá no dijo nada, porque para él era normal ver a sus hermanas yendo al psicólogo y al psiquiatra.” (Adolescente 9, mujer)*

No necesariamente se trata de una experiencia positiva de la familia, sino que el hecho de conocer sobre la atención en salud mental rompe el estigma y facilita para que el adolescente tenga el apoyo de los padres para buscar esta ayuda formal.

### **2.2.3 Sistema de Pares**

#### **2.2.3.1 Amigos apoyan el tratamiento profesional**

Los amigos cercanos del adolescente, además de dar apoyo y contención cinco de ellos apoyan que acuda a psicoterapia, ya que reconocen que eso le ayudará para que esté mejor. Esta conducta de los amigos cercanos es un facilitador para iniciar el tratamiento y continuar en el tiempo.

*“Mis amigos me dijeron como que hablara con el psicólogo, como que... porque ha pasado que... en el colegio, nos dan charlas siempre de todo, todo, y como que muchas veces han mencionado como tipos de... de personas, y hablaron como de los tipos de humor en el adolescente y como que hablaban de que muchos que no pueden decir qué pasa... Entonces, por eso ellos fueron y me dijeron como que les dijera qué pasaba, que... que hablara con el psicólogo.” (Adolescente 9, mujer)*

En esta subcategoría también se da cuenta del papel del colegio en educar sobre la salud mental y los profesionales que están disponibles para tratar con cualquiera de estos problemas.

#### **2.2.3.2 Experiencia similar pares**

Los adolescentes consideran a los pares como una persona confiable para contar sobre el diagnóstico, es interesante ya que dos adolescentes refieren hablar con amigos que pasan por algo similar como un facilitador para tomar la decisión de iniciar el tratamiento con psicólogo.

*“Yo creo que hablarlo me ayudó para querer ir al psicólogo, por ejemplo, con mis amigas, porque ella está pasando como exactamente por lo mismo” (Adolescente 2, mujer)*

#### **2.2.4 Sistema escolar**

##### **2.2.4.1 Facilidad que brinda el colegio para acudir a atención profesional**

El colegio en los diez casos da todas las facilidades para que el adolescente salga a las citas médicas y psicológicas, esto es un factor positivo para que el adolescente inicie un tratamiento y continúe con el mismo en el tiempo.

##### **2.2.4.2 Insistencia del colegio para buscar ayuda formal**

La intervención externa del programa Cuida tu Ánimo permite identificar los adolescentes que tienen síntomas de ánimo bajo y riesgo de un posible trastorno depresivo. El colegio al tener esta evaluación del programa tiene una visión más exacta de este grupo de riesgo y se encarga de insistir y solicitar la búsqueda rápida de atención especializada. Esto moviliza a los padres y alumnos para buscar dicha ayuda. Tres adolescentes relatan esta situación

*“Eh... eso. Que me mandaron del liceo, y fue una ayuda para ir al psicólogo, sí.” (Adolescente 10, hombre)*

*“Eh... primero estábamos aquí y después la asistente social nos habló y dijo que teníamos que estar en un psicólogo... Mi mamá también habían dicho ‘sí, te voy a llevar a un psicólogo’, pero era como no tan importante en ese momento, sino que cuando la asistente social empezó a decirnos así como, prácticamente toda la*

*semana decimos que necesitaba un psicólogo, ahí lo empezamos a buscar”*

*(Adolescente 5, mujer)*

### **2.2.4.3 Reacción positiva del profesor tras diagnóstico**

Los adolescentes consideran importante que los profesores al conocer el diagnóstico mantengan la misma forma de tratarlos. Cinco adolescentes consideran esta ausencia de cambio como un factor positivo para que ellos puedan contar sobre el diagnóstico, y así poder hablar con los profesores quienes facilitarán continuar con el tratamiento.

## **2.2.5 Sistema de salud**

### **2.2.5.1 Personal del consultorio**

#### **2.2.5.1.1 Características del profesional**

Los adolescentes consideran que existen características del profesional que facilitan el continuar con el tratamiento, la confianza es la principal, sin embargo, también se tiene presente la empatía, una actitud amigable, y un lenguaje adecuado que permita al adolescente entender con exactitud sobre el diagnóstico y el tratamiento. Estos factores son considerados por los diez adolescentes como necesarios para continuar un tratamiento.

*“Yo diría el tema del lenguaje, que tengan un lenguaje más coloquial, para entender. Como para poder soltar.” (Adolescente 6, hombre)*

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

La confianza es lo principal que el adolescente considera necesario para poder continuar el tratamiento y de la misma manera contar al profesional lo que siente y conseguir beneficio con el tratamiento.

#### **2.2.5.1.2 Trato del personal del centro de salud**

El trato del personal del centro de salud es importante la amabilidad de los que trabajan en el lugar a parte del profesional de salud mental es identificado como un facilitador para que el adolescente inicie el tratamiento y mantenga la terapia en el tiempo.

## **2.2.5.2 Facilidad de acceso a la atención**

### **2.2.5.2.1 Rapidez para conseguir hora de atención en salud mental**

Los facilitadores que los adolescentes tienen en cuenta en este sistema hacen referencia a lo contrario de los obstaculizadores, principalmente es la rapidez de conseguir una hora, son cinco los adolescentes que consideran que fue rápida la atención, sin embargo, es interesante ver que de los cinco, tres al encontrar muy prolongado el tiempo que tenían que esperar para ser atendidos en el sistema público del consultorio, decidieron buscar en clínicas privadas. Los dos restantes son los adolescentes que fueron atendidos rápido en su primera consulta en el consultorio.

*“Fue rápido, porque aquí no me acuerdo qué día habré venido, pero me dieron como pa’ tres días después en el consultorio. Pal otro día creo que me dieron. O sea, primero me dieron a medicina general po’, Y tenía que pedir primero hora a medicina general para que vieran los... el papel, que me mandó la psiquiatra y él tenía que derivarme a... a salud mental.” (Adolescente 10, hombre)*

### **2.2.5.2.2 Cercanía centro de salud al lugar de residencia**

Dentro de lo que facilita que ellos acudan también se encontró que la cercanía con el centro al cual deben acudir para la atención es un punto positivo para la búsqueda de atención con un profesional.

### **2.2.5.3 Ausencia de prejuicio por parte de los profesionales**

El estigma que está presente en los diferentes sistemas del entorno del adolescente ha venido tomando protagonismo. Sin embargo, el considerar que los profesionales de la salud mental no tienen este prejuicio es un facilitador para que el adolescente decida buscar dicha ayuda. Siete jóvenes tienen presente esta ausencia de prejuicio y esto atribuido al conocimiento y al hecho de trabajar en salud.

*“Eh, yo encuentro que no, porque como son profesionales y como que ya tienen ese... eh, saben lo que es. Lo que hacen es ayudar en vez de... así como poner estereotipos.” (Adolescente 5, mujer)*

*“Hum, no tienen prejuicio, porque son psicólogos po’, y tienen como que estar preparados para eso.” (Adolescente 8, hombre)*

#### **2.2.5.4 Profesional de Cuida tu Ánimo guía y da información del diagnóstico y tratamiento**

Los adolescentes consideran necesario el tener información del cuadro actual, y del tratamiento que seguirán, ya que existe un cierto desconocimiento del mismo lo que podría llevar a dejar el tratamiento e incluso a no buscar el mismo. Tres adolescentes consideran que la información que le entregó el profesional de la salud es adecuada y que facilitó para que ellos inicien la búsqueda de atención formal.

#### **2.2.5.5 Compromiso del profesional y paciente garantiza efectividad tratamiento**

Un adolescente considera necesario para un buen resultado de la terapia que exista compromiso por parte del profesional y del joven, lo que también está relacionado con la intencionalidad de asistir sin ser obligado por los padres para tener buenos resultados.

*“La disposición de ambas partes es necesario para que la terapia funcione... por ejemplo, si uno que no, por ejemplo, un adolescente que no esté obligado a ir, sino que uno vaya por su cuenta y lo haga así como... de buena manera” (Adolescente 5 mujer)*

Los resultados en general demostraron la existencia de varias barreras relacionadas con las creencias, y el estigma asociado a las mismas y facilitadores asociados a la red social de cada adolescente. Queda muy claro la participación e influencia de los diferentes sistemas en el proceso de buscar ayuda profesional en adolescentes con depresión. Estos permiten tener una idea más clara sobre los factores que se deben trabajar para disminuirlos y mejorarlos así como aquellos que se deben potenciar para que los adolescentes busquen ayuda de manera temprana y así evitar las consecuencias.

## 5. DISCUSIÓN

Este primer estudio con metodología cualitativa realizado en Chile, permitió identificar diferentes factores que intervienen en el fenómeno de la búsqueda de ayuda formal en adolescentes con depresión desde su perspectiva, a partir de creencias y experiencias. Se encontró que existen factores importantes en los diferentes sistemas del modelo basado en la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987) que influyen la decisión y el proceso de buscar ayuda profesional.

Los principales obstaculizadores fueron: El autoestigma, en donde se encontró el estigma anticipado como una categoría importante, la normalización del cuadro y de los síntomas considerando una imagen en donde la depresión sólo se la considera posible cuando existe un cuadro con sintomatología grave, y la minimización de la sintomatología depresiva por parte de los adolescentes, la familia y pares. La experiencia previa positiva del adolescente en atención en salud mental también tuvo una influencia importante en tomar la decisión de buscar ayuda profesional. En el sistema de salud la principal dificultad fue acceder a la atención en salud mental, para iniciar el tratamiento profesional.

Los facilitadores más relevantes fueron, contar con una red de apoyo, reconocer los síntomas a través de información adecuada sobre la depresión y su tratamiento, y las intervenciones escolares, como las realizadas por el programa Cuida tu Ánimo, en la identificación de un posible trastorno del ánimo.

La búsqueda de ayuda formal es un proceso que necesita ser asistida por un adulto, y fue la madre quien se preocupó y tomó un rol activo para buscar hora con el profesional de salud mental y así iniciar el tratamiento adecuado.

Los adolescentes tienen creencias que se asocian en muchos casos a experiencias, que permiten o no tomar la decisión de buscar ayuda formal e informal de manera temprana. Las diferentes creencias que circulan en el discurso social acerca de las enfermedades mentales y la locura están muy asociados al poder, en donde las expectativas creadas en torno al profesional de salud mental así como el diagnóstico mismo y el tratamiento, causan preocupación y rechazo en los jóvenes.

El estigma social relacionado con la depresión y su tratamiento está muy presente en el estudio y está siendo internalizado por los jóvenes, llevándolos a construir una idea o imagen muchas veces errónea del trastorno. Incluso existe una idea preconcebida de la posible reacción de otros al conocer sus síntomas o el diagnóstico de depresión. El estigma es un factor que se ha encontrado como principal obstaculizador en una gran cantidad de estudios a nivel internacional. En Gulliver et al (2010) una revisión sistemática en relación a las barreras y facilitadores en la búsqueda de ayuda realizado en Australia, se encontró que en 13 de 13 estudios el estigma social y personal eran los principales factores que obstaculizan el buscar ayuda ya sea formal e informal. Si bien en la gran mayoría de estudios éste es el principal obstaculizador, existen otros estudios realizados en Estados Unidos, en donde se encuentra que el estigma no es el factor principal que obstaculiza la búsqueda de ayuda formal, sino que existen otros factores que tienen mayor relevancia como, la normalización de los síntomas, la percepción de no necesitar tratamiento profesional, la situación económica de los jóvenes y familia, entre otros (Eisenberg, Downs, Golberstein, & Zivin, 2009; Czyz, Horwitz, Eisenberg, Kramer, & King, 2013; Kuhl, Jarkon-Horlick, & Morrissey, 1997). Estos tres estudios fueron realizados en mayores de 18 años, es posible que la conducta en relación al estigma y la búsqueda de ayuda muestre ser diferente en este grupo de adolescentes mayores así también como la etnia de los participantes. En un estudio nacional en donde se estudia las barreras y facilitadores de depresión post parto en mujeres mayores de 18 años, el principal obstaculizador fue la falta del conocimiento de la enfermedad. A pesar de que el concepto de estigma no se lo reconoce como tal, sí se considera como barrera, una idea negativa sobre la depresión relacionada con la locura así como de su tratamiento (Rojas, et al., 2015).

Un hallazgo muy importante del presente estudio es el autoestigma, el cual predomina frente al estigma social como tal. El autoestigma corresponde al estigma social internalizado por el adolescente, dentro de este se encuentran creencias en cuanto al ser hombre y tener síntomas depresivos, el estereotipo que existe de la depresión, los prejuicios sobre el tratamiento en salud mental y la creencia en relación a la debilidad de la persona como causa de la depresión. Es valioso el detalle que refleja este estudio en cuanto a las

creencias y experiencias descritas por los jóvenes. En estudios internacionales no se da detalles de las creencias que se engloban en el concepto de estigma y autoestigma.

La debilidad y el ser hombre, constituyen parte de estas creencias que están relacionadas con el constructo social de la masculinidad, y la debilidad frente a la demostración de las emociones o sentimientos de tristeza, alegría y nostalgia. La debilidad ha sido también identificada como un factor negativo en la búsqueda de ayuda formal así como con el estigma. En estudios realizados en Australia tanto como en EEUU, se muestra a la debilidad de carácter como la causa de la depresión, lo que lleva al adolescente a ocultar sus síntomas por temor al ser rechazado por el estigma presente, y por ende disminuye la posibilidad de que el adolescente decida buscar ayuda formal e incluso informal (Jorm et al, 1997; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999). En el estudio actual, los adolescentes hombres así como las mujeres no buscaron ayuda formal previa al conocimiento del diagnóstico, sin embargo, tienen una idea muy clara sobre la diferencia en cuanto a la búsqueda de ayuda y el ser hombre. Esta idea está asociada a una menor búsqueda por parte de los hombres al considerar la idea sobre el machismo y la masculinidad. Esto es similar a estudios a nivel internacional en donde los hombres son los que permanecen más tiempo con la sintomatología hasta llegar en búsqueda de ayuda profesional, por miedo a esta reacción de otros en relación a las creencias del género masculino establecidas por la sociedad, por lo tanto los hombres buscan menos ayuda que las mujeres, teniendo mayores consecuencias relacionadas con la depresión como una mayor tasa de suicidios consumado y mayor recurrencia (Donald, Dower, Lucke, & Raphael, 2000; Rickwood & Braithwaite, 1994; Timlin-Scaler, Ponterotto, Blimberg, & Jackson, 2003). En el estudio presente se pudo también confirmar esta idea, la muestra que inicialmente se estableció con un número igual respecto al género, no se llegó a cumplir ya que algunos hombres a pesar de ser identificados por tener síntomas graves y posiblemente depresión, no acudieron a la evaluación inicial por la psiquiatra del programa Cuida tu Ánimo, lo que también se relaciona con la menor prevalencia en hombres. Solo tres jóvenes hombres cumplieron los criterios de inclusión, acudieron y aceptaron ser parte de esta investigación actual. Es importante el poder identificar los factores que están asociados con

el estigma para que los jóvenes hombres no busquen ayuda temprana y así evitar las consecuencias asociadas a este trastorno de salud mental.

La duda o la inseguridad del beneficio de la terapia, constituye una barrera muy relevante en la clínica profesional. Esto se encontró en el relato de pocos jóvenes, sin embargo tiene mucha importancia ya que involucra de manera directa al manejo de los profesionales que trabajan con jóvenes y adolescentes en psicoterapia. Los adolescentes se cuestionan del beneficio de la terapia al encontrar no adecuada, o inefectiva la forma de intervenir de los profesionales, teniendo presente la idea de que “la terapia es como hablar con una amiga”. Los adolescentes con esto demuestran desconfianza y afirman no reconocer al psicólogo como una ayuda profesional real. Los jóvenes pierden la confianza y abandonan la terapia. Queda considerar si los profesionales que trabajan con adolescentes están preparados para trabajar con ellos brindándoles el tiempo y la importancia necesarios dentro del espacio y proceso terapéutico. Las experiencias vividas por los jóvenes tienen también un papel importante en este dilema sobre la terapia. Si el adolescente tuvo una experiencia previa positiva en psicoterapia, él buscará nuevamente dicha ayuda, caso contrario la evitará, retrasando esta búsqueda así como el inicio del tratamiento lo que llevará a complicaciones propias del trastorno depresivo.

