



LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

Carceller-Maicas, Natàlia; Puig Cruells, Carmina; Vega Monteagudo, Carme; Martinez-Hernaez, Angel

Universitat Rovira i Virgili

carcellermaicas@gmail.com

RESUMEN

Los problemas de salud mental son comunes en la adolescencia, especialmente las condiciones clínicas y subclínicas de depresión y ansiedad. En Cataluña, la prevalencia de trastornos del humor es del 14,3% y de los trastornos de ansiedad del 31,9%. A pesar de ello, los jóvenes son el grupo de edad que hace menos uso de los servicios de salud mental. Diversos estudios en diferentes países indican que únicamente entre el 18 y el 34% de los adolescentes con trastornos o síntomas de depresión o ansiedad son tratados por profesionales de la salud mental, incluso cuando el servicio se proporciona de forma gratuita por el sistema nacional de salud. Nuestra investigación es el primer estudio sistemático realizado en España sobre la evitación y la no búsqueda de ayuda en servicios de salud mental entre los adolescentes. Para ello se entrevistó en una primera fase a 105 jóvenes para conocer el ciclo de evitación de los servicios y en una fase ulterior se efectuaron grupos de trabajo multidisciplinares (antropólogos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales) que incluyeron a los jóvenes. El resultado fue un documento de Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes en la que se evidencian las barreras detectadas, así como las recomendaciones que los principales actores involucrados han propuesto para superarlas. De este modo se ofrece a los profesionales una herramienta útil para facilitar el acceso a los servicios de este grupo de edad.

LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental son comunes en la adolescencia y la juventud, especialmente los malestares clínicos y subclínicos de tipo depresivo y ansioso [1]. La prevalencia de los malestares emocionales de este espectro entre los jóvenes de 13 a 18 años es del 14,3% y el 31,9% respectivamente [2]. Algunos estudios encontraron una mayor incidencia y prevalencia de la depresión entre los jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y 29 años [3]. Sin embargo, se ha evidenciado que la mayoría de jóvenes con depresión clínica o subclínica no buscan ayuda profesional [4-7].

La evitación o infra-utilización de los servicios de salud es una constante también entre la población adulta con problemas de salud mental. Un estudio comparativo realizado en seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España) halló que, entre aquellos que presentan una necesidad de atención de salud mental, sólo el 51,7% estaba utilizando algún tipo de servicio profesional de cuidado de salud, y tan sólo el 25,1% había sido visto por un profesional de la salud mental durante los 12 meses anteriores [8]. Estas cifras resultan ser aún más bajas entre los adolescentes y jóvenes.

Diversos estudios han encontrado que en muchos países con altos niveles de ingresos, sólo entre el 18% y el 34% de los adolescentes con trastornos depresivos diagnosticables o trastornos de ansiedad son tratados por profesionales de atención primaria y profesionales de la salud mental, aunque estos servicios sean proporcionados de forma gratuita a través de un sistema nacional de salud [4,9]. La literatura indica que en este grupo de edad la infrautilización o evitación de los servicios está asociada con un alto grado de autonomía, una percepción negativa y desconfiada hacia los profesionales de atención primaria en salud y los profesionales de la salud mental [4,10], un menor grado de alfabetización de salud mental [9,11], escepticismo respecto al tratamiento psiquiátrico [11], miedo al estigma asociado con la enfermedad mental, vergüenza [12], dificultad para expresar sus emociones [13,14], y una preferencia por buscar formas alternativas de ayuda basadas en estrategias de auto-atención profanas y en la confianza en la propia red social de apoyo [9,15,16].

Algunos de estos estudios señalan que la reticencia a buscar ayuda profesional es más frecuente entre los varones jóvenes [17-19] debido a que en el modelo cultural dominante de masculinidad hay una menor tolerancia a la vulnerabilidad y a la fragilidad emocional, las cuales se consideran menos aceptables y que conllevan una pérdida de la autonomía personal. Otros factores estructurales contribuyen también a perpetuar esta situación en ambos sexos tales como: el acceso limitado a los servicios psiquiátricos, la brecha generacional, la falta de conciencia e información sobre los servicios y las dificultades económicas [11], principalmente, pero no únicamente, en sociedades que carecen de cobertura sanitaria universal, como consecuencia indirecta de las desigualdades sociales en los procesos de búsqueda de la salud.

Un reciente artículo de revisión [9] señala la ausencia de investigación de alta calidad en estudios de evitación de servicios de salud mental enfocados a la atención de gente joven. Nuestra lectura de la literatura nos lleva también a observar que las razones para evitar los servicios tienden a ser conceptualizadas, tanto en estudios cualitativos como cuantitativos, como una serie de barreras

LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

concretas [20] en lugar de como un complejo integrado de factores o proceso de búsqueda de ayuda [21] vinculado al contexto social y a la experiencia previa (o falta de ella) con los servicios de salud.