Esta experiencia que causa duda, también se asocia a las creencias negativas de la atención profesional en salud mental, la cual está asociada a la locura o a tener una enfermedad mental. Varios estudios internacionales realizados en EEUU y Australia, hacen referencia sobre las creencias y actitudes negativas de la atención en salud mental y como éstas pueden contribuir a que los jóvenes se nieguen a la posibilidad de asistir a terapia, asociando una ausencia de beneficios (Carlton & Deane, 2000; Edlund et al., 2002; Kuhl et al., 1997; Vogel, Wester, Wei, & Boysen, 2005). De la misma manera, en dos estudios realizados en Chile con jóvenes mayores de 18 años, se encuentra que las creencias positivas y negativas sobre la terapia psicológica actúan de manera directa sobre la decisión de buscar psicoterapia en el sistema público (Salinas-Oñate, Ortiz, Baeza-Rivera, & Betancourt, 2017; Salinas-Oñate, Baeza-Rivera, Escobar, Coloma, & Carreño, 2018). Este estigma de la atención profesional generalmente se lo relaciona con la locura, y conlleva a

un temor por parte del adolescente a ser discriminado y excluido, lo que retrasa y limita la búsqueda e inicio de atención profesional. En el estudio actual un hallazgo interesante es que después de iniciar el tratamiento continúa una idea negativa sobre la atención en salud mental que tiene relación con la duda del beneficio del tratamiento, las creencias sobre la farmacoterapia, y el estigma asociado a las personas que acuden a la atención mental, todo eso se asocia a una disyuntiva permanente sobre la necesidad de la terapia con un profesional, llevando al abandono del tratamiento. Existen estudios que también muestran esta estabilidad del estigma en el seguimiento de adolescentes con depresión (Link, Struening, Rahav, Phelan, & Nuttbrock, 1997; Markowitz, 1998). El autoestigma es una barrera importantísima de derribar y trabajar, está muy asociada a los diferentes factores que obstaculizan el buscar ayuda de un profesional. Se necesitará de un trabajo conjunto de profesionales, familiares, colegios, y sistema de salud para intentar disminuir e eliminar el estigma social que tan enraizado se encuentra en el discurso de la sociedad actual.

De la misma manera existe un estigma relacionado con la terapia, los psicólogos, psiquiatras y el tratamiento farmacológico que está totalmente internalizado por los adolescentes. En el estudio se encontró que estas creencias de la farmacoterapia están relacionadas a la falta de autonomía, y las clasifican como un químico que ayuda a fingir o “ser alguien que no eres”, y que causa dependencia, aparte de considerarlo un alivio momentáneo. Esto se corrobora con un estudio realizado en Estados Unidos con una muestra de adolescentes de 17 años con depresión en donde se llegó a la conclusión que los adolescentes prefieren psicoterapia en lugar de los medicamentos para la depresión (Jaycox, et al., 2006). Estas creencias están muy relacionadas con otros obstaculizadores como son la falta de información sobre el mismo fármaco, la falta de comunicación con los profesionales de salud quienes no tienen disponibilidad para poder ajustar dosis, la falta de horas de manera rápida que lleva al adolescente a dejar el tratamiento. En el estudio actual se pudo observar que el principal motivo por el que los adolescentes abandonan la farmacoterapia es por los síntomas adversos como mareos, somnolencia, y cefaleas. Al dejar este tratamiento, los adolescentes comienzan a pensar que tienen el control del cuadro y consideran la posibilidad de dejar la psicoterapia, entrando en un círculo vicioso en donde

el abandono es seguido de la recurrencia de la sintomatología, y a su vez se representa con un cuadro de mayor gravedad lo que lleva a buscar ayuda tardía, y sigue el círculo. La información que provee el profesional de salud mental es fundamental para que estas barreras se vayan destruyendo. En el estudio un resultado muy relevante y novedoso es que la información que dieron los profesionales no fue suficiente ni adecuada en cuanto al diagnóstico, y tratamiento. Lo que lleva a los adolescentes a dudar y desconocer el diagnóstico como un problema real, y a su vez conduce a la minimización del cuadro y finalmente al abandono del tratamiento.

Un hallazgo sumamente relevante al cual se le tiene que tomar en cuenta para las intervenciones a realizarse con los adolescentes, pares, familia, sistema escolar y profesionales de salud en general, es el estereotipo de la depresión y cómo es una persona con depresión. Este estereotipo está asociado muy fuertemente a la idea de intensidad del cuadro o los síntomas, en donde el único marcador para afirmar que alguien tiene un cuadro depresivo, es la presencia de sintomatología grave, siendo las autolesiones, y el intento suicida los principales. Esto impide que los jóvenes, los padres, y profesores puedan reconocer a la sintomatología leve o moderada como un posible cuadro depresivo que necesita atención profesional. Los padres necesitan ver a los jóvenes con síntomas graves para pensar que posiblemente necesitan ayuda de un profesional, siendo éste un gatillante para que se movilicen y busquen la ayuda de manera urgente, pero tardía. En un estudio realizado en adolescentes mayores de 18 años con ansiedad se encontró que 13% de los adolescentes no acuden en búsqueda de ayuda formal por pensar que los síntomas no son suficientemente fuertes para entrar dentro del cuadro de ansiedad (Lorian & Grisham, 2011). Esta idea no solamente está en los jóvenes sino también los padres, pares y profesores, que al no encontrar al adolescente con síntomas de gravedad creen que esto se trata de algo pasajero llegando a minimizar y normalizar tanto el cuadro como los síntomas. Esto se ve muy influenciado por los medios de comunicación, tres jóvenes hacen referencia a la minimización del cuadro al no presentar síntomas similares a los descritos en programas de televisión así como en internet. Los medios de comunicación dan una imagen

errónea de la depresión, estos abordan la salud mental de una manera negativa e inadecuada (Francis, et al., 2001).

La intensidad de los síntomas por lo tanto en su mayoría se ve como una barrera, es interesante que los jóvenes al tener síntomas mayores y que interfieren en las actividades diarias se movilizan a buscar ayuda, lo cual está muy asociado a la imagen descrita previamente. Parecería ser que a mayor gravedad de los síntomas la búsqueda es mayor, lo que se contradice con otros estudios realizados en Australia con jóvenes universitarios, en donde la intensidad de la sintomatología como la ideación suicida predice una menor intención para búsqueda de ayuda (Deane et al., 2001; Wilson et al., 2005).

Otro factor dentro de los obstaculizadores que resulta ser un hallazgo novedoso, que no se ha visto detallado en otros estudios, es la presencia del estigma anticipado, la anticipación a una reacción negativa de otros. Los adolescentes no develan su sintomatología a otros por el recelo a que tomen una actitud de discriminación, de lástima o que cambien la forma de tratarlo. Esta inquietud de la posible reacción de otros se representa por la minimización del cuadro y el evitar preocupar a sus padres o cercanos. Parecería ser que la reacción de otros es uno de los principales obstaculizadores, que a su vez está directamente asociada al autoestigma. Estudios internacionales hacen referencia al miedo al estigma social para develar síntomas o el diagnóstico, de esta manera el adolescente se anticipa a la reacción de los receptores de esta información (Aisbett, Boyd, Francis, & Newnham k, 2007). Es muy interesante tener en cuenta esta anticipación a la reacción de los otros, ya que permite plantearse el trabajar con el círculo cercano.

La preocupación de que otros minimicen el cuadro así como los síntomas impide que el adolescente busque ayuda formal e informal. Se podría hipotetizar que este temor se ve fortificado por la poca información y conocimiento que tiene el adolescente y sus cercanos sobre el cuadro depresivo. Existe también una normalización de la depresión especialmente como algo pasajero parte de la etapa de la adolescencia, esta creencia no solo está en los adolescentes sino que se ve en los padres e incluso en profesionales de la salud mental. Esta normalización está también descrita en estudios internacionales, en donde la asocian negativamente a la búsqueda de ayuda formal (Eisenberg et al., 2009; Fröjd et al.,

2007). Esta actitud normalizadora impide reconocer el cuadro como relevante y por ende considerar la necesidad de una ayuda profesional, por lo que los jóvenes adoptan estrategias para sentirse mejor por sí mismos. Es importante tomar en cuenta estos casos ya que en el estudio presente se pudo identificar adolescentes que adoptaron conductas de riesgo como consumir drogas y alcohol, como parte de estas estrategias no adaptativas. Estas conductas de riesgo se encontraron también en otros estudios, en especial uno realizado en adolescentes entre 12 y 19 años con depresión en Estados Unidos, en donde se encontró que los adolescentes al normalizar los síntomas y no querer acudir a un profesional adoptan conductas de riesgo, llevando a mayores problemas en la edad adulta (Gould et al., 2004).

Es interesante que los adolescentes reconocen la importancia de buscar ayuda formal, sin embargo, no son capaces de tomar la decisión por sí mismos para iniciar esta búsqueda. Por lo que esto permite concluir que la búsqueda de ayuda es un proceso que debe ser asistido por un tercero, la madre fue el principal movilizador para buscar dicha ayuda, ella se encargó de ser receptora de la sintomatología y de buscar horas con el profesional para iniciar el tratamiento. En varios estudios se encontró esta misma necesidad de buscar inicialmente ayuda informal para continuar con este proceso de buscar ayuda formal, siendo alguien de la familia la primera persona que conduce al adolescente a buscar ayuda profesional (Logan & King, 2001; Sayal, 2006). En un estudio realizado en EEUU, con población afro descendiente, en donde se entrevistó a padres y a jóvenes entre los 14 y 17 años con el objetivo de identificar las expectativas que tienen sobre la autonomía de los adolescentes. Se encontró que los padres no tenían una expectativa de que los jóvenes por sí mismos tomarían hora con el profesional, sino que estos buscarían ayuda solos, cuando tengan más de 17 años (Daddis & Smetana, 2005). En este estudio se corrobora aquello, ninguno de los jóvenes acudiría en búsqueda de una hora o ayuda de un profesional, sino fuera por la intervención de la madre. Esta dependencia del tercero que tome cita en el profesional se contradice con la autonomía y autosuficiencia que presentaron los adolescentes el momento de decidir iniciar o abandonar el tratamiento.

A pesar de que los adolescentes tienen muchas creencias e ideas que interfieren en la búsqueda de ayuda profesional existen otras que facilitan el acudir a consultar donde un

profesional. Todos los adolescentes reconocieron la importancia de tener una atención oportuna cuando existe un cuadro depresivo. Ellos conocen las consecuencias teniendo presente que un diagnóstico y tratamiento temprano ayuda a prevenir la recurrencia del cuadro, la gravedad de los síntomas, y la ideación suicida. La mitad de los adolescentes tenían conocimiento sobre la depresión y de sus síntomas, antes de conocer sobre su diagnóstico actual. Este conocimiento debería comportarse como un facilitador para iniciar la búsqueda, sin embargo, no fue suficiente para que ellos decidieran buscar ayuda formal. En varios estudios realizados en Australia, sí se pudo identificar que el tener conocimiento de la depresión y el tratamiento como un movilizador para tomar la decisión y buscar ayuda formal (Rickwood, Cavanagh, Curtis & Sakrouge, 2004; Rickwood et al., 2007). Adicionalmente los adolescentes reconocen síntomas en general que interfieren en sus actividades diarias, sin embargo, necesitan de un tercero como en este caso fue el programa Cuida tu Ánimo, para reconocer un problema real y asociarlo a un posible trastorno del ánimo. Sólo cuando este tercero ayudó a que reconocieran el cuadro se creó una necesidad real de buscar atención de un profesional. Parecería ser que la influencia de los obstaculizadores tiene mayor peso para tomar la decisión de iniciar o no la búsqueda de ayuda formal.

La experiencia previa ha sido un tema que se ha estudiado de manera continua, en este estudio se encontró que los adolescentes que han tenido alguna experiencia previa positiva o cercanía con la depresión o con el tratamiento psicológico y psiquiátrico tienen menos estigma y más intención de buscar ayuda profesional y caso contrario una experiencia previa negativa se la asocia a una menor intención. Esto se puede comparar con otros estudios internacionales en donde se encontró también esta relación, en una revisión sistemática en Australia se encontró en tres de tres estudios que el tener una experiencia previa en salud mental positiva actúa como facilitador para la búsqueda de ayuda formal (Gulliver et al., 2010; Wilson & Deane, 2001; Wilson et al., 2005). A nivel nacional en un estudio cuantitativo realizado en el 2018 con adolescentes escolarizados los resultados fueron contrarios a los hallazgos en el estudio presente, se encontró que los estudiantes que habían tenido depresión tenían un mayor nivel de autoestigma. De igual manera los

estudiantes que tenían antecedentes familiares como una madre o el padre con depresión presentaban mayor autoestigma de la depresión y su tratamiento (Suaréz Barba, 2018). De acuerdo a los resultados del estudio presente, los adolescentes que habían tenido una experiencia personal o familiar en salud mental tenían menos autoestigma.

Un resultado muy interesante e importante es sobre la importancia de la intervención realizada a nivel escolar por el programa de Cuida tú Ánimo para identificar síntomas con riesgo de depresión. Los adolescentes consideran esta intervención como esencial para el reconocimiento de los síntomas presentes, así también como, que al ser una encuesta personal conserva la confidencialidad que es algo extremadamente importante para los jóvenes. Este hallazgo es interesante ya que se tiene la creencia social que los adolescentes ven a las intervenciones y cuestionarios realizados en el colegio como algo que no tiene sentido ni beneficio, sin embargo, en este estudio se pudo afirmar lo contrario, permitiendo abrir un sinnúmero de posibilidades para intervenir en los establecimientos escolares.

Existen estudios en donde se reconoce la importancia de intervenciones en el espacio escolar para mejorar la salud mental en los jóvenes, así como se revela la importancia de la realización de estos programas para poder romper con las barreras para la búsqueda de ayuda formal en salud mental y también del estigma presente en esta población escolarizada (Lubman et al., 2016; Rickwood, 2005; Townsed et al., 2017). De manera contraria a nivel nacional se han realizado estudios para evaluar los resultados de programas preventivos para la depresión pero los resultados no son concluyentes, o no se encuentra beneficio de realizar intervenciones en prevención de depresión (Cova, Rincón, & Melipillán, 2011). Mientras que en otro estudio a nivel nacional se encontró un resultado favorable de las intervenciones realizadas en el ámbito escolar, en cuanto a la prevención de trastornos mentales en niños de educación básica (Leiva et al., 2015). Ninguno de estos estudios trata sobre la búsqueda de ayuda formal por lo que toma mayor relevancia estudiar sobre este tema en el ambiente escolar. Esto permite plantearse la posibilidad de realizar programas de intervención y trabajar en conjunto con profesores, psicólogos, personal del colegio así como los alumnos, familiares y redes del sistema de atención primaria, para

planificar y promover la salud mental, brindando información, talleres y charlas para facilitar el reconocer síntomas, y la búsqueda de ayuda con un profesional e iniciar tratamiento oportuno y adecuado. El colegio representa un sistema muy importante dentro del desarrollo del adolescente, y estudios demuestran que éste es un lugar adecuado para llegar a los adolescentes y mejorar el bienestar y su salud mental.

**La familia** tiene un rol importante en la decisión de buscar ayuda formal. Se encontró en el estudio que los padres adoptan una actitud que no moviliza a buscar una ayuda profesional al conocer la sintomatología, tampoco dan la opción ni recomiendan, para que el adolescente decida si buscar o no dicha ayuda. Esto podría deberse a que quizás están también muy concentrados en esta imagen de la depresión e intensidad de síntomas, en donde un cuadro con sintomatología leve no amerita buscar ayuda formal. Esta idea está constantemente rondando en el meso y exosistema constituyendo parte de la cultura de muchos grupos etarios. Es importante el apoyo de los padres, pero se espera que ellos también tengan un rol activo al reconocer los síntomas y así poder iniciar esta búsqueda de ayuda necesaria.

Existe una constante evasiva e incomodidad de los padres para hablar sobre la depresión, o los síntomas relacionados con ésta. Se podría inferir que esto se debe una falta de conocimiento, de no tener una guía como hablar con sus hijos sobre estos temas, lo que forma una barrera para que el adolescente cuente a sus padres sobre lo que realmente está sucediendo y buscar la atención profesional.

La cercanía y presencia de la familia, fue reconocido como un factor que facilita el buscar ayuda inicial, empezar y mantener el tratamiento en el tiempo. Los adolescentes consideran el consejo de alguien cercano que proponga buscar ayuda como válido y significativo para iniciar dicha búsqueda. Este hallazgo es similar al de otros estudios en donde se considera este apoyo social positivo para que los jóvenes busquen atención profesional, y de manera contraria la ausencia de una red social cercana es un obstaculizador (Ciarrochi et al., 2003; Hirmas et al., 2013; Rojas et al, 2015; Vogel et al, 2007). Esto, por lo tanto, pone de manifiesto la importancia del conocimiento de los

cercanos acerca de la depresión y el tratamiento, ya que si la familia y los pares no recomiendan y ayudan en esta búsqueda los jóvenes no la harían.

La confianza es un factor importante que permite que los jóvenes cuenten sobre lo que están pasando y sintiendo a los cercanos principalmente, para iniciar así una búsqueda formal de ayuda, sin embargo, parecería que no es suficiente esta confianza, ya que estos jóvenes cuentan sobre la sintomatología, pero no tienen una respuesta que movilice a buscar ayuda de un profesional. Esta actitud pasiva para buscar ayuda de la familia es un factor que se debe trabajar, ya que según los hallazgos del estudio, esta red de apoyo y los consejos de los padres y familiares brindan un empujón para iniciar la búsqueda de un profesional así como para iniciar el tratamiento y mantenerlo en el tiempo.

**El sistema de los pares** también tiene un rol importante en la adolescencia así como en el fenómeno de la búsqueda de ayuda. Los pares durante la adolescencia forman parte fundamental del sistema en el que se desarrolla el adolescente. Sin embargo, los pares, amigos o compañeros, al conocer la sintomatología del adolescente, no tienen una actitud que movilice a buscar ayuda de un profesional, ellos al igual que los familiares no recomiendan, ni ven la posibilidad de buscar a un profesional para que ayude al adolescente. Cuando el diagnóstico se conoce existe un mayor apoyo frente a este tratamiento profesional, sin embargo, es importante que este apoyo y movilización por parte de los pares sea desde el inicio de la sintomatología, para así poder iniciar un tratamiento oportuno, y disminuir la recurrencia del cuadro en edad adulta. Cabe preguntarse sobre si el decretar un diagnóstico es un factor relevante para iniciar la búsqueda de ayuda y reconocer el cuadro como un problema real que necesita de ayuda profesional. Es necesario que los adolescentes reconozcan la importancia y la necesidad de ayuda profesional, de manera contraria no buscaran esta ayuda. Los pares parecerían no facilitar la búsqueda de ayuda formal, sin embargo, son los principales a quienes los adolescentes cuentan sobre los síntomas iniciales, siendo una fuente importante de ayuda informal, que debería iniciar la cadena para buscar ayuda profesional. Esto se conseguirá solo si los adolescentes conocen sobre el trastorno y se reduzcan el estigma y autoestigma.

Como se menciona previamente el reducir el estigma es la única forma que permitirá que los adolescentes decidan y se movilicen a buscar ayuda formal. Ellos en el estudio reafirman esta necesidad de disminuir el estigma, y reconocen que la manera más acertada es por medio de la alfabetización sobre el trastorno y el tratamiento. El conocimiento sobre el trastorno depresivo, los síntomas, las causas y el tratamiento evitarían que se mantenga la idea negativa y errónea que actúa como un obstaculizador para buscar ayuda. Estudios internacionales muestran la asociación directa entre la alfabetización de la depresión con la búsqueda de ayuda, y se encontró que el poseer mayor información sobre el trastorno llevaba a tener una actitud más positiva frente a la depresión y a buscar ayuda formal (Ho et al., 2018; Wang, Crame, Cheng, & Do, 2019). Queda por lo tanto preguntarse sobre las acciones que están realizando, el sistema escolar, la familia, las instituciones de salud e incluso los programas de Estado para informar y disminuir el estigma que está circulando en el colectivo social sobre los trastornos y el tratamiento en salud mental.

**El sistema escolar** es muy relevante en esta cadena para iniciar una búsqueda de ayuda formal en salud mental, sin embargo, se encuentran falencias en relación a información, privacidad y preparación de los profesionales que trabajan en este sistema, para cumplir con este proceso y lograr una búsqueda activa de profesionales especializados.

Existe una constante preocupación de los adolescentes por la privacidad y confidencialidad, lo que está asociado a la necesidad de autonomía de resolver sus problemas por ellos mismos, sin que el resto sepa lo que está sucediendo. Parecería ser que este deseo de privacidad y confidencialidad está asociada a la decisión inicial de buscar ayuda, mas no a la decisión de iniciar el tratamiento tras conocer el diagnóstico. Es importante este punto en el sistema escolar en donde el principal motivo por el que no acuden los jóvenes al psicólogo escolar es por esta falta de privacidad. Existe un reconocimiento de la importancia de este profesional en el colegio, sin embargo, la falta de privacidad impide que ellos busquen esta ayuda inicial que los llevara a iniciar un tratamiento de un profesional especializado.

Esto es un hallazgo importante, en un estudio en donde se trata la importancia de crear programas que se inicien en el sistema escolar, se reconoce la importancia de participación

de los profesores y psicólogos escolares, poniendo principal interés en la confidencialidad y el trabajo en equipo (profesores, familia y pares) para, si es necesario, derivar al adolescente a atención primaria y que reciba atención profesional especializada (Rickwood D., 2005). El psicólogo escolar es considerado como un primer escalón junto con los profesores para iniciar esta búsqueda formal que necesitan los adolescentes con algún riesgo. Se pensaría que el psicólogo escolar se comporta como un facilitador, sin embargo, por la forma en la que se maneja la privacidad y confidencialidad dentro del ambiente escolar pasa a ser un obstaculizador de acuerdo a los resultados presentes. Por lo tanto, un enfoque a tomar en cuenta es el funcionamiento de los psicólogos escolares dentro del ambiente de las aulas y en el colegio. Existe también una idea que mantienen los adolescentes sobre la falta de conocimiento del proceso que deben seguir para conseguir la ayuda con el psicólogo escolar así también como el desconocimiento sobre si existe un profesional de estas características en el colegio.

Los profesores también tienen un rol muy importante ya que ellos observan a los jóvenes mientras están el colegio, y tienen la posibilidad de reconocer o identificar una conducta diferente o de sintomatología presente que afecta el desarrollo escolar lo cual podría ser un indicativo de un posible riesgo en salud mental. Algunos profesores no demuestran interés por sus alumnos, llevando a que estos no les tengan confianza, disminuyendo así las posibilidades de que los adolescentes cuenten sobre su sintomatología. A pesar de esta falta de confianza se encontró que algunos de los profesores sí se movilizan al encontrar a un adolescente con riesgo o con alguna conducta como llanto o ánimo bajo, lo que es un facilitador muy importante dentro del ámbito escolar, esta actitud se la tiene que generalizar. Frente a esto es importante cuestionarse sobre la preparación de los profesores, y psicólogos que se encuentran dentro del ámbito escolar, y las acciones que se están llevando a cabo para identificar la presencia de algún riesgo en salud mental, y eliminar el estigma presente en este sistema.

**En el sistema de salud** se encuentran muchas de las barreras para iniciar y mantener el tratamiento. La dificultad de acceso y la falta de horas es un obstaculizador que tiene mucha importancia y que corresponde a situaciones principalmente del sistema

público. El funcionamiento de las entidades públicas, la cantidad de demanda y poca oferta de profesionales capacitados en salud mental corresponden a un problema latente que provoca retraso de varios meses para iniciar un tratamiento adecuado para la depresión. Así también parecería ser que el proceso para activar el GES, conlleva muchos papeles y trámites administrativos provocando de igual manera un retraso importante, y agravando la sintomatología. No solamente el iniciar un tratamiento se ve retrasado sino también existe una falta de horas disponibles para adolescentes que ya se encuentran en tratamiento y que necesitan una cita para continuar con el mismo, esto retraso lleva a abandonar el tratamiento farmacológico, siendo este el primer peldaño para el abandono en un corto tiempo la psicoterapia.

Existe también situaciones relacionadas con la disponibilidad del profesional, en donde los tiempos entre sesiones son considerados muy largos lo que impide lograr un beneficio terapéutico, así como la corta duración del tiempo de sesión. Por estas y otras razones existe una percepción de ausencia de un beneficio real de la psicoterapia. Estas barreras relacionadas con el funcionamiento del sistema de salud, se encontraron también en un estudio realizado en Chile sobre la depresión postparto (Rojas et al., 2015). Esto es fundamental analizar ya que los dos estudios hacen referencia al funcionamiento del sistema de salud en Chile y los dos llegan a la conclusión de un funcionamiento inadecuado en donde existen las largas esperas, pocos profesionales y gran demanda de pacientes. Los cambios deben ser desde el sistema de salud, facilitando la atención y brindando una atención de calidad con mayor cantidad de profesionales capacitados.

Dentro del sistema de salud aparte de los factores estructurales y administrativos, los relacionados con el personal del centro de salud y con el profesional de salud son considerados también muy relevantes. Los adolescentes necesitan tener una relación cercana y de confianza con los profesionales de salud mental. La empatía junto con un lenguaje amigable, así como el interés que pone el médico o psicólogo, son algunas de las características necesarias para que los adolescentes decidan acudir donde un profesional e inicien el tratamiento. Estas afirmaciones son concordantes con los hallazgos de un estudio en donde la relación de cercanía con el profesional basada en el confianza y la empatía

promueve el iniciar y el continuar con un tratamiento en el tiempo (Wisdom, Clarke, & Green, 2006). Es interesante este punto ya que está asociado a la preparación de los profesionales de salud primaria en la atención del trastorno depresivo, los adolescentes consideran que están preparados, sin embargo, la falta de confidencialidad es un problema que se ve al realizar la anamnesis delante de los padres rompiendo así con esta necesidad importantísima de los adolescentes para continuar un tratamiento en el tiempo. La forma de llevar la psicoterapia por parte de los profesionales ha sido un tema que los adolescentes hacen referencia y es de mucha importancia. Ellos no consideran una manera profesional de tratar por parte de los profesionales, en donde no existe una buena vinculación y tampoco la intervención con técnicas adecuadas. Esto lleva a que los adolescentes duden sobre el beneficio de la psicoterapia e incluso lleva al abandono de la misma. Vale preguntarse sobre la preparación de los profesionales en salud mental que trabajan con adolescentes.

La información que proveen los profesionales es considerada como escasa o nula llevando a que los jóvenes duden acerca de la veracidad del diagnóstico develado por el profesional, lo que lleva a dejar el tratamiento. La entrega de información correcta y amplia permite romper con el estigma y facilita para que los jóvenes accedan a buscar atención formal. De la misma manera, existe un beneficio al recibir por parte del profesional una explicación de la duración de la terapia, de las expectativas del tratamiento, y aún más importante de cómo el profesional, sus cercanos y su red de apoyo continuarán brindando apoyo durante el proceso terapéutico (Rickwood, Cavanagh, Curtis, & Sakrouge, 2004; Wilson, Deane, Biro, & Ciarrochi, 2003).

Un aspecto importante es sobre la necesidad de asistir con un adulto a la atención, lo que a su vez relacionado con la preocupación de confidencialidad y privacidad por parte del adolescente. Los propios jóvenes consideran esto como un obstáculo, sin embargo, es un factor relevante e importante dentro del sistema de salud tanto privado como público. El asistir con un adulto permite educar y comprometer de manera más directa y activa a los padres, para así mantener el tratamiento en el tiempo. Sin embargo, es importante también considerar la petición de privacidad por parte de los profesionales, brindando también seguridad a los jóvenes para que inicien el tratamiento.

Todos estos temas que permitió abrir este estudio corresponden a una serie factores los cuales deben ser tratados de manera prioritaria. Los profesionales de la salud deben cumplir con el objetivo de prevenir y promover la salud, y parte de esto es trabajando para que los obstaculizadores que actúan en la búsqueda de ayuda profesional desaparezcan y los facilitadores sean potenciados para que de esta manera los adolescentes crezcan sin miedos y los sistemas en donde se desarrollan permitan velar por su bienestar.

### **5.1. Importancia del estudio**

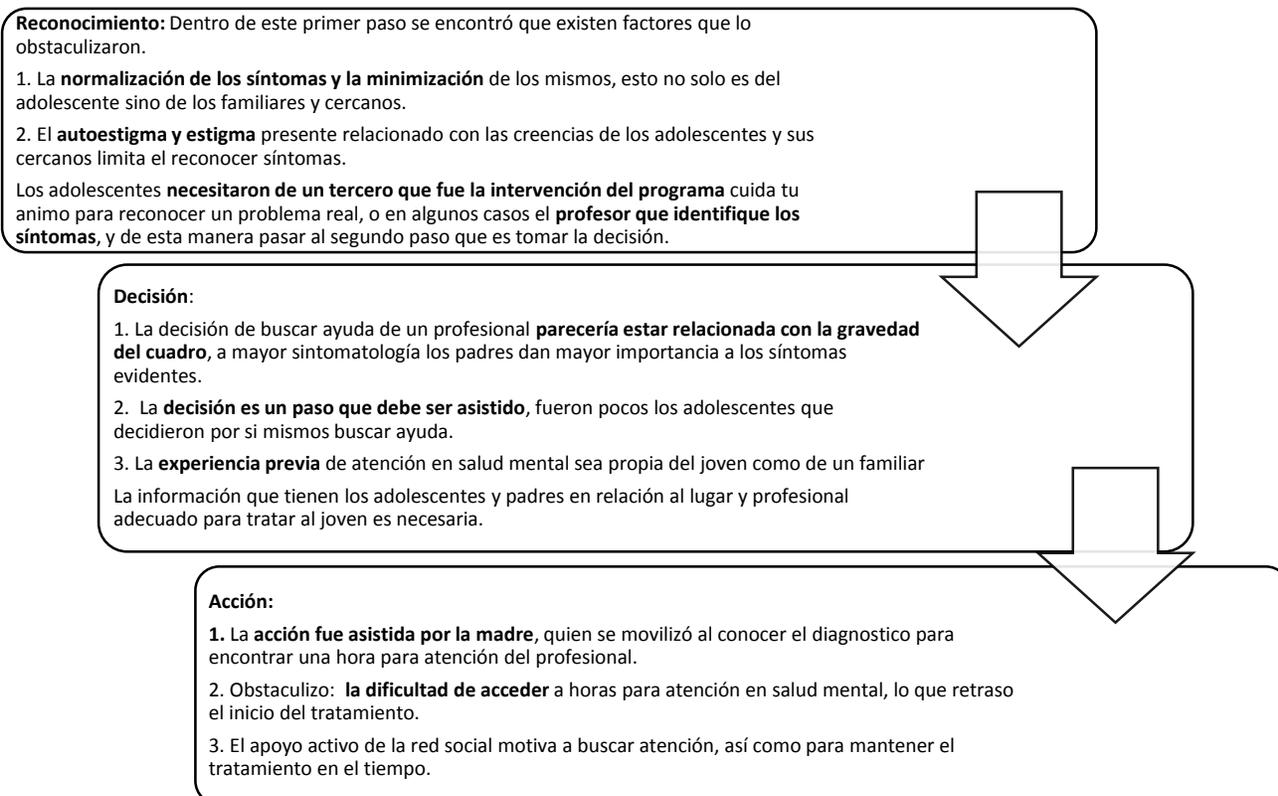
Esta investigación constituye un aporte muy importante en el ámbito de la salud mental y de la psicología clínica infanto juvenil que forma parte de la misma. El tema que se abordó trae a discusión una problemática real en el país y de la cual no existe investigación nacional. Se obtuvo una mirada del gran fenómeno de la búsqueda de ayuda en salud mental desde adolescentes con depresión, que afecta la detección y tratamiento oportuno de los jóvenes chilenos.