Este fragmentado modo de acercamiento a las barreras de acceso a los servicios ha limitado el conocimiento de los modelos profanos, así como las asociaciones existentes entre los diferentes obstáculos percibidos por la gente joven. Además, la mayoría de los estudios se limitan a una descripción de los factores que obstruyen o facilitan el acceso a los servicios de salud, sin tomar en consideración las modificaciones que sería conveniente realizar en los servicios de salud mental propuestas por los mismos jóvenes. El objetivo de nuestra investigación consistió, precisamente, en la elaboración de una guía de buenas prácticas realizada de forma colaborativa entre profesionales, jóvenes e investigadores para la atención psicosocial de este grupo de edad.

METODOLOGIA

Esta investigación es parte del proyecto "Los malestares emocionales de los adolescentes: estilos de vida, salud mental y estrategias profanas utilizadas en la gestión de la adversidad", iniciado en el año 2009 y fue que financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación y por la Fundación Marató de TV3. Los objetivos principales del citado proyecto fueron:

- 1) El análisis de los determinantes sociales de los malestares de los adolescentes y jóvenes catalanes a partir de la explotación de los datos del PFI (Panel de Famílies i Infància). Este objetivo se desarrolló en la Fase 1 del proyecto y en colaboración con el CIIMU.
- 2) El análisis cualitativo en una submuestra del PFI de las estrategias profanas de afrontar las aflicciones, el tránsito de la adolescencia a la juventud y el fenómeno conocido como "ciclo de evitación" (*cycle of avoidance*) de los dispositivos profesionales de atención por parte de los jóvenes con malestares de tipo depresivo y ansioso. Este objetivo se asociaba con la Fase 2 de la investigación.
- 3) La creación de un modelo de buenas prácticas en la atención psicosocial de este grupo de edad elaborado de forma participativa y colaborativa entre profesionales de la salud mental, jóvenes y los propios investigadores. Este objetivo se desarrolló en la fase final o Fase 3.

Los jóvenes que participaron en la Fase 2 de nuestra investigación fueron reclutados del PFI, un estudio sociológico longitudinal en cuatro oleadas que se inició en 2006 con una muestra representativa de 3004 adolescentes residentes en Cataluña nacidos entre los años 1990 y 1993, ambos incluidos, y que fue incorporando nuevas cohortes cada año [22-24]. El PFI seguía un muestreo polietápico y supuso la selección de 70 centros que impartían ESO en todo el territorio catalán donde se reclutó a los sujetos encuestados. En cada oleada se entrevistó a un progenitor (preferentemente la madres) y a los responsables de los centros académicos en los que los adolescentes cursan sus estudios. En el PFI se recogió información sobre estados de ánimo negativos mediante una escala auto-administrada (años 2007 y 2008) y sobre la existencia de un diagnóstico previo de

LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

depresión/ansiedad (años 2006 y 2010), además de una diversidad de factores sobre consumo de sustancias psicoactivas, sociabilidad, factores económicos, escolares y familiares.

La selección de la submuestra para la Fase 2 se llevó a cabo considerando tres grupos de participantes:

- a) Sujetos con depresión/ansiedad diagnosticada en la 1ª o 4ª oleada del PFI según el relato de sus progenitores (la pregunta incidía sobre si existía un diagnóstico profesional de depresión/ansiedad);
- b) Informantes con malestar auto-percibido de tipo depresivo en las oleadas 2ª y 3ª pero sin diagnóstico de depresión/ansiedad; y
- c) Adolescentes y jóvenes sin diagnóstico ni malestar autopercebido.

La selección se efectuó a través de la técnica *propensity matching score*, obtenida sobre la base de predictores observables mediante un análisis de regresión logística. Se seleccionaron 50 jóvenes para cada uno de los tres grupos (n=150). El número de seleccionados respondió a un criterio de conveniencia, pero el objetivo fue hallar un grupo de personas sin diagnóstico con alto malestar, y comparable con el grupo de personas con diagnóstico en base a características observables. Se identificaron los jóvenes en cada grupo (con diagnóstico, malestar y control) y, descontando la pérdida de muestra, los sujetos finalmente entrevistados fueron 105 (con diagnóstico = 37, malestar = 33 y control = 35) con una proporción de 31% hombres y 69% mujeres y con las características demográficas que se incluyen en la Tabla 1. Se planteó la posibilidad de reclutar ulteriormente más informantes en caso de que no se cumpliesen criterios metodológicos básicos de la investigación cualitativa como la redundancia y la saturación.