Este es el primer estudio en donde de manera cualitativa dando prioridad a la voz de los adolescentes y sus perspectivas se dio a conocer los factores que actúan como barrera o que facilitan buscar ayuda profesional. El estudio permitió ampliar el conocimiento y entender los motivos por los que los jóvenes no acuden a los sistemas de salud público y tampoco privado para ser atendidos e iniciar un tratamiento adecuado.

A partir de los resultados se proponen dos modelos: El primero está relacionado con el comportamiento de los adolescentes frente al fenómeno de la búsqueda de ayuda formal considerando como base al modelo de búsqueda de ayuda de Rothie y Leavy (2006). Este permite entender que la búsqueda de ayuda como un proceso en el tiempo. El primer paso para iniciar esta búsqueda es el reconocer los síntomas como un problema psicológico real, este está influenciado de manera negativa por el estigma y autoestigma, la normalización y minimización del cuadro y síntomas por parte del adolescente, los pares, la familia, profesores y psicólogos escolares. Se llegó a la conclusión que el reconocimiento debe ser movilizado por un tercero que dé validez a los síntomas del joven, en este estudio el programa Cuida tu Ánimo, así como algunos profesores pudieron identificar estos síntomas

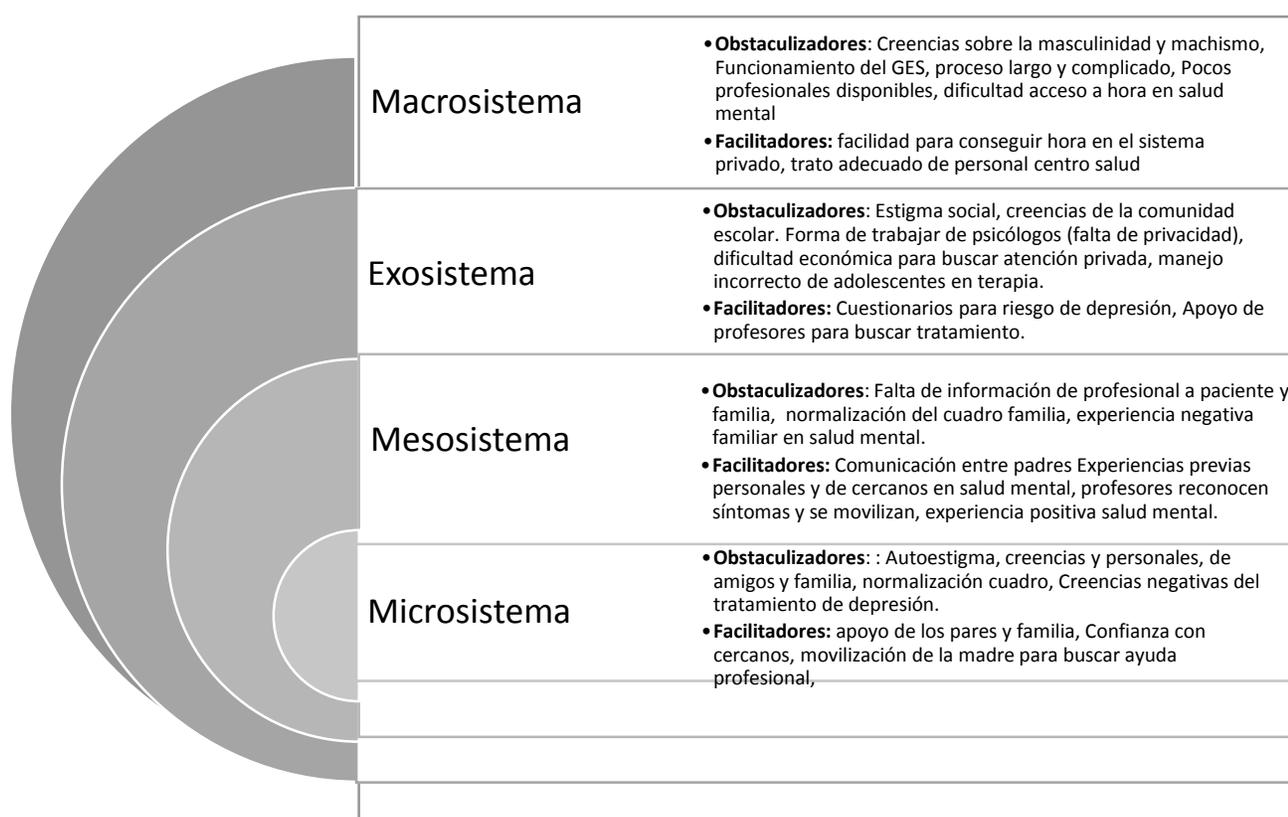
y movilizar al adolescente y familia para tomar la decisión, que corresponde al segundo paso de este modelo. En el segundo paso, que es la decisión existen varios factores que interfieren o facilitan el mismo. El primero es la gravedad del cuadro, en donde sí los síntomas son graves y evidentes los adolescentes deciden contar a los padres y éstos deciden proponer o buscar ayuda de un profesional. El segundo es la experiencia previa, sea esta positiva o negativa del adolescente o algún familiar en salud mental contribuirá a que el joven decida buscar atención de un profesional. Y tercero el desconocimiento del proceso a seguir y al profesional al que debe acudir, que impide decidir buscar esa ayuda, en este punto también se vio la necesidad de un tercero que información y guíe para tomar la decisión de buscar ayuda profesional, lo que lleva al último y tercer paso que corresponde a la acción propia de buscar atención formal. La cual únicamente se lleva a cabo si existe la asistencia de la madre quien toma la hora y lleva al adolescente a la cita con el profesional. Este modelo se representa en la Figura 2.

Figura 2. Modelo búsqueda ayuda en adolescentes con depresión Chile (creación propia).



El segundo modelo basado en los lineamientos del modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner (1987, 2002) permite entender de manera más completa los diferentes factores que intervienen en el fenómeno de la búsqueda de ayuda en adolescentes con depresión en Chile, considerando los diferentes sistemas en donde se desarrolla el adolescente (Figura 3).

Figura 3. Modelo ecológico de la búsqueda de ayuda en adolescentes con depresión Chile (creación propia)



Los resultados de esta investigación favorecerán al diseño futuro de estrategias preventivas e interventivas dirigidas a los diferentes sistemas en donde se desarrolla el adolescente, para eliminar las barreras y potenciar los facilitadores y así lograr que los adolescentes y en general la población con depresión busque ayuda formal de manera oportuna e inicien el tratamiento adecuado.

En la práctica clínica la identificación de la existencia de estigma, la normalización de los síntomas, las creencias negativas sobre el tratamiento, una pobre red social, y poco conocimiento sobre la depresión, permitiría reconocer un posible grupo de riesgo en donde la sintomatología será más grave, existirá un mayor número de recurrencias por la permanencia de ésta en el tiempo y menor adherencia al tratamiento. De la misma manera existe una mayor probabilidad de adoptar conductas de riesgo que perjudiquen su integridad física y psicológica, arrastrando de esta manera problemas que afectarán su desarrollo hasta la adultez. Esto permite realizar intervenciones dirigidas a disminuir estas barreras y mantener un mayor seguimiento para prevenir complicaciones y abandono de la psicoterapia.

## **5.2. Recomendaciones de Intervención**

Se plantea la necesidad de abordar los factores que resultaron del estudio, dentro de la clínica, considerando que estas actitudes estigmatizantes, propician la recurrencia y el abandono del tratamiento. Esto debe plantearse como un trabajo en conjunto con familiares, pares, y profesionales del colegio, para así disminuir y eliminar los obstaculizadores asociados a la búsqueda de ayuda.

El estudio abre la posibilidad de desarrollar campañas anti estigma dirigidas no sólo a los adolescentes sino a las familias, colegios, clínicas y consultorios, de manera que se logre una concientización y educación masiva para eliminar esta barrera del estigma que afecta el comportamiento de la búsqueda de ayuda. Estas campañas deben estar direccionadas hacia la creación de redes institucionales que sean amigables con los adolescentes, propiciando un espacio seguro en donde los jóvenes puedan buscar esta ayuda formal necesaria, y también en donde los adolescentes puedan acudir de manera que se respete su privacidad y confidencialidad.

Desde la práctica clínica, los psicólogos así como profesionales en salud mental, deben estar preparados de manera que puedan identificar, reconocer y tratar no sólo el cuadro sino también al adolescente. La psicoeducación dirigida hacia los jóvenes, su familia y cercanos debe ser completa, mostrando empatía así como un lenguaje que permitan entender con

claridad la información. En la psicoeducación se deberán enfocar en las diferentes presentaciones clínicas del trastorno depresivo, considerando los cuadros leves, moderados tanto como los graves, y así disminuir y eliminar la idea de normalización asociada a la gravedad del cuadro. Así también debe poner énfasis en el tema del estigma que estará presente durante todo el proceso del tratamiento, y juntos trabajar en las herramientas que permitan manejar el estigma para lograr un tratamiento adecuado.

El rol de la familia es muy importante en la decisión de buscar ayuda formal o no, por lo que ésta debe estar incluida en todas las actividades que tengan relación con el adolescente y la salud mental. El colegio es un lugar importante en donde se debe iniciar esta educación, realizar reuniones con profesionales de la salud mental, charlas informativas, talleres en donde se explique la necesidad de buscar ayuda profesional para que de esta manera el momento que los jóvenes identifiquen algún síntoma puedan acudir de manera abierta y con confianza donde sus padres y ellos sepan a quien acudir para buscar atención profesional.

De la misma manera en el colegio se pueden establecer espacios en donde se traten temas de salud mental. La implementación de programas en donde se realicen cuestionarios e intervenciones para identificar un posible trastorno del ánimo, demostraron ser un facilitador importante para que los jóvenes inicien la búsqueda de ayuda formal.

Los profesores y psicólogos escolares también forman parte de este primer paso para la búsqueda de ayuda por lo que ellos también deben estar preparados con información y talleres sobre las enfermedades de salud mental y como poder reconocer posibles riesgos para los adolescentes. Es importante que los profesores y en especial los psicólogos escolares trabajen bajo el respeto de la privacidad y confidencialidad con los adolescentes.

### **5.3. Limitaciones**

Una limitación principal dentro del estudio está en relación a la particularidad de la muestra, considerando que la situación actual por la que pasaron los adolescentes en cuanto a la intervención del programa Cuida tu Ánimo como gatillador y como guía para que ellos acudieran a atención con un profesional, no es algo que se aplique a todos los adolescentes

de Santiago, es una muestra particular. Por lo que es un grupo que ya rompió con la primera barrera de buscar ayuda.

Otra limitación es que los adolescentes hombres no acudieron a la evaluación inicial con la psiquiatra del FONDECYT, a pesar de tener síntomas de depresión lo que se corrobora en relación a estudios de género y búsqueda de ayuda. Por lo que no se logró una muestra similar de hombres y mujeres.

Por ultimo una limitación fue que los adolescentes todos se encontraban dentro del sistema escolar. Estos resultados podrían variar al considerar otros grupos de estudio como adolescentes no escolarizados.

#### **5.4. Proyecciones a Futuro**

Esta investigación podría ser considerada como una puerta para estudiar las particularidades del fenómeno en el país considerando poblaciones más específicas más específicas como en migrantes, en minorías de diversidad sexual, en otros grupos etarios.

Sería interesante a causa de la baja tasa de búsqueda de ayuda profesional temprana de los adolescentes hombres, plantear nuevos estudios en donde se preste mayor atención a este grupo particular, y así encontrar los factores asociados al estigma y a los cambios biológicos que impiden que estos acudan a un profesional. Esto permitirá entender el fenómeno y proponer intervenciones direccionadas a este grupo de hombres adolescentes con el propósito de romper con las barreras y facilitar la búsqueda formal temprana, para así disminuir las tasas de suicidio consumado en esta población, la cual es mayor que en mujeres.

Puede ser la directriz para investigaciones en donde se tome en cuenta los correlatos y experiencias de cada una de las personas que forman parte de los sistemas en los que el joven se desarrolla como son sus padres, hermanos, amigos, profesores y profesionales de salud. Lo que promoverá cambios no solo en el microsistema sino también en macrosistema favoreciendo a la prevención de la depresión así como de la búsqueda de ayuda temprana y adecuada.

Se podría investigar sobre el significado de la depresión en los adolescentes chilenos y como este significado se relaciona con la búsqueda de ayuda, también se podría realizar estudios enfocados en el estigma y autoestigma en los diferentes sistemas.

De la misma manera abre la posibilidad de estudiar con mayor profundidad el poder y el estigma asociándolos como una barrera en la búsqueda de ayuda formal.

La investigación abre la mirada a los factores que afectan de manera directa e indirecta al acceso a los servicios de salud mental, considerando la experiencia y creencia propia de los adolescentes. Esto da la posibilidad de incentivar a otros investigadores a realizar estudios en donde se establezca de manera más cercana una relación y comunicación con los sistemas que interfieren en el desarrollo de los jóvenes para mejorar las intervenciones en la clínica profesional y en la práctica de la salud pública y privada.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- (OMS), O. M. (18 de septiembre de 2018). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Aisbett, D. L., Boyd, C. P., Francis, K., & Newnham k. (2007). Understanding barriers to mental health service utilization for adolescents in Rural Australia. *Rural and Remote Health* 7, 1-10.
- Andersen, R. (2008). National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Medical Care*. 46(7), 647-653.
- Andersen, R. M., Davidson, P. L., & Baumeister, S. E. (2013). Improving access to care. En R. M. Andersen , T. H. Rice, & G. F. Kominski, *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management* (págs. 33-69). San Francisco: CA: Jossey-Bass.
- Araya, R., Montero-Marin, J., Barroilhet, S., Fritsch, R., & Montgomery, A. (2013). Detecting depression among adolescents in Santiago, Chile: sex differences. *BMC Psychiatry*, 122.
- Arbanas, G. (2008). Adolescents' Attitudes, Toward Schizophrenia, Depression, and PTSD. *Journal of Psychosocial Nursing* 46, 45-51.
- Ardila Romero, L., & Durán Echeverri, A. (Julio de 2013). *Terapia sistémica en jóvenes con síntomas depresivos: Hacia la comprensión y cambios de las relaciones consigo mismos y con sus sistemas significativos*. Bogota: tesis Universidad Javeriana.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*. Arlington, EEUU: American Psychiatric Publishing.
- Babitsch, B., Gohl, D., & Von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine* 9.
- Bardone, A. M., Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Stanton, W. R., & Silva, P. A. (1998). Adult Physical Health Outcomes of Adolescent Girls With Conduct Disorder, Depression, and Anxiety. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 37 (6), 594-601.
- Barker, G., Olukoya, A., & Aggleton, P. (2005). Young people, social support and help-seeking. *Int J Adolesc Med Health* 17, 315-335.

- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40, 51–54.
- Bennett, L. R. (2012). Adolescent Depression: Meeting Therapeutic Challenges Through an Integrated Narrative Approach. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, p. 184-194.
- Berndt, E. R., Koran, L. M., Finkelstein, S. N., Gelenberg, A. J., Kornstein, S. G., Mille, I. M., . . . Keller, M. B. (2000). Lost Human Capital From Early-Onset Chronic Depression. *Am J Psychiatry* 157, 940–947.
- Blakemore, S. J. (2012). Development of the social brain. *J R Soc Med* 105, 111-116.
- Bravo-Andrade, H. R., Ruvalcaba-Romero, N. A., Orozco-Solís, M. G., González-Gaxiola, Y. E., & Hernández-Paz, M. T. (2017). Introducción al Modelo Ecológico del desarrollo humano. En N. A. Ruvalcaba Romero, & M. G. Orozco Solis, *SALUD MENTAL Investigación y reflexiones sobre el ejercicio profesional* (págs. 91-106). Guadalajara, Mexico: Amate.
- Brendtro, L. K. (2006). The Vision of Urie Bronfenbrenner: Adults Who Are Crazy About Kids. *Reclaiming Children and Youth* 15, 162-166.
- Broderick, P., & Weston, C. (2009). Family Therapy with a Depressed Adolescent. *Psychiatry (Edgemont)* 6(1), 32-37.
- Brody, A. L., Saxenaa, S., Silverman, D. H., Alborzian, S., Fairbanks, L. A., Phelps, M. E., . . . Baxter, L. R. (1999). Brain metabolic changes in major depressive disorder from pre- to post-treatment with paroxetine. *Psychiatry Research: Neuroimaging Section* 91, 127-139.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós.
- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental Science in the 21th Century: Emerging Questions, Theoretical Models, Research Designs and Empirical Findings. *Social Development* 9, 115-125.
- Burak, S. D. (2001). *Adolescencia y Juventud en America Latina*. Costa Rica: LUR.
- Burns, B. J., Hoagwood, K., & Mrazek, P. J. (1999). Effective Treatment for Mental Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 2, No. 4, 199-254.
- Calear, A. L., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2011). Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents: Magnitude and predictors. *Journal of Affective Disorders* 129, 104–108.
- Carlisle, J., Shickle, D., Cork, M., & McDonagh, A. (2006). Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration. *Med Ethics* 32, 133-137.

- Carlton, P. A., & Deane, F. P. (2000). Impact of attitudes and suicidal ideation on adolescents' intentions to seek professional psychological help. *Journal of Adolescence* 23, 35-45.
- Ceberio, M. R., & Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia Sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona: Paidós.
- Chandra, A., & Minkovitz, C. S. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health* , 754.e1–754.e8.
- Ciarrochi, J., Wilson, C. J., Deane, F. P., & Rickwood, D. (2003). Do difficulties with emotions inhibit help-seeking in adolescence? The role of age and emotional competence in predicting help-seeking intentions. *Counselling Psychology Quarterly* 16, 103–120.
- Cook, M., Peterson, J., & Sheldon, C. (2009). Adolescent depression: An Update and Guide to Clinical Decision Making. *Psychiatry (Edgemont)*, 17–31.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A. (2009). Which Childhood and Adolescent Psychiatric Disorders predict which Young Adult Disorders? *Arch Gen Psychiatry* 66(7), 764–772.
- Corney, R. H. (1990). Sex differences in general practice attendance and help seeking for minor illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 34 (5), 525-534.
- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 614-625.
- Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 60(8), 837-844.
- Costello, J. E., Foley, D. L., & Angold, A. (2006). 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: II. Developmental Epidemiology. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 45(1), 8-25.
- Cova, F., Rincón, P., & Melipillán, R. (2011). Evaluación de la Eficacia de un Programa Preventivo Para la Depresión en Adolescentes de Sexo Femenino. *Teraia psicológica* 2011, Vol. 29, N° 2, 245-25.
- Czyz, E. K., Horwitz, A. G., Eisenberg, D., Kramer, A., & King, C. A. (2013). Self-reported Barriers to Professional Help Seeking Among College Students at Elevated Risk for Suicide. *Am Coll Health* 61(7), 398–406.
- Daddis, C., & Smetana, J. (2005). Middle-class African American families' expectations for adolescents' behavioural autonomy. *International Journal of Behavioral Development* 29 (5), 371–381.
- Daguerre Pedroncino, I. (2016). *La locura como fenómeno de estigmatización y exclusión social*. Montevideo: Tesis Universidad de la República de Uruguay.

- Dardas , L. A. (2017). A Nationally Representative Survey of Depression Symptoms among Jordanian Adolescents: Associations with Depression Stigma, Depression Etiological Beliefs, and Likelihood to Seek Help for Depression. Duke.
- Dardas , L. A., Silva, S. G., Smoski, M. J., Noonan, D., & Simmons, L. A. (2017). A Nationally Representative Survey of Depression Symptoms among Jordanian Adolescents: Associations with Depression Stigma, Depression Etiological Beliefs, and Likelihood to Seek Help for Depression. *Archives of Psychiatric Nursing* 31 , 499-506.
- De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S. B., & Melipillán, R. A. (2012). Estudios de epidemiología en psiquiatría. *Revista Medica Clinica Condes*, 521-529.
- De La O-Vizcarra, M., Pimentel-Nieto, D., Soto-Maldonado, B. A., De La O-Vizcarra, T., & Quintana-Vargas, S. (2009). Frecuencia y factores de riesgo para depresión en adolescentes. *Pediatría de México* 11 (2) , 57-61.
- Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2001). Suicidal Ideation and Help-Negation: Not Just Hopelessness or Prior Help. *Journal of Clinical Psychology Vol. 57(7)*, 901–914.
- Del Barrio, V. (2000). *La depresión infantil : factores de riesgo y posibles soluciones*. Málaga: ALJIBE.
- Del Mauro, J. M., & Jackson Williams, D. (2013). Children and Adolescents' Attitudes Toward Seeking Help From Professional Mental Health Providers. *Int J Adv Counselling* 35, 120-138.
- Donald, M., Dower, J., Lucke, J., & Raphael, B. (2000). *The Queensland Young Peoples' Mental Health Survey Report*. Queensland: Centre for Primary Health Care, School of Population Health, and Department of psychiatry, University of Queensland.
- Echávarri, O., Maino, M., Fischman, R., Morales, S., & Barros, J. (Junio de 2015). *Centro de políticas públicas UC*. Obtenido de <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/07/N%C2%B0-79-Aumento-sostenido-del-suicidio-en-Chile.pdf>
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E., & Kessler, R. C. (2002). Dropping Out of Mental Health Treatment: Patterns and Predictors Among Epidemiological Survey Respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry* 159 , 845–851.
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and Help Seeking for Mental Health Among College Students. *Medical Care Research and Review* 20, 522-541.
- Eriksson, M., Ghazinour, M., & Hammarstrom, A. (2018). Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: what is their value for guiding public mental health policy and practice? *Soc Theory Health* 16, 414-433.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population- based studies. *Clinical Psychology Review* , 957–979.

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold Depression in Adolescence and Mental Health Outcomes in Adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 62, 66-72.
- Ferro, R. O. (2010). Salud Mental y Poder: Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. *Revista de Salud Pública* 14 (2), 47-62.
- Fischer, E. H., & Turner, J. I. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(1), 79-90.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2011). *Estado mundial de la infancia: La adolescencia una época de oportunidades*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2013). *Una nueva mirada de la participación adolescente*. Santiago, Chile: Unicef.
- Foucault, M. (1980). *Power/ Knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977*. Nueva York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Mexico Distrito Federal: Akal.
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la Clínica Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Francis, C., Pirkis, J., Dunt, D., & Blood, R. (2001). *Mental Health and Illness in the media. A review of the literature*. Canberra: Mental Health and Special Programs Branch, Department of Health and.
- Fröjd, S., Marttunen, M., Pelkonen, M., Von der Pahlen, B., & Kaltiala-Heino, R. (2007). Adult and peer involvement in help-seeking for depression in adolescent population A two-year follow-up in Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42, 945–952.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping: Theoretical and research perspectives*. Londres: Routledge.
- Fuentes, X. (2008). Garantías Explícitas en Salud (GES) en depresión. *Medwave* 8(2).
- García, R. (2003). Trastornos del estado de ánimo. En C. Almonte V, M. Montt S, & A. Correa D, *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (págs. 369-381). Santiago: Editorial Mediterraneo.
- Gearing, R. E., MacKenzie, M. J., Ibrahim, R. W., Brewer, K. B., Batayneh, J. S., & Schwalbe, C. S. (2015). Stigma and Mental Health Treatment of Adolescents with Depression in Jordan. *Community Ment Health J* 55, 111-117.
- Glied, S., & Pine, D. S. (2002). Consequences and correlates of adolescent depression. *Arch Pediatr Adolesc Med* 156, 1009-1014.

- Global Burden of Disease, GBD. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 1545–602.
- Goffman, E. (1963). *Estigma la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gonzalez, J. M., Alegría, M., Prihoda, T. J., Copeland, L. A., & Zeber, J. E. (2011). How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity/race and education. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46(1), 45-57.
- Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Graham Thomas, J., & Chung, M. (2004). Teenagers' Attitudes About Coping Strategies and Help-Seeking Behavior for Suicidality. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43(9), 1124–1133.
- Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry* 8, 1-12.
- Güemes- Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M., & Hidalgo Vicario, M. (2017). Pubertad y Adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia, Adolescere*, 7-22.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* , 113.
- Haley, J. (1980). *Trastornos de la emancipacion juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Halter, M. J. (2004). Stigma & Help Seeking Related to Depression: A Study of Nursing Students. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42–51.
- Haquin F, C., Larraguibel Q, M., & Cabezas A, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Rev Chil Pediatr* 75 (5), 425-433.
- Hawker, D. S., & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *J Child Psychol Psychiatry* 41, 441–55.
- Hazell, P., O'Connell, D., Heathcote, D., Robertson, J., & Henry, D. (1995). Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. *BMJ* 310, 897-901.
- Herane Tschorne, M. (2011). Trastorno depresivo en niños y niñas: hacia una integración sistémica. En G. Morales F, & C. Olivari P, *Psicoterapia de niños, niñas y adolescentes: Una mirada sistémico/ Relacional* (págs. 127-151). Santiago, Chile: Lom Ediciones.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México DF: Mc Graw Hill/ Interamericana Editores, SA.

- Hirmas Adauy, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica* 33(3), 223-229.
- Ho, G. W., Bressington, D., Leung, S. F., Lam, K. K., Leung, A., Molassiotis, A., . . . Valimaki, M. (2018). Depression literacy and health-seeking attitudes in the Western Pacific region: a mixed-methods study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* .
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Connor, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing Attitudes About Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447-456.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental Health Problems and Help-Seeking Behavior Among College Students. *Journal of Adolescent Health* 46, 3-10.
- Hyde, J. S., Mezulis, A. H., & Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of Depression: Integrating Affective, Biological, and Cognitive Models to Explain the Emergence of the Gender Difference in Depression. *Psychological Review* 115 (2), 291–313.
- Jaycox, L. H., Asarnow, J. R., Sherbourne, C. D., Rea, M. M., LaBorde, A. P., & Wells, K. B. (2006). Adolescent Primary Care Patients' Preferences for Depression Treatment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, Vol. 33, 2, 198-207.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32, 143-148.
- Judge, A. M., Perkins, D. O., Nieri, J., & Penn, D. L. (2005). Pathways to care in first episode psychosis: A pilot study on help-seeking precipitants and barriers to care. *Journal of Mental Health*; 14(5), 465 – 469.
- Knapp, M., McCrone, P., Fombonne, E., Beecham, J., & Ostear W, G. (2002). The Maudsley long-term follow up of child and adolescent depression: Impact of the comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 19-23.
- Kuhl, J., Jarkon-Horlick, L., & Morrissey, R. F. (1997). Measuring Barriers to Help-Seeking Behavior in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 26, No. 6, 637-650.
- Lakhan, R., & T Ekúndayò, O. (2013). Application of the ecological framework in depression: an approach whose time has come. *AP J Psychological Medicine* 14, 103-107.
- Larraín Salas, A., & Lobos Mosqueira, F. (2017). Caracterización del suicidio en Chile: ¿qué nos dicen nuestras estadísticas? En G. Guajardo Soto, *Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido* (págs. 27-43). Santiago de Chile: Ediciones FLACSO-Chile.
- Lauw, M., How How, C., & Loh, C. (2015). Deliberate self-harm in adolescents. *Singapore Med J* 56(6), 306-309.

- Le Breton, D. (2012). *La edad solitaria*. Santiago: LOM ediciones.
- Leiva, L., George, M., Antivilo, A., Squicciarín, A. M., Simonsohn, A., Vargas, B., & Guzmán, J. (2015). Salud mental escolar: Logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica. *Psicoperspectivas individuo y sociedad* 15-1, 31-41.
- Leslie, L. K., Newman, T. B., Chesney, P. J., & Perrin, J. M. (2005). The Food and Drug Administration's Deliberations on Antidepressant Use in Pediatric Patients. *Pediatrics* 116(1), 195-204.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents, prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 765–794.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Pettit, J. W., & Joiner Jr, T. E. (2003). The Symptomatic Expression of Major Depressive Disorder in Adolescents and Young Adults. *Journal of Abnormal Psychology* 112 (2), 244–252.
- Linares, J. L., & Campo, C. (2008). *Tras la honorable fachada : los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- Lindsey, M. A., Korr, W. S., Broitman, M., Bone, L., Green, A., & Leaf, P. J. (2006). Help-Seeking Behaviors and Depression among African American Adolescent Boys. *Social Work* 51, 49-58.
- Link, B., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior* 38, no. 2, 177-90.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. *American Journal of Public Health* 89; 9, 1328-1333.
- Logan, D. E., & King, C. A. (2001). Parental Facilitation of Adolescent Mental Health Service Utilization: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 8, 319-333.
- Lorian, C. N., & Grisham, J. R. (2011). Clinical implications of risk aversion: An online study of risk-avoidance and treatment utilization in pathological anxiety. *Journal of Anxiety Disorders* 25, 840– 848.
- Loubat O, M., Aburto M, M., & Vega A, M. (2008). Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que trabajan en COSAM de la region Metropolitana. *Terapia Psicológica*, 189-197.
- Lubman, D. I., Berridge, B. J., Blee, F., Jorm, A. F., Wilson, C. J., Allen, N. B., . . . Wolfe, R. (2016). A school-based health promotion programme to increase help-seeking for substance use

- and mental health problems: study protocol for a randomised controlled trials. *Biomed central* 17, 393.
- Lubman, D. I., Cheetham, A., Jorm, A. F., Berridge, B. J., Wilson, C., Blee, F., . . . Proimos, J. (2017). Australian adolescents' beliefs and helpseeking intentions towards peers experiencing symptoms of depression and alcohol misuse. *BMC Public Health* 17:658, 1-12.
- Margulis, M. (2001). Juventud: una aproximación conceptual. En S. D. Burak, *Adolescencia y juventud en América Latina* (págs. 41-56). Costa Rica: Editorial tecnológica Costa Rica.
- Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39(4), 335-347.
- MAXQDA. (2018). *MAXQDA the Art of Data Analysis*. Obtenido de <https://es.maxqda.com/software-analisis-datos-cualitativos>
- MCGirr, A., Renaud, J., Bureau, A., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2008). Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychological Medicine* 38, 407-417.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2013). *Guía clínica AUGÉ, Depresión en personas de 15 años y más*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud Pública, MINSAL. (2008). *Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Santiago.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización*. España: avalia-t.
- MINSAL. (2013). *Guía Clínica para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión*. Santiago: MINSAL.
- Miville, M. L., & Constantine, M. G. (2006). Sociocultural Predictors of Psychological Help-Seeking Attitudes and Behavior Among Mexican American College Students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 12, 420 – 432.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders* 71, 1-9.
- Morales, G., & Olivari, C. (2011). *Psicoterapia de Niños, Niñas y Adolescentes: Una Mirada Sistémico/Relacional*. Santiago: LOM ediciones.
- Morales, G., & Olivari, C. (2011). *Psicoterapia de Niños, Niñas y Adolescentes; Una mirada Sistemico Relacional*. Santiago: Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Chile.

- Mosso, M. A., Jiménez, A., & Varas Insunza, J. (2018). *EL SUICIDIO EN CHILE: Análisis del fenómeno desde los datos médico legales. Período 2000-2010. Actualización datos periodo 2011-2017*. Chile: Unidad de Estadísticas y Archivo Médico Legal.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental; Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense, S. A.
- Nam, S. K., Chu, H. J., Lee, M. K., Lee, J. H., Kim, N., & Lee, S. M. (2010). A Meta-analysis of Gender Differences in Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help. *Journal of American College Health*, 110-116.
- Neal, J. W., & Neal, Z. P. (2013). Nested or Networked? Future Directions for Ecological Systems Theory. *Social Development* 22, 722–737.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 133–154.
- Noerager Stern, P. (1980). Grounded Theory Methodology: Its Uses and Processes. *University of California XII (1)*, 20-23.
- Oliva, A. (2004). La adolescencia como riesgo y oportunidad. *Infancia y Aprendizaje*, 115-122.
- Olivari, C., & Guzmán-González, M. (2017). Adaptación y validación del cuestionario de barreras para la búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes Chilenos. *Rev Chil Pediatría* 88(3), 324-331.
- Organizacion Mundial de la Salud (OMS. (22 de Marzo de 2018). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Invertir en Salud mental*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2000). *La salud de los jovenes: Un desafio para la sociedad*. España: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *La salud de los jovenes: Un desafio para la sociedad*. España: OMS.
- Ottati, V., Bodenhausen, G. V., & Newman, L. S. (2005). Social Psychological Models of Mental Illness Stigma In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington, DC, US: American Psychological Association, 99-128.
- Pescosolido, B. A., & Boyer, C. A. (1999). How do people come to Use mental health services? Current knowledge and changing perspectives. En A. Horwitz, & T. L. Scheid, *A Handbook for the study of Mental Health* (págs. 392-411). Cambridge: Cambridge University Press.

- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal Child Psychol Psychiatry*, 345–65.
- Ramaeker, J., & Petrie, T. A. (2019). “Man Up!”: Exploring Intersections of Sport Participation, Masculinity, Psychological Distress, and Help-Seeking Attitudes and Intentions. *Psychology of Men & Masculinities Advance online publication*.
- Ranahan, P. (2010). Mental Health Literacy: A Conceptual Framework for Future Inquiry into Child and Youth Care Professionals’ Practice with Suicidal Adolescents. *Child Youth Care Forum* 39, 11-25.
- Red de Salud Uc Christus. (2017). *GES*. Obtenido de Red de Salud Uc Christus: [http://redsalud.uc.cl/ucchristus/ges\\_lo\\_que\\_usted\\_debe\\_saber.act](http://redsalud.uc.cl/ucchristus/ges_lo_que_usted_debe_saber.act)
- Restifo, K., & Bögels, S. (2009). Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical Psychology Review* 29, 294-316.
- Rey, J. M., Bella-Awusah, T. T., & Jing, L. (2017). Depresión en niños y adolescentes. En J. M. Rey, *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
- Rice, F., Harold, G., & Thapar, A. (2002). The genetic aetiology of childhood depression: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43 (1), 65-79.
- Rickwood, D. (2005). Supporting Young People at School With High Mental Health Needs. *Australian Journal of Guidance & Counselling* 15,2, 137–155.
- Rickwood, D. (2005). Supporting Young People at School With High Mental Health Needs. *Australian Journal of Guidance & Counselling* 15, 137–155.
- Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social - Psychological factors Affecting help seeking for emotional problems. *Sot. Sci. Med.* 39, 563-572.
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical journal of Australia* 187, 35-39.
- Rickwood, D., Cavanagh, S., Curtis, L., & Sakrouge, R. (2004). Educating Young People about Mental Health and Mental Illness: Evaluating a School - Based Programme. *International Journal of Mental Health Promotion*, 6:4, 23-32.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. V. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 1-34.
- Riedel-Heller, S. G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2005). Mental disorders – who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40, 167–174.

- Rodgers, B. E. (Diciembre de 2009). An Ecological Approach to Understanding the Stigma Associated with Receiving Mental Health Services: The Role of Social Proximity. Blacksburg, Virginia, USA.
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Aljibe Ediciones.
- Rojas, G., Santelices, M. P., Martínez, P., Tomicic, A., Reinel, M., Olhaberry, M., & Krause, M. (2015). Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. *Rev Med Chile*, 424-432.
- Rosa, E. M., & Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner's Theory of Human Development: Its Evolution From Ecology to Bioecology. *Journal of Family Theory & Review* 5, 243–258.
- Rothí, D. M., & Leavy, G. (2006). Mental Health Help-Seeking and Young People: A Review. *Pastoral Care in Education*, 24, 3-14.
- Saatsi, S., Hardy, G. E., & Cahill, J. (2007). Predictors of outcome and completion status in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 17:2, 185-195.
- Saint Arnault, D. (2009). Cultural Determinants of Help Seeking: A Model for Research and Practice. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 23, No. 4, 259-277.
- Salinas-Oñate, N., Baeza-Rivera, M. J., Escobar, B., Coloma, J., & Carreño, M. (2018). Predictores culturales y psicológicos de la búsqueda de ayuda psicológica en estudiantes universitarios. *CULTURA-HOMBRE-SOCIEDAD VOL.28 • NÚM. 1*, 79-101.
- Salinas-Oñate, N., Ortiz, M. S., Baeza-Rivera, M. J., & Betancourt, H. (2017). Desarrollo de un instrumento culturalmente pertinente para medir creencias en psicoterapia. *Terapia psicológica Vol. 35, Nº 1*, 15-22.
- Salvo, L., & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 46 (2), 115-123.
- Sawyer, M. G., Borojevic, N., Ettridge, K. A., Spence, S. H., Sheffield, J., & Lynch, J. (2012). Do Help-Seeking Intentions During Early Adolescence Vary for Adolescents Experiencing Different Levels of Depressive Symptoms? *Journal of Adolescent Health*, 236–242.
- Sayal, K. (2006). Annotation: Pathways to care for children with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47, 649–659.
- Scahill, L., Hamrin, V., & Pachler, M. E. (2005). The Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Children and Adolescents with Major Depression. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 18 (2), 86–89.

- Schachter, H. M., Girardi, A., Ly, M., Lacroix, D., Lumb, A. B., Van Berkom, J., & Gill, R. (2008). Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: a systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2-14.
- Silk, J. S., Vanderbilt-Adriance, E., Shaw, D. S., Forbes, E. E., Whalen, D. J., Ryan, N. D., & Dahl, R. E. (2007). Resilience among children and adolescents at risk for depression: Mediation and moderation across social and neurobiological contexts. *Development and Psychopathology* 19, 841–865.
- Smokowski, P. R., Evans, C. B., Cotter, K. L., & Guo, S. (2014). Ecological Correlates of Depression and Self-Esteem in Rural Youth. *Child Psychiatry Hum Dev* 45, 500–518.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Suaréz Barba, M. A. (2018). *Factores asociados al autoestigma de la depresión en adolescentes escolarizados*. Santiago, Chile: Tesis de Grado Magister Psicología Clínica Infanto Juvenil, Universidad de Chile.
- Swick, K. J., & Williams, R. (2006). An Analysis of Bronfenbrenner's Bio-Ecological Perspective for Early Childhood Educators: Implications for Working with Families Experiencing Stress. *Early Childhood Education Journal* 33, 371-378.
- Thapar, A., & Rice, F. (2006). Twin Studies in Pediatric Depression. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 15, 869–881.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet* 379, 1056-1067.
- Timlin-Scalera, R. M., Ponterotto, J. G., Blumberg, F. C., & Jackson, M. A. (2003). A Grounded Theory Study of Help-Seeking Behaviors Among White Male High School Students. *Journal of Counseling Psychology* Vol. 50, No. 3, 339–350.
- Torrío Linares, E., Santín Vilariño, C., Andrés Villas, M., Menéndez Álvarez-Dardet, S., & López López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *anales de psicología* 18, 45-59.
- Townsend, L., Musci, R., Stuart, E., Ruble, A., Beaudry, M. B., Schweizer, B., . . . Swartz, K. (2017). The Association of School Climate, Depression Literacy, and Mental Health Stigma Among High School Students. *Journal of School Health* 87, 567-574.
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F. (2003). Social Exclusion and the Deconstructed State: Time Perception, Meaninglessness, Lethargy, Lack of Emotion, and Self-Awareness. *Journal of Personality and Social Psychology* 85, 3, 409–423.
- Universidad Diego Portales. (2017). *Informe anual sobre derechos humanos en Chile*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.

- Uribe Malagamba, L., & Nadurille Álvarez, M. E. (2013). El papel de lo ausente pero implícito en el trabajo con adolescentes. En F. E. García Martínez, *Terapia sistémica breve, fundamentos y aplicaciones* (págs. 253-265). Santiago: RIL editores.
- Vásquez, M. B. (2012). *Narrativas de los adolescentes que se auto infligen cortes y el proceso de construcción de identidad en el contexto de sus relaciones familiares*. Santiago: Tesis Universidad de Chile.
- Vicente, B., Saldivia, S., & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy; Salud Mental mañana. *Acta Bioethica* 22, 51-61.
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chile* , 447-457.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived Public Stigma and the Willingness to Seek Counseling: The Mediating Roles of Self-Stigma and Attitudes Toward Counseling. *Journal of Counseling Psychology* 54 (1), 40-50.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L., & Hackler, A. H. (2007). Seeking Help From a Mental Health Professional: The Influence of One's Social Network. *Journal of Clinical Psychology* 63, 233–245.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., & Larson, L. M. (2007). Avoidance of Counseling: Psychological Factors That Inhibit Seeking Help. *Journal of Counseling & Development* 85, 410-422.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Wei, M., & Boysen, G. A. (2005). The Role of Outcome Expectations and Attitudes on Decisions to Seek Professional Help. *Journal of Counseling Psychology* Vol. 52, No. 4, 459 – 470.
- Walker, J. S., Coleman, D., Lee, J., Squire, P. N., & Friesen, B. J. (2008). Children's Stigmatization of Childhood Depression and ADHD: Magnitude and Demographic Variation in a National Sample. *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 47, 912- 920.
- Wang, C., Crame, K. M., Cheng, H.-L., & Do, K. (2019). Associations Between Depression Literacy and Help-Seeking Behavior for Mental Health Services Among High School Students. *School Mental Health* .
- Ward, H., Mertens, T. E., & Thomas, C. (1997). Health seeking behaviour and the control of sexually transmitted disease. *Health policy and Planning* 12, 19-28.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Psychol Bull* 132(1), 132-149.
- Wendt, D., & Shafer, K. (2016). Gender and Attitudes about Mental Health Help Seeking: Results from National Data. *Health & Social Work* Volume 41 (1) , 20-28.
- Wilson, C. J., & Deane, F. P. (2001). Adolescent opinions about reducing help-seeking barriers and increasing appropriate help engagement. *J Educ Psychol Consult* 12, 345-364.

- Wilson, C. J., Deane, F. P., & Ciarrochi, J. (2005). Can Hopelessness and Adolescents' Beliefs and Attitudes About Seeking Help Account for Help Negation? *Journal of Clinical Psychology, Vol. 61(12)*, 1525–1539.
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Biro, V., & Ciarrochi, J. (2003). *Youth Barriers to Help-Seeking and to Help-Seeking and Referral from General Practitioners (A report of research supported by the National Health and Medical Research Council of Australia, Grant YS060)*. Wollongong, Australia: Division of General Practice & University of Wollongong, Illawarra Institute for Mental Health.
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Marshall, K. L., & Dalley, A. (2010). Adolescents' Suicidal Thinking and Reluctance to Consult General Medical Practitioners. *Journal Youth Adolescence*, 343–356.
- Wilson, C. J., Rickwood, D. J., Bushnell, J. A., Caputi, P., & Thomas, S. J. (2011). The effects of need for autonomy and preference for seeking help from informal sources on emerging adults' intentions to access mental health services for common mental disorders and suicidal thoughts. *Advances in Mental Health 10*, 29-38.
- Wisdom, J. P., Clarke, G. N., & Green, C. A. (2006). What Teens Want: Barriers to Seeking Care for Depression. *Adm Policy Ment Health 33(2)*, 133–145.
- Wong, I. C., Besag, F. M., Santosh, P. J., & Murray, M. L. (2004). Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Children and Adolescents. *Drug Safety 27 (13)*, 991-999.
- World Federation for Mental Health, WFNH. (2012). *Depression: a Global crisis, World Mental Health Day*. Occoquan, VA 22125, USA: World Federation for Mental Health.
- World Health Organization. (2014). *Health for the World's Adolescents*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*. Suiza: World Health Organization.
- Young, J. T. (2004). Illness behaviour: a selective review and synthesis. *Sociology of Health & Illness Vol. 26 (1)*, 1–31.
- Zachrisson, H. D., Rödje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health 6*.

## 7. ANEXOS

### Anexo 1. Carta Consentimiento Informado padres

Carta de consentimiento informado para padres o tutores

**“Facilitadores y obstaculizadores para la búsqueda de ayuda temprana en salud mental: Desde la perspectiva de adolescentes con depresión en Santiago de Chile”**

Patrocinante: Dra. Vania Martínez, Profesora Asociada CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Profesora Guía de Tesis.

Nombre de la Investigadora principal: Andrea Landázuri, estudiante de Magíster en Psicología mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Programa Interfacultad: Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

R.U.T. 25.299.785-7

Institución: CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Teléfono: 229786484

**Invitación a participar:** Esta es una invitación para que su hijo/a o pupilo/a participe en el proyecto de investigación: “Facilitadores y obstaculizadores para la búsqueda de ayuda temprana en salud mental desde la perspectiva de adolescentes con depresión en Santiago de Chile”. El objeto de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión para dar su consentimiento en forma voluntaria para que su hijo/a o pupilo/a participe en esta investigación.

**Objetivo:** Esta investigación tiene por objetivo identificar cuáles son los factores que actúan como facilitadores y obstaculizadores para la búsqueda de ayuda temprana en salud mental en adolescentes con depresión, de ambos sexos entre 15 y 17 años de Santiago de Chile. El estudio incluirá a un número aproximado de diez adolescentes.

**Procedimiento:** Si Ud. acepta que su hijo/a o pupilo/a participe, se le consultará a él o ella si desea participar. En el caso de que acepte, se realizará una entrevista individual con el/la adolescente a cargo de la investigadora del estudio de aproximadamente una hora de duración

que será grabada en audio, la misma se realizara en las instalaciones de CEMERA. La entrevista abarcará varias preguntas sobre la experiencia con la depresión y los facilitadores y barreras que encuentran para la búsqueda de ayuda temprana. En el caso de que su hijo/a o pupilo/a aún no haya recibido ayuda profesional en salud mental y aún la requiera, se dará aviso a sus padres o tutores, y se facilitará esta atención mediante una referencia al centro de salud que corresponda.