Todos los participantes residían en el territorio catalán, incluyendo zonas rurales, y tenían una edad comprendida entre los 17 y los 21 años en el momento de las entrevistas. La pérdida de muestra fue debida a cambio de domicilio, imposibilidad de contacto, o negativa a ser entrevistado. Las características sociodemográficas de los casos finalmente no entrevistados no fueron significativamente diferentes con respecto a las de los informantes entrevistados. Los sujetos que participaron en la Fase 3 se seleccionaron de la muestra de informantes entrevistados en la Fase 2.

LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

Tabla 1: Variables sociodemográficas de la muestra de la Fase 2

		Tipo de diagnóstico						Total
		Diagnosticados		Malestar		Grupo control		
		N	Media	N	Media	N	Media	
Sexo	Hombre	13		9		11		33
	Mujer	24		24		24		72
	Total	37		33		35		105
Edad	17 años	5		3		7		15
	18 años	10		6		5		21
	19 años	12		10		9		31
	20 años	7		9		12		28
	21 años o más	3		5		2		10
Nivel de ingresos familiares	Menos de 18000€	6		5		8		19
	De 18001 a 36000 €	18		13		13		44
	36001€ o más	9		7		5		21
	No recuerda	4		7		8		19
Estructura familiar año 2010	Monoparental	11		7		14		32
	Biparental o reconstituida	17		19		19		55
	No se dispone de información	9		7		2		18
Nivel de BDI	Leve	20		24		30		74
	Medio	8		4		3		15
	Moderado	4		5		2		11
	Severo	5		0		0		5
Nivel de ansiedad Goldberg	No ansiedad	10		9		15		34
	Si ansiedad	27		24		20		71
Nivel de depresión Goldberg	No depresión	8		8		17		33
	Si depresión	29		25		18		72
Manheim. Número total familiares			5,1		4,2		4,9	
Manheim. Número total amigos			8,8		8,2		8,8	

Cuestionarios, instrumentos e investigadores

Los 105 jóvenes fueron entrevistados con un cuestionario semi-estructurado con 38 preguntas (ver Tabla 2) con el objetivo de analizar sus narrativas sobre los malestares, sus estrategias profanas de afrontar la adversidad y su visión del papel de los servicios profesionales de salud y salud mental en la resolución de sus aflicciones. Para esta entrevista se diseñó una viñeta inicial donde un/a joven de 17 años imaginario/a (Juan en castellano/Joan en catalán o María en castellano/Maria en catalán) mostraba síntomas de depresión siguiendo los criterios que establecen manuales al uso como el *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders Version IV-TR* de la *American Psychiatric Association*, más conocido como DSM-IV-TR (APA 2004), pero sin explicitar posibles motivos o causas.

LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

Tabla 2: Entrevista Cualitativa

María/Joan tiene 17 años y las dos últimas semanas se ha sentido mal. Se siente triste y vacío/a, y a veces esta irritable. Le cuesta mucho concentrarse. Ya no siente placer por las cosas que siempre le han gustado y no tiene ganas de comer. Le cuesta mucho dormir por la noche y pasa el día sin energía para hacer las actividades que siempre había hecho.