**Riesgos:** En caso de que se detecte que el adolescente no haya asistido a la atención por parte del especialista en la red GES, se gestionará una hora para su atención en el centro de salud que corresponda y se dará a conocer a sus padres o tutores.

**Costos:** La participación en este estudio no implica ningún costo para los participantes.

**Beneficios:** La participación de su hijo/a o pupilo/a permitirá generar información para diseñar estrategias que favorezcan la búsqueda de ayuda oportuna en adolescentes con depresión. Así también se beneficiará de recibir información acerca de la depresión, su prevención, detección y su tratamiento.

**Compensación:** Usted o su hijo/a o pupilo/a no recibirá ninguna compensación económica por la participación en el estudio.

**Confidencialidad:** Toda la información derivada de la participación de su hijo/a o pupilo/a en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima. En caso de considerar una situación de riesgo para su hijo/a, pupilo/, nos comunicaremos con sus padres o tutores.

**Usos potenciales de los resultados de la investigación, incluyendo los comerciales:** si los datos obtenidos en la investigación cumplen con los objetivos, se podrán utilizar para el diseño de intervenciones para favorecer la búsqueda de ayuda oportuna en adolescentes con depresión.

**Información adicional:** Usted y su hijo/a o pupilo/a serán informados si durante el desarrollo de este estudio surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando en la investigación.

**Voluntariedad:** La participación de su hijo/a, pupilo/a en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo a la investigadora, sin que ello signifique ningún prejuicio para él o para ella. De igual manera, la investigadora podrá determinar el retiro del estudio de su hijo/a, pupilo/a, si considera que esa decisión va en su beneficio.

**Derechos del participante:** Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigadora: Andrea Landázuri - 229786484

Autoridad de la Institución: Dra. Vania Martínez – 229786484

### **Otros Derechos del participante**

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 229789536, Email: [comiteceish@med.uchile.cl](mailto:comiteceish@med.uchile.cl), cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

### **Conclusión:**

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para que mi hijo/a o pupilo/a ..... participe en el proyecto “Facilitadores y obstaculizadores para la búsqueda de ayuda temprana en salud mental desde la perspectiva de adolescentes con depresión en Santiago de Chile”.

_____	_____	_____
Nombre del Padre/Madre o Tutor/a Participante RUT	Firma	Fecha

_____	_____	_____
Nombre de Director De Institución o Delegado Art. 11 Ley 20120 RUT	Firma	Fecha

_____	_____	_____
Nombre del investigador RUT	Firma	Fecha

## Anexo 2. Asentimiento Informado adolescentes

### ASENTIMIENTO INFORMADO

#### **“Facilitadores y obstaculizadores para la búsqueda de ayuda temprana en salud mental: Desde la perspectiva de adolescentes con depresión en Santiago de Chile”**

#### I. INFORMACIÓN

Has sido invitado(a) a participar en la investigación “Facilitadores y obstaculizadores para la búsqueda de ayuda temprana en salud mental: Desde la perspectiva de adolescentes con depresión en Santiago de Chile”. Su objetivo es identificar cuáles son los factores que actúan como facilitadores y obstaculizadores para la búsqueda de ayuda temprana en salud mental en adolescentes con depresión, de ambos sexos entre 15 y 17 años de Santiago de Chile.

La investigadora de este estudio es Andrea Landázuri, estudiante de Magíster en Psicología mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Programa Interfacultad: Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. La profesora responsable es la Dra. Vania Martínez de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que consideres la siguiente información. Siéntete libre de preguntar cualquier asunto que no te quede claro:

**Participación:** Tu participación consistirá en asistir una sesión de entrevista con la investigadora, que tendrá una duración aproximada de una hora. Abarcará varias preguntas sobre la experiencia con la depresión y los facilitadores y barreras que encuentran para la búsqueda de ayuda temprana.

Para facilitar el análisis, esta entrevista será grabada. En cualquier caso, tú podrás interrumpir la grabación en cualquier momento, y retomarla cuando quieras.

**Riesgos:** En caso de que se detecte que no hayas asistido a la atención por parte del especialista en la red GES, se gestionará una hora para tu atención en el centro de salud que corresponda y se dará a conocer a tus padres o tutores.

**Beneficios:** Tú recibirás información acerca de la depresión; su prevención, detección y su tratamiento. Así también, tu participación permitirá generar información para diseñar estrategias que favorezcan la búsqueda de ayuda oportuna en adolescentes con depresión.

**Voluntariedad:** Tu padre o madre conoce esta investigación y ha autorizado tu participación. Sin embargo, sólo participarás si quieres hacerlo. Además, tendrás la libertad de contestar las preguntas que desees, como también de detener tu participación en cualquier momento. Esto no implicará ningún perjuicio para ti.

**Confidencialidad:** Todas tus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, tu nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. En caso de considerar situación de riesgo para ti y tu salud, nos comunicaremos con tu representante.

**Conocimiento de los resultados:** Tienes derecho a conocer los resultados de esta investigación.

**Datos de contacto:** Si requieres mayor información, o comunicarte por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puedes contactar a la investigadora estudio, Andrea Landázuri o Dra. Vania Martínez.

Investigadora: Andrea Landázuri

Autoridad de la Institución: Dra. Vania Martínez

Teléfonos: 229786484

Dirección: CEMERA, Prof. Zañartu 1014, Independencia, Región Metropolitana.

También puedes comunicarte con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 229789536, Email:

comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia

## II. FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ....., acepto participar en el estudio “Facilitadores y obstaculizadores para la búsqueda de ayuda temprana en salud mental: Desde la perspectiva de adolescentes con depresión en Santiago de Chile”

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

\_\_\_\_\_

Firma Participante

\_\_\_\_\_

Firma Investigador/a Responsable

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Preguntas guía

Áreas a explorar	Temas específicos	Preguntas Guías
Factores Personales	<p>Experiencia previa al diagnóstico de depresión (experiencia en relación a los síntomas y malestar previos al diagnóstico)</p>	<p>¿Cómo te sentías? ¿Cuál crees que es la causa?</p> <p>¿Cuánto tiempo llevabas sintiendo el ánimo bajo?</p> <p>¿Es la primera vez que te sientes bajoneada/o de esta misma forma?</p> <p>¿Has sentido algún otro momento algo similar y que te hubiese gustado contar a alguien?</p> <p>Si es así ¿Qué tipo de tratamiento tuviste, en dónde, cómo fue esa experiencia?</p> <p>¿Qué hiciste para ya no sentirte así?</p> <p>¿Alguien se dió cuenta que estabas bajoneada? ¿Te dijo algo, te recomendó alguna forma para ya no sentirte así?</p> <p>¿Contaste a alguien sobre lo que estabas sintiendo? ¿A quién, y por qué?</p> <p>Si no constaste ¿porque no? (miedo a ¿qué? ¿A quién?)</p> <p>¿Buscaste algún tipo de ayuda? ¿Cuáles?</p>
	<p>Experiencia sobre el diagnóstico (momento en el que se le da al adolescente el</p>	<p>¿Me podrías contar como fue para ti cuando te dijeron que tenías depresión?</p> <p>¿Qué sabías sobre la depresión? ¿En dónde encontraste la información? ¿Colegio, internet, amigos?</p> <p>¿Te imaginaste lo que el médico te iba a decir?</p> <p>Si no es así: Si pensabas que tenías otro trastorno ¿igual hubieses querido ir a consultar con el psicólogo? ¿Hubiese sido más fácil o más difícil ir al psicólogo si hubieras sabido que tienes depresión?</p>

	<p>diagnóstico de depresión y su reacción posterior al mismo)</p>	<p>¿Qué pensaste cuando te dijeron que tenías que consultar al médico psiquiatra o un psicólogo? ¿Por qué al psicólogo y/o por qué al psiquiatra?</p> <p>¿Pensaste en consultar a los profesionales de salud mental?</p> <p>¿Por qué sí o por qué no?</p> <p>Si acudió a la consulta con el profesional ¿Cómo fue esta experiencia?</p> <p>¿Qué te impulsó a que decidieras acudir a un profesional o que contaras a alguien sobre el diagnóstico?</p> <p>Ese momento que te dijeron el diagnóstico ¿pensaste en contárselo a alguien? ¿A quién? ¿Por qué? ¿Por qué le contaste a esa persona y no a otra primero?</p> <p>¿Cómo pensaste que reaccionarían las personas a las que contaste sobre el diagnóstico? ¿Por qué crees que reaccionaron así?</p> <p>¿Era la reacción que esperabas?</p> <p>¿Actualmente estas en tratamiento? ¿Cuál?</p> <p>Si se encuentra en tratamiento ¿es la primera vez?</p> <p>Si no es la primera vez ¿por qué estuviste antes? ¿Cuál fue el tratamiento? ¿Cómo fue esa experiencia?</p> <p>¿Crees que fue más fácil buscar ayuda en la ocasión pasada o esta vez? ¿Por qué?</p> <p>¿El tratamiento que esas recibiendo es lo que esperabas?</p> <p>¿Cuáles son tus expectativas del tratamiento psicológico?</p>
	<p>Creencias y estigma personal</p>	<p>¿Qué es para ti la depresión? ¿Conocías algo de la depresión?</p> <p>¿Qué?</p> <p>¿Por qué crees que la gente se deprime? ¿Por qué se deprime un adolescente?</p>

sobre la depresión	<p>¿Crees que hay un estereotipo o una imagen sobre la depresión o sobre un adolescente que tiene depresión? ¿Cómo es esa imagen?</p> <p>¿Crees que es diferente en hombres y mujeres? ¿Qué diferencias/mujeres piensan diferente sobre la depresión?</p> <p>¿Crees que los hombres/mujeres también necesitan contar sobre lo que están sintiendo y buscar ayuda profesional? ¿A quién crees que ellos o ellas cuenten primero sobre su tristeza? ¿Para quién sería más fácil buscar ayuda y contar lo que están sintiendo y porque?</p> <p>¿Crees que la depresión tiene tratamiento? ¿Cuál crees que es este?</p> <p>¿Crees que las personas que tienen depresión deben contar sobre lo que sienten y buscar ayuda de un profesional?</p> <p>¿Qué tipo de ayuda crees que necesita una persona con depresión?</p> <p>¿Crees que tu forma de ver la depresión ha cambiado después de que te dieron el diagnóstico? ¿Cuál es ese cambio? ¿Por qué crees que cambio la forma de verla?</p> <p>¿Qué crees que se puede hacer para mejorar o superar la depresión?</p> <p>¿Crees que es importante contar a alguien sobre el ánimo bajo por el que estás pasando? ¿Por qué?</p> <p>En tu caso ¿crees que tienes depresión? Si hay dudas, ¿Por qué dudas, y qué hace que estés convencido que si?</p> <p>¿Cuál crees que es la forma para que tú superes la depresión?</p> <p>¿Crees que en tu caso es necesario buscar ayuda profesional?</p> <p>¿Qué facilitó que busques dicha ayuda? O ¿Qué fue barrera?</p> <p>En tu caso ¿crees que el tratamiento que estas recibiendo está funcionando?</p>
--------------------	---

		¿Cómo crees que afecta lo que la gente piensa de un adolescente con depresión?
Factores Familiares	Proceso diagnóstico	<p>¿Cómo es la relación con tu familia? ¿La familia extensa como reacciono? ¿A quién es más fácil que le cuentes a tu familia cercana o la extensa, porque?</p> <p>¿Cómo fue la reacción de tu grupo familiar al saber que tenías depresión?</p> <p>¿Era la reacción que esperabas?</p> <p>¿Qué piensan sobre el tratamiento que tienes que seguir?</p> <p>¿Te dijeron sobre como poder mejorar o superar la depresión?</p> <p>¿Cómo ha estado presente tu grupo familiar para que comiences el tratamiento y lo continúes?</p> <p>¿Cuál crees que es el papel de las personas que te rodean en que decidas consultar a un profesional por sentirte bajoneado/a?</p>
	Creencias y estigma del grupo familiar sobre la depresión	<p>¿Qué crees que tu grupo familiar piensa sobre la depresión?</p> <p>¿Qué te imaginas que piensan sobre la depresión?</p> <p>¿Qué crees que piensan sobre lo que causa depresión?</p> <p>¿Crees que tu grupo familiar ve importante que alguien que tenga depresión busque ayuda de un profesional?</p> <p>¿Crees que ha habido un cambio en lo que creía tu grupo familiar sobre la depresión después de que te dieran este diagnóstico?</p> <p>¿Crees importante contar con tu grupo familiar para que busques ayuda e inicies y termines el tratamiento y así superes la depresión?</p>
Factores del Sistema Escolar (Profesores, compañeros,		<p>¿Contaste a alguien sobre cómo te estabas sintiendo? ¿A quién?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>Cuando te dieron el diagnostico ¿contaste a alguien del colegio? ¿Compañeros, profesores, psicólogo? ¿Por qué?</p>

psicólogo u orientadores)	Proceso diagnóstico	<p>Si contó ¿cómo pensaste que iban a reaccionar? ¿Fue así? Si fue diferente ¿cómo fue?</p> <p>¿Qué te dijeron?</p> <p>¿Te recomendaron algo para que te sientas mejor?</p> <p>¿Sabías que en el colegio había un lugar y alguien con quien podías ir a hablar sobre lo que estas sintiendo? Si lo sabía y ha acudido ¿Cómo fue esa experiencia, fácil o difícil?</p> <p>¿Irías a consultar al psicólogo del colegio cuando te sientas bajoneado? ¿Por qué si /no?</p> <p>¿Cómo manejo el colegio que salgas para recibir el tratamiento y las citas con el profesional de salud?</p> <p>¿Qué trámites debes hacer para salir a citas?</p> <p>¿Has tenido alguna traba o problema en el colegio por el diagnóstico o el tratamiento?</p>
	Creencias y estigma de pares y del sistema escolar sobre la depresión	<p>¿Qué crees que piensan los profesores y tus compañeros de la depresión? ¿Por qué crees que hay esa imagen?</p> <p>¿Crees que los profesores, psicólogos y compañeros ven importante que un adolescente con depresión busque ayuda de un profesional?</p> <p>¿Crees que ha habido un cambio sobre lo que creían tus compañeros y profesores de la depresión después de que te den el diagnóstico?</p> <p>¿Crees que los profesores cambiaron la forma de tratarte después de que sepan que tienes depresión?</p>

Factores relacionados con la atención del sistema de salud	Proceso diagnóstico	<p>Si ha asistido en otras ocasiones a atención en el sistema de salud ¿Cómo ha sido esa experiencia en el centro de salud o consultorio, aspectos administrativos y calidad de atención?</p> <p>¿Cómo fue la experiencia desde que tomaste la hora?</p> <p>¿Cómo fue tu experiencia con el trato personal del médico o psicólogo/a?</p> <p>¿Cómo te imaginabas que iba a ser la consulta con el psicólogo? ¿Qué imagen tenías del psicólogo, esta ha cambiado?</p> <p>¿Alguien te insistió para hagas la cita y acudas al tratamiento? ¿Quién?</p> <p>Del proceso de agendar y asistir a la consulta e iniciar y continuar un tratamiento, ¿Qué ha sido fácil y qué ha sido difícil?</p> <p>¿Fue difícil iniciar la búsqueda de un médico o psicólogo?</p> <p>¿Has tenido algún problema en la atención del sistema de salud? ¿Con algún profesional?</p> <p>¿Crees que los profesionales médicos y psicólogos del centro de salud están preparados para tratar a pacientes adolescentes con depresión?</p> <p>¿Qué alternativas de tratamiento te dijo el médico que te atendió por primera vez?</p> <p>¿Crees que el tratamiento psicológico, funciona?</p> <p>¿Qué cosas te resultaron fáciles hablar con el profesional de la salud y cuáles difíciles?</p> <p>¿Crees que hay beneficios de ir al psicólogo?</p>
	Creencias y estigma de los profesionales de	<p>¿Qué te explico el psicólogo o médico del diagnóstico de depresión y del tratamiento? ¿Qué entendiste de eso?</p> <p>¿Qué crees que piensan los médicos, enfermeras y personal de un centro de salud sobre los adolescentes con depresión?</p>

	salud sobre la depresión	¿Qué crees que es importante para que el tratamiento tenga buenos resultados y funcione?
Recomendaciones Generales	Sugerencias considerando su propia experiencia y percepción	<p>¿Qué les dirías a los adolescentes que están bajoneados?</p> <p>¿Cuáles crees que pueden ser las consecuencias de no tener un tratamiento a tiempo de la depresión?</p> <p>¿Qué importancia tiene para ti el que un adolescente con depresión busque ayuda rápido y acuda a un profesional de la salud?</p> <p>¿Recomendarías a un/a compañero que está pasando por lo mismo acudir a un psicólogo, y recibir el tratamiento? ¿Por qué sí o no?</p> <p>¿Qué características crees necesarias que tenga un psicólogo para que un adolescente pueda contarle cómo se siente?</p> <p>¿Qué crees que permita cambiar esa imagen que tiene la gente sobre la depresión y sobre los adolescentes con depresión?</p> <p>¿Qué debería ser diferente para que un adolescente bajoneado acuda a un profesional de la salud para recibir tratamiento oportuno y adecuado para mejorar y superar la depresión?</p> <p>¿Qué crees que facilita que un adolescente con depresión acuda a consultar a un profesional de la salud sobre su ánimo bajo? Y</p> <p>¿Qué crees que es una barrera para el adolescente con depresión no acuda al profesional de salud?</p>

## Anexo 4. Carta de aprobación Comité de ética de investigación en seres humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA  
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES

### ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

[Documento en versión 1 corregido 15.01.2018]

FECHA: 29 de Junio de 2018.

**PROYECTO: FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES PARA LA BÚSQUEDA DE AYUDA TEMPRANA EN SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN EN SANTIAGO DE CHILE.**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE: SRTA. ANDREA LANDÁZURI SAÉNZ**

**INSTITUCIÓN: CENTRO DE MEDICINA REPRODUCTIVA Y DESARROLLO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE, CEMERA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE. TUTORA DRA. VANIA MARTÍNEZ NAHUEL.**

Con fecha 29 de Junio de 2018, el proyecto ha sido analizado a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Sobre la base de la información proporcionada en el texto del proyecto el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Este comité también analizó y aprobó el correspondiente documento de Consentimiento Informado en su versión modificada de fecha 22 de Junio de 2018. Además se toma conocimiento de carta de Director del Establecimiento o custodio de la base de datos o carta de compromiso del Investigador responsable de fecha 17 de Mayo de 2018.

Se extiende este documento por el periodo de un año a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según Informe de avance y seguimiento bioético.

#### **LUGAR DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO**

- CENTRO DE MEDICINA REPRODUCTIVA Y DESARROLLO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE, CEMERA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE.

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl





UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA  
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES

**INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN  
EN SERES HUMANOS**

NOMBRE	CARGO	RELACIÓN CON LA INSTITUCIÓN
Dr. Manuel Oyarzún G.	Presidente	Sí
Dr. Hugo Amigo C.	Vicepresidente	Sí
Dra. Lucía Cifuentes O.	Miembro	Sí
Dra. Grisel Orellana V.	Miembro	Sí
Dra. María Ángela Delucchi B.	Miembro	Sí
Dr. Miguel O'Ryan G.	Miembro	Sí
Sra. Claudia Marshall F.	Miembro	No
Dra. Julieta Gonzalez B.	Miembro	Sí
Prof. <sup>a</sup> María Luz Bascuñán R.	Miembro	Sí

Santiago, 29 de Junio de 2018.

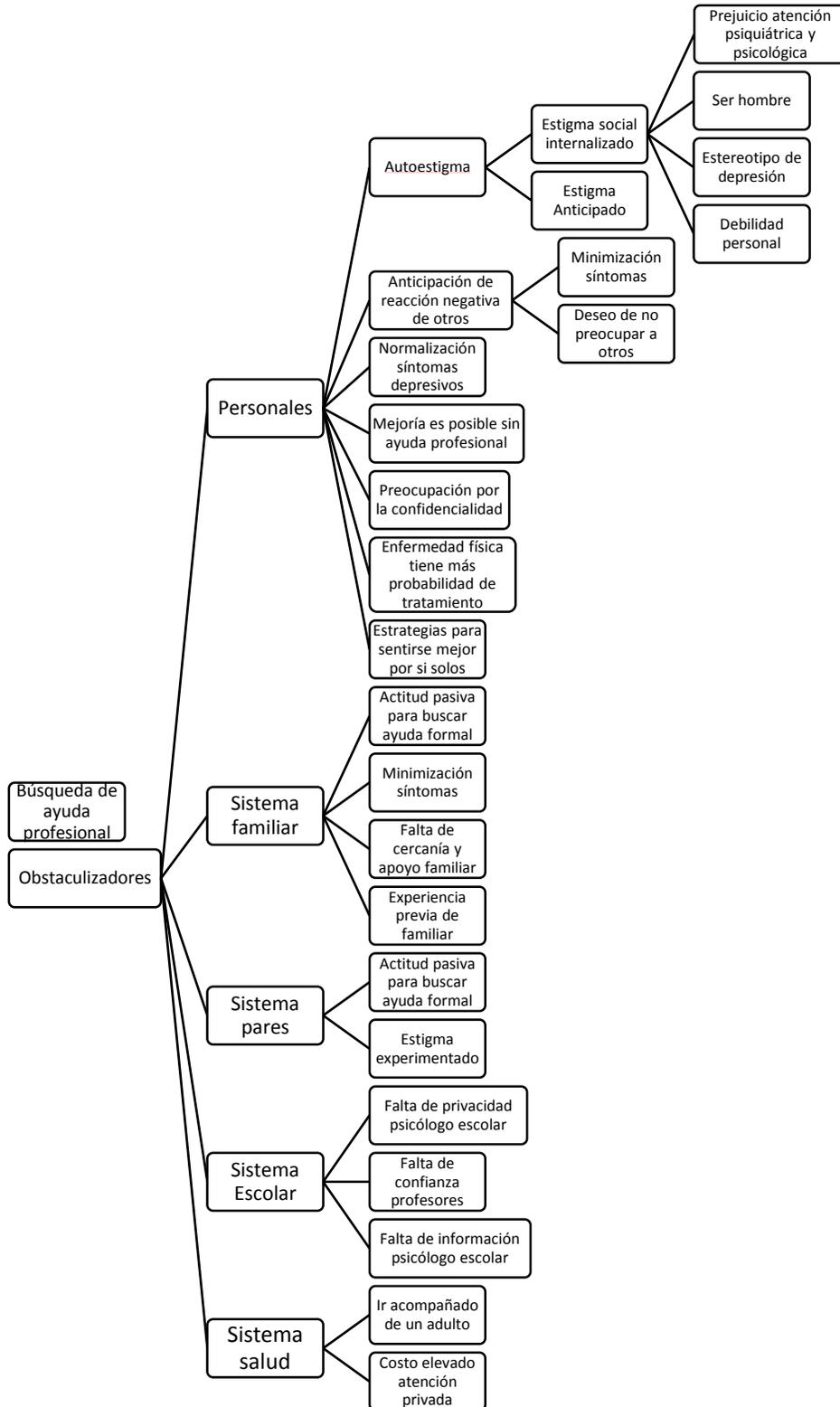
UNIVERSIDAD DE CHILE  
COMITÉ DE ÉTICA  
PARA INVESTIGACIONES  
EN SERES HUMANOS  
Dr. Hugo Amigo Cartagena  
Vicepresidente CEISH

c.c.: - Proyecto Nº 063-2018  
- Archivo Acta nº 039

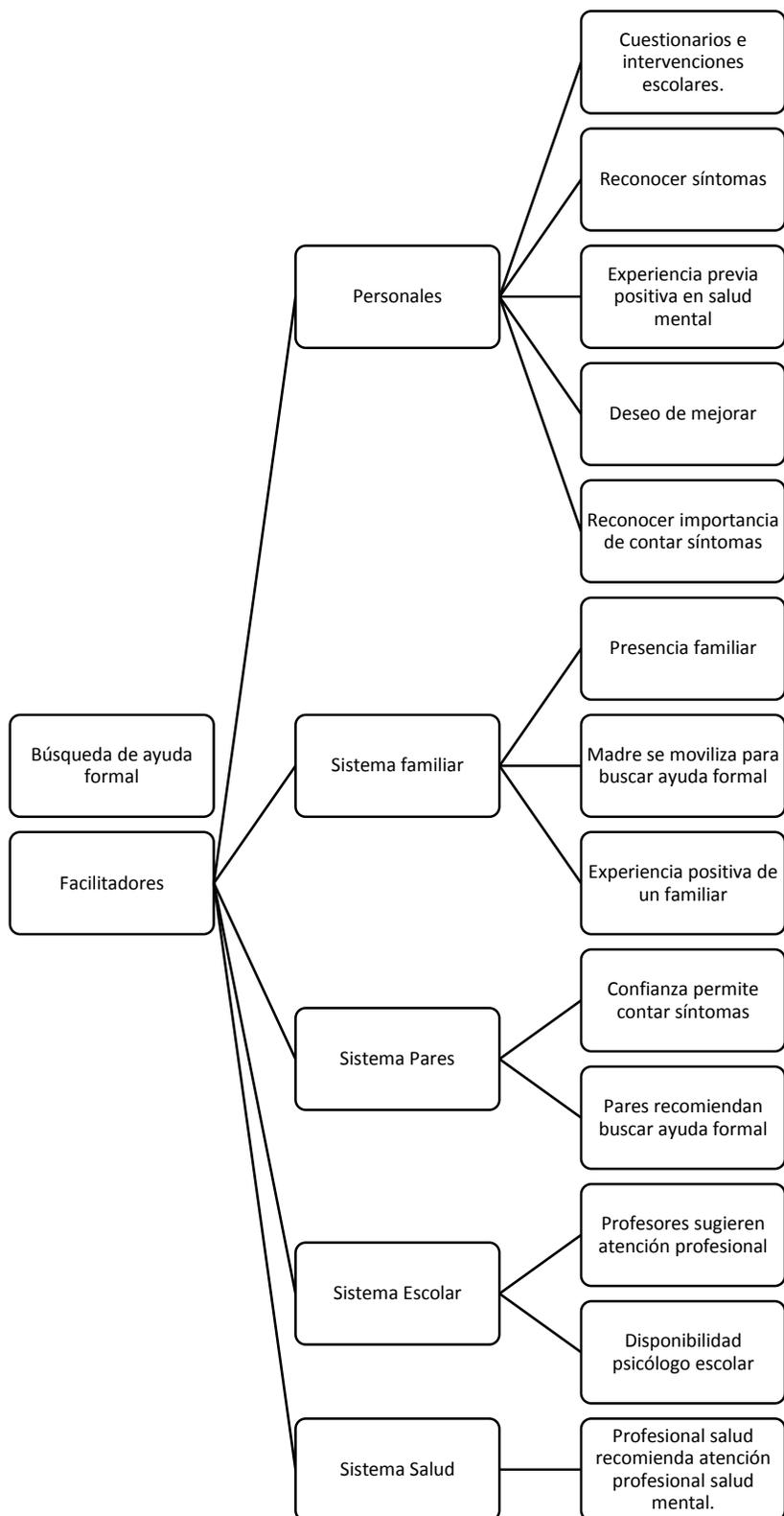
Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl

UNIVERSIDAD DE CHILE  
COMITÉ DE ÉTICA  
PARA INVESTIGACIONES  
EN SERES HUMANOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
29 JUN 2018

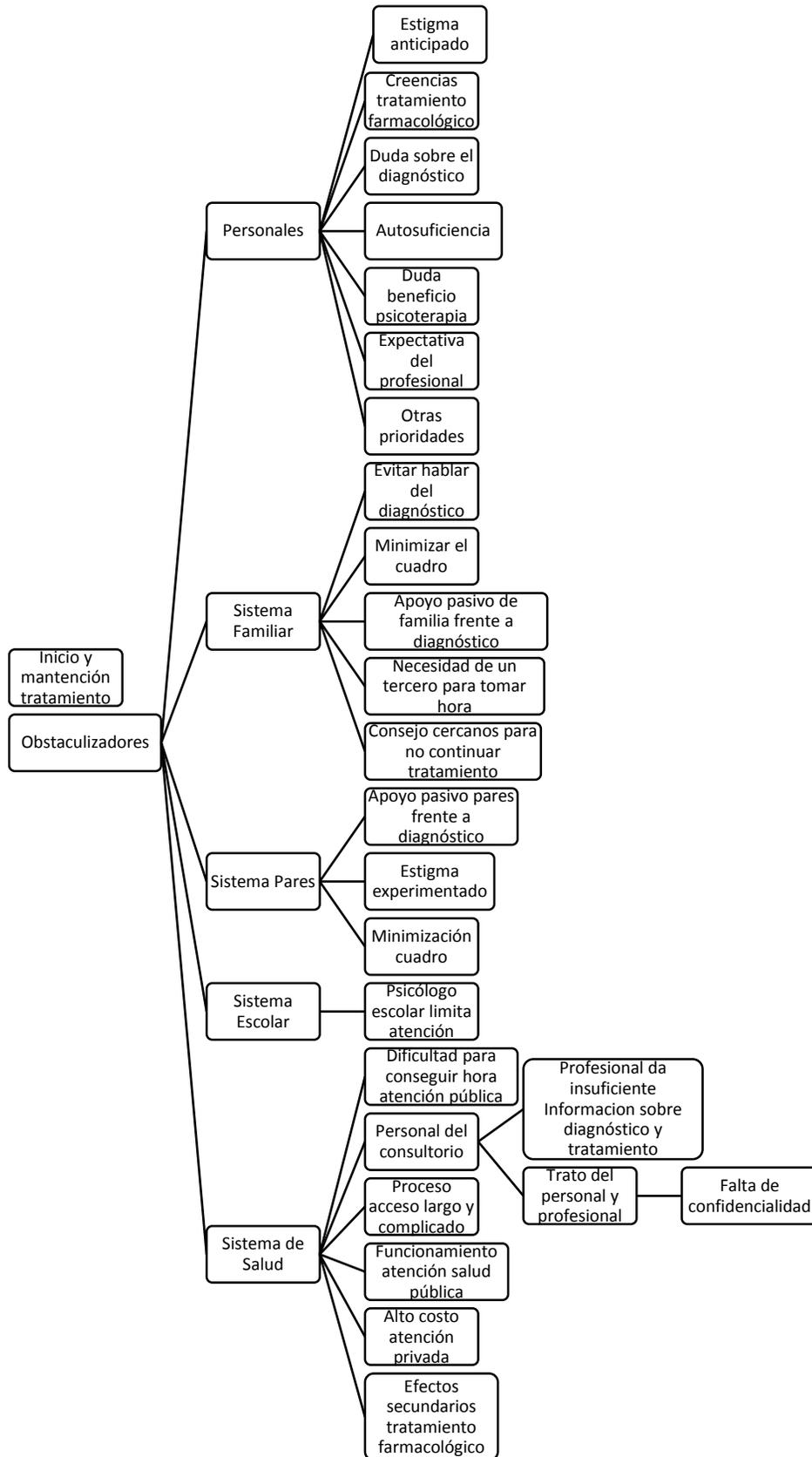
Anexo 5. Obstaculizadores, Búsqueda de ayuda profesional



## Anexo 6. Facilitadores, Búsqueda de ayuda profesional



## Anexo 7. Obstaculizadores, Inicio y mantención tratamiento



## Anexo 8. Facilitadores, Inicio y mantención