1. ¿Qué le pasa a María/Joan según tu punto de vista?
2. ¿Qué nombres recibe lo que le pasa?
3. ¿Me puedes decir qué palabras utiliza la gente de la tu edad para hablar de estos estados?
4. ¿Te has encontrado alguna vez en esta situación o en una parecida? En caso de que sí, explícanos. En caso de que no, ¿conoces alguna persona de tu edad que se haya encontrado en esta situación? En caso de que sí, ¿Cómo recuerdas aquella situación? ¿Qué edad tenías?
5. ¿Cuáles podrían ser las causas del malestar de María/Joan?
6. ¿Piensas que las chicas y los chicos sienten malestar por causas diferentes?
7. En caso que te hayas encontrado alguna vez así, ¿Cuál o cuáles han sido las causas?
8. ¿Piensas que el malestar se vive diferente cuando tienes 15 años que cuando tienes 18? ¿Por qué?
9. ¿Cómo reconoces cuando alguien, sea chico o chica, se encuentra en la situación de María/Joan? (gestualidad, cara, actitudes, etc.)
10. ¿Piensas que hay diferencias entre chicos y chicas a la hora de mostrar el malestar? Explícanos.
11. ¿Cómo reconoces cuando eres tú quien se encuentra mal? ¿Qué te pasa? ¿Cómo te sientes? ¿Qué haces? ¿Qué dejas de hacer? ¿Qué tal te funciona?
12. ¿Qué podría hacer María/Joan para encontrarse mejor? (Enumera, ¿qué más?)
13. ¿Cómo se le podría ayudar? (enumera, ¿qué más?, etc.)
14. Si no nombra a ningún profesional de la salud decirle: María/Joan no quiere acudir a ningún profesional de la salud para pedir ayuda, ¿Por qué piensas que no quiere ir?
15. ¿Qué recursos/personas profesionales de la salud conoces? (Enuméralos)
16. ¿Qué piensas de cada uno de estos dispositivos?
17. ¿Cuál/es le recomendarías a María/Joan? ¿Por qué?
18. ¿Algún amigo tuyo ha ido a estos profesionales? (si dice que sí) ¿Cómo lo sabes? ¿Te lo explicó? ¿Cómo le ha ido? (bien, mal, etc.); (si dice que no) ¿Por qué crees que no ha ido?
19. ¿Acudirías tu a alguno de estos profesionales en caso de sentirte como María/Joan? ¿Por qué? ¿Qué esperarías de estos profesionales?
20. Si no acudirías a ninguno de estos profesionales, ¿A qué lugar o a qué (persona, colectivo/institución, etc.) recurrirías? ¿Por qué?
21. Si sí que acudirías a estos profesionales, ¿Recurrirías además a algún otro lugar, o a alguna otra persona/colectivo/institución, etc.? ¿Por qué?
22. ¿Algún familiar tuyo ha ido a estos profesionales? (si dice que sí) ¿Cómo le ha ido?, (si dice que no) ¿Por qué no ha ido?
23. ¿Qué piensa tu familia sobre estos dispositivos profesionales?
24. ¿Qué harías tú si fueras amigo/amiga de María/Joan?
25. ¿Qué podría hacer su familia para ayudarlo/a?
26. ¿Cuáles crees que son las estrategias que utilizas más a menudo para afrontar tus problemas?
27. ¿Cuáles son las que utilizan tus amigas/ tus amigos?
28. ¿Y las que utiliza tu familia?
29. ¿Qué te gustaría que los otros hicieran por ti para ayudarte a sentirte mejor?
30. ¿Pertenece a alguna asociación juvenil, de voluntariado, canto coral, grupo excursionista, asociación religiosa, grupo de baile/danza, asociación de pintores, etc.?
31. Si es sí, ¿A cuál/es? ¿Por qué? ¿Qué te aportan? ¿Cómo te sientes con estos grupos?
32. Si es no, ¿Por qué? ¿Has pertenecido a algún grupo de estos alguna vez?
33. Si es sí, ¿A cuál? ¿Cuándo perteneciste? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Por qué entraste? ¿Cómo te sentías con el grupo? ¿Cuándo lo dejaste? ¿Por qué lo dejaste?
34. ¿Tienes el mismo número de amigos ahora que cuando tenías 15 años? En caso de que haya cambios en el número de amigos/as, ¿A qué crees que son debidos?
35. ¿Crees que ha cambiado tu manera de vivir la amistad?
36. ¿Les cuentas más cosas ahora a los amigos que antes? ¿A qué crees que es debido?
37. ¿Ha cambiado el tipo de cosas que os contáis? Si es que sí, ¿Por qué crees que han cambiado?
38. ¿Han cambiado tus preocupaciones de cuando tenías 15 años a ahora? Si han cambiado: ¿Cuáles eran antes? ¿Cuáles son ahora? ¿A qué crees que se ha debido el cambio?

LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

El entrevistador ni citó ni utilizó previamente la palabra "depresión" o cualquier otra categoría diagnóstica. Las entrevistas se realizaron en castellano o en catalán, de acuerdo con la lengua materna del entrevistado. El género del personaje de la entrevista siempre fue el mismo que el de la persona entrevistada. Todas las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas por los propios entrevistadores, para evitar así posibles confusiones o malinterpretaciones en la transcripción.

Tras la lectura de la viñeta por parte del entrevistador, se iniciaba el cuestionario de aproximadamente una hora de duración donde se preguntaba al informante ¿qué le pasa a Maria/Joan?, y, progresivamente, se focalizaba en la propia experiencia del entrevistado. La guía mencionada sirvió de base para la realización de las entrevistas, pero, en función de las particularidades de cada entrevistado/a, se amplió y se incidió más en ciertos aspectos y temáticas, como el acceso a los recursos profesionales o las experiencias previas con profesionales de la salud mental tanto propias como de amigos/as y familiares. El cuestionario incluyó preguntas consensuadas por el equipo de investigación durante varias sesiones y la asesoría de diversos profesionales de la salud mental (psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería psiquiátrica, etc.) que participaron en el proyecto como investigadores y/o asesores. Al final de cada entrevista, cada entrevistador realizó una valoración cualitativa y reflexiva sobre su experiencia. Adicionalmente se administraron otras escalas e instrumentos; concretamente:

- (1) El inventario de depresión BDI-II (*BECK Depression Inventory II*), con el objetivo de conocer si en el momento de la entrevista los informantes presentaban síntomas de depresión. Se trata de una escala que ha sido ampliamente utilizada en población general [25,26]. En este estudio se aplicó la versión validada para el contexto español. La BDI-II establece una clasificación de depresión leve, media, moderada y severa según la presencia de una serie de síntomas.
- (2) El *screening* de la GHQ (*Goldberg Health Questionary*) para depresión y ansiedad, un instrumento ampliamente utilizado en los estudios poblacionales y que ha sido validado en nuestro contexto [27-29].
- (3) La entrevista Manheim de Soporte Social (*Manheim Interview on Social Support-MISS*), que consiste en una entrevista estructurada que incorpora tanto análisis de redes sociales egocéntricas o egocentradas (dimensión estructural) como percepción de soporte social como el apoyo psicológico cotidiano, el apoyo instrumental cotidiano, el apoyo psicológico en crisis, el apoyo instrumental en crisis, así como una escala final sobre relaciones conflictivas. En este estudio se utilizó la versión validada para el contexto español por Vázquez y Garcia-Boveda [30].
- (4) Finalmente se administró un cuestionario sobre consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales que replicaba y ampliaba con nuevas variables las preguntas realizadas en las diferentes oleadas previas del PFI. Este cuestionario también disponía de una sección cualitativa.

LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

El número de entrevistadores fue de 11, todos ellos investigadores en antropología médica y/o psicología. Previamente se realizaron dos sesiones con todos los investigadores para aunar criterios y coordinar la dinámica de las entrevistas, las cuales se realizaron entre los meses de marzo y octubre de 2011 y a conveniencia de los participantes tras contacto telefónico. Todas las entrevistas fueron hetero-administradas, salvo la parte cuantitativa del cuestionario de drogodependencias, que fue auto-administrada.

Posteriormente se llevaron a cabo cuatro grupos focales – tres de ellos compuestos por jóvenes y uno formado por profesionales de la salud mental – los cuales fueron usados para triangular los resultados obtenidos en las entrevistas. En primer lugar se les preguntó a los jóvenes de los tres grupos focales sobre su percepción del Sistema, los profesionales de la salud y las instituciones en las que éstos trabajan, las posibles causas de evitación, y las recomendaciones que como potenciales usuarios consideran necesarias para superar los obstáculos y barreras detectados.

A continuación se preguntó a los profesionales de la salud sobre las mismas temáticas abordadas en los grupos focales de los adolescentes. Se proporcionó información a los profesionales sobre los resultados obtenidos en dichos grupos focales, de modo que fueran conocedores de las opiniones que los jóvenes manejan sobre el ciclo de evitación, y tuvieran así una base a partir de la cual pudieran generar nuevas aportaciones.

Una vez toda la información recopilada en los cuatro grupos focales fue analizada, se realizó un grupo mixto de discusión, conformado por profesionales de la salud mental y gente joven. Este grupo debatió sobre los principales obstáculos y barreras para el acceso a los servicios de atención profesionales, así como sobre las recomendaciones y propuestas para superar dichos obstáculos. La comunicación horizontal y las relaciones simétricas y de reciprocidad entre gente joven y profesionales de la atención en salud (calidades esenciales de un buen modelo participativo) caracterizaron este grupo de discusión.

El proceso de construcción de la Guía de Buenas Practicas fue cooperativo y participativo, e incluyó el trabajo conjunto de investigadores, gente joven, y profesionales de la salud mental. Los obstáculos percibidos por ambos grupos se recopilaron y debatieron en profundidad en los grupos focales y de discusión, intentando en todo momento detectar, describir y analizar todas las posibles razones de la infra-utilización de los servicios. Durante esta primera etapa de dialogo entre los principales actores emergieron gran cantidad de temas de interés. Muchos de los obstáculos detectados por uno de los grupos no fueron detectados por el otro, pero tampoco estuvieron tan distantes y como inicialmente se podía pensar, puesto que hubo muchos aspectos en los que las opiniones de ambos grupos convergieron completamente. En este punto surgió un análisis crítico interesante en el que tanto el saber profano como el saber experto fueron escuchados, valorados y considerados del mismo modo. Integrando de esta manera los diferentes campos de experiencia de los principales actores; lo cual es otro punto esencial de la investigación-acción participativa [31]. En segundo lugar el proceso de decisión de los modos en que los obstáculos detectados podían ser superados y abordados siguió el mismo proceso interactivo y co-constructivo; analizando y debatiendo

LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

colaborativamente todas las posibles soluciones, así como las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos.

Toda esta información fue recogida y organizada por el equipo de investigación transdisciplinar conformando el primer borrador de la guía de buenas prácticas. Este documento preliminar fue revisado por los profesionales y por la gente joven que participo en los grupos focales y de discusión. Los comentarios, sugerencias y recomendaciones sobre el contenido y la estructura fueron tenidos en cuenta para conformar lo que posteriormente fue le documento final. La coordinación de la guía se desarrolló por un equipo transdisciplinar, compuesto por médicos, trabajadores sociales, psicólogos y antropólogos, todos nosotros especializados en antropología médica. Configurándose pues esta guía como resultado de un esfuerzo participativo, interactivo, y transdisciplinar a tres bandas.

Por último, como paso previo a la publicación de la guía, el documento fue revisado por examinadores externos al equipo de investigación, para verificar, así, la comprensión y las cualidades del material construido. Finalizando de este modo un largo y enriquecedor proceso participativo.

RESULTADOS

La guía de orientaciones para las buenas prácticas en la atención a los problemas psico-emocionales de adolescentes y jóvenes es un material eminentemente práctico y breve que ha sido creado como respuesta a una necesidad detectada: el fenómeno de la infra-utilización de los servicios de salud mental dirigidos a jóvenes, para hacer frente a situaciones de depresión y ansiedad. Estas orientaciones son el resultado de un trabajo colaborativo y de reflexión conjunta efectuado de modo participativo con un equipo de trabajo transdisciplinar; el cual persigue el objetivo específico de alentar la reflexión de los profesionales sirviendo como instrumento de mejora.

En ella se agrupan orientaciones que tienen como horizonte ser una herramienta, dirigida a los profesionales de los servicios de la salud y de educación, para conocer algunas barreras en el acceso y así contribuir a tratar de minimizarlas.

Su vocación es orientadora, aunque no es un manual ni ofrece recetas basadas en evidencias, sino que es una invitación a la reflexividad. En ella se delinea un modo de investigación- participación propia de la salud mental colectiva.

El texto está organizado en diez temas principales detectados durante el trabajo con los profesionales y los jóvenes durante los grupos focales y de discusión: 1) promoción de la salud y la prevención, 2) normalización y desestigmatización, 3) Formación (en adolescencia y salud mental), 4) coordinación y trabajo en red, 5) accesibilidad, 6) planificación y organización, 7) calidad de la comunicación, 8) atención clínica, 9) participación e 10) investigación.

Cada uno de estos diez puntos está compuesto por varias secciones que ayudan al lector a comprender cada temática y la importancia de las mismas, explican los diferentes obstáculos detectados alrededor de cada una de ellas y aporta diversas recomendaciones para superar los citados obstáculos, finalizando cada apartado con una sección en la cual se sugieren algunas preguntas,

LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

interrogantes destinados a promover la autorreflexión como método para indagar sobre el actuar de los dispositivos y sus profesionales y encaminado a la autoevaluación.

No nos es posible en el presente texto explicar en profundidad el contenido completo de la Guía. No obstante, nos gustaría mencionar algunas de las principales líneas que se han trabajado con el fin de dar una idea más concreta al lector sobre los obstáculos encontrados y las medidas recomendadas para subsanarlos y mejorar la utilización de los servicios. A continuación y a modo de ejemplo conciso y completo proporcionamos una tabla en la que figuran los principales temas abordados en la Guía, algunos de los obstáculos detectados en cada una de las temáticas principales, y las recomendaciones propuestas para superar dichas limitaciones:

TEMÁTICAS	OBSTÁCULOS	RECOMENDACIONES
1. Promoción y prevención de la salud.	Ausencia de trabajo colaborativo entre las familias y los servicios de atención a la salud.	Reforzar y promover el trabajo en red entre los servicios de atención a la salud mental, los jóvenes y sus familias.
2. Normalización y Desestigmatización	Fuerte estigma asociado a los malestares mentales.	Realizar una campaña de normalización en los medios de comunicación. Realizar charlas sobre salud mental a los jóvenes, sus familias, y a los profesionales no sanitarios, con la finalidad de romper estereotipos.
3. Formación en adolescencia y salud mental	Tendencia de los adultos a: 1) Problematizar los sucesos típicos de la etapa adolescente. 2) Desvalorizar el saber adolescente sobre su propio malestar.	1) Impartir cursos y formación en cuyo diseño y desarrollo participen los adolescentes, para que así puedan explicar su propia experiencia. 2) Integrar a los adolescentes en el proceso de formación, aprovechando así su propia experiencia y su saber experto.
4. Coordinación y trabajo en red	Falta de atención integral que involucre e incluya a todos los servicios de atención existentes.	Fomentar la coordinación y cohesión entre todos los servicios. Posibilitar la atención integral de la gente joven.
5. Accesibilidad 5.1. Accesibilidad General	1) Los horarios de atención son los mismos que los horarios de las escuelas. 2) Localización centralizada de los servicios. 3) Errores en el proceso de derivación. Los profesionales solo atienden malestares de tipo patológico.	1) Horarios de atención distintos a los horarios de las escuelas. 2) crear pequeños servicios de atención, localizados de forma homogénea por todo el territorio. 3) Atender problemáticas cotidianas relacionadas con las crisis del ciclo vital, no sólo las de tipo patológico.

LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

<p>5.2. Información proactiva sobre los servicios.</p>	<p>Falta de información sobre los servicios, el lugar en que se encuentran, el trabajo que realizan los profesionales, las vías de acceso a los mismos, los requisitos de acceso, el tipo de profesionales que trabajan allí y la labor que desempeñan, las problemáticas que pueden ser tratadas, el tipo de terapias y tratamientos que ofertan.</p>	<p>1) Publicar materiales para difundir dicha información. 2) Crear puntos de información fuera de los servicios de salud, en los cuales los jóvenes puedan preguntar sus dudas sobre los servicios de salud mental y los malestares de esta índole. 3) Usar nuevas tecnologías y crear espacios virtuales atendidos por profesionales de la salud mental donde los jóvenes puedan preguntar sobre sus malestares emocionales.</p>
<p>6. Planificación, organización y programación del servicio. 6.1. Detección de necesidades, planificación y adaptación de los servicios al público adolescente.</p>	<p>1) Temporalidad de las visitas: Visitas demasiado cortas, y demasiado lapso de tiempo entre una visita y la siguiente. 2) Falta de profesionales: no hay psicólogos en centros de atención primaria.</p>	<p>1) Posibilitar una atención temprana para la primera vista, y reducir el lapso de tiempo entre visitas. 2) Poner psicólogos en los centros de atención primaria para facilitar la accesibilidad y contribuir a la normalización de los malestares psico-emocionales.</p>
<p>6.2. Evaluación de la adaptabilidad y la competitividad del centro de atención.</p>	<p>Falta de sistemas de evaluación sobre la satisfacción de los usuarios.</p>	<p>Crear sistemas de evaluación sobre la satisfacción de los usuarios y sus familias, para mejorar así los servicios.</p>
<p>7. Calidad de la comunicación</p>	<p>1) Excesivo uso del argot profesional y falta de uso de un lenguaje más cercano y coloquial. 2) Comunicación Vertical y asimétrica entre los profesionales y los adolescentes.</p>	<p>1) Evitar el argot profesional innecesario para facilitar la comprensión. 2) Comunicación Horizontal para favorecer el vínculo terapéutico.</p>
<p>8. Atención clínica 8.1. Historia clínica</p>	<p>Falta de adaptación de la historia clínica al paciente adolescente.</p>	<p>Adaptar la historia clínica mediante la inclusión de: Estresores psicosociales característicos de esta etapa vital, recoger la narrativa del paciente, recoger datos sobre el contexto, tomar en cuenta los valores, expectativas, experiencias, etc. de los jóvenes.</p>
<p>8.2. Diagnóstico</p>	<p>1) Diagnósticos excesivamente biomédicos, falta de consideración de los factores contextuales.</p>	<p>1) Hacer diagnósticos psicosociales. 2) Valorar el saber lego de los adolescentes sobre su propio malestar.</p>

LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

	2) No se tiene en cuenta la subjetividad del malestar sufrido.	
8.3.Tratamientos	1) Los problemas relacionados con las crisis de esta etapa vital no son tenidas en cuenta. 2) No se ofertan terapias alternativas.	1) Atender problemas relacionados con las crisis evolutivas. 2) Ofrecer terapias alternativas adecuadas al público adolescente.
8.4.Relación profesional-paciente	1)Escucha pasiva por parte de los profesionales 2) Comportamiento distante por parte del profesional.	1) Fomentar la escucha activa de los profesionales. 2) Fomentar un comportamiento más cercano por parte de los profesionales.
9.Participación	Falta de espacios para la participación activa de los pacientes.	Crear canales y medios para incrementar la participación. Promover la participación de los pacientes en sus propios planes de tratamiento.
10.Investigación	Los profesionales están acostumbrados a ver la investigación como algo distante y ajeno a su práctica profesional.	Promover el desarrollo de investigaciones centradas en la mejora de los servicios de atención. Promover la cultura de investigación por medio del reconocimiento de este tipo de labor.

Para leer con mayor detalle las diferentes temáticas trabajadas, y la Guía de orientaciones y buenas prácticas en sí misma, pueden acceder a ella y descargarla de modo gratuito (en castellano, italiano y catalán) en el siguiente enlace: <http://publicacionsurv.cat/lilibres-digitals/antropologia-medica>.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La salud mental de los adolescentes y jóvenes es una prioridad en la mayoría de países de capitalismo avanzado; sin embargo, la inclusión activa de este grupo etario en el diseño de las iniciativas de prevención, promoción y educación en salud mental es todavía infrecuente. La participación social en salud mental adquiere una dimensión histórica, principalmente en el desarrollo de los procesos de reforma psiquiátrica desarrollados desde la década de los setenta en la mayoría de las sociedades europeas, pero su uso contemporáneo se ve limitado, especialmente cuando hablamos de un colectivo como los adolescentes y jóvenes, por la existencia de un *decalage* relevante entre los sistemas expertos y los modelos profanos. Con todo, este exceso de verticalidad puede reducirse con el objetivo de mejorar la organización de los servicios de salud mental y potenciar la alianza

LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

terapéutica o de promoción de la salud con los usuarios o potenciales usuarios. Esta investigación ha guardado como horizonte fundamental este tipo de objetivos.

En el trabajo colaborativo con los jóvenes emergieron diez temas de importancia para mejorar el acceso y la atención de este colectivo. En relación a cada uno de ellos se detectaron los obstáculos más destacados y se plantearon recomendaciones que aparecen en la Tabla 1. Los jóvenes de esta investigación apuntaron recomendaciones que deben y pueden tenerse en consideración. La normalización del uso de los servicios de salud mental a una escala educativa y social más amplia es una necesidad para evitar la estigmatización y, por consiguiente, la evitación de los servicios. Lo mismo podemos decir sobre la demanda de un relación clínica basada en la valoración de la especificidad biográfica (ver al paciente no sólo la categoría diagnóstica) y en el acompañamiento. Cabe destacar otras recomendaciones, como la flexibilidad, al menos en el primer encuentro entre profesional y paciente, para crear una adecuada alianza terapéutica que permita conjurar el miedo a narrar sus aflicciones.

En este marco, nuestra investigación intenta contribuir con nuevas bases y una nueva mirada a las políticas de salud mental y a la adaptación de los dispositivos de atención en nuestro contexto social. La pregunta adecuada no es por qué los adolescentes y jóvenes evitan los servicios profesionales de salud mental, sino quién evita a quién y qué medidas pueden implementarse para la superación de los desencuentros entre profesionales y jóvenes.

La mayor parte de los problemas de salud mental severos y recurrentes aparecen antes de los 25 años de edad y, entre ellos, los del espectro depresivo adquieren un carácter central por sus implicaciones clínicas y sociales (suicidio, desajuste social, cronicidad, consumo de sustancias psicoactivas, trastorno mental severo en la vida adulta, etc) [32]. Las estrategias de tipo preventivo son útiles en este ámbito, pero tanto éstas como la organización de los servicios no se adaptan siempre a las necesidades de esta población, tal como se ha indicado recientemente [33-35]. Este estudio ofrece un conocimiento sobre las percepciones de los jóvenes y permite incidir en modificaciones de las políticas para adaptarlas a estas necesidades.

Una última implicación de nuestra investigación es la utilidad de los estudios cualitativos en el ámbito de estudio de los procesos de evitación de los dispositivos. En la medida en que la obtención de los datos se realiza con el formato de una entrevista dialogada que permite una narración fluida de los problemas de los jóvenes y sus estrategias para resolverlos, ese encuentro mismo se convierte en un estímulo a la reflexión por parte de los entrevistados (y de los entrevistadores) y, en este sentido, en una forma soft, aunque no por ello menos relevante, de prevención en salud mental, así como de estímulo a la participación de los jóvenes en la adecuación de las políticas en salud mental.

LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

BIBLIOGRAFÍA

1. Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, Hoven CW, Carli V, Wasserman C et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013; 54(6):670–677.
2. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49(Suppl):980–989.
3. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety*. 1998; 7:3–14.
4. Zachrisson HD, Rödje K, Mykletun A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health*. 2006; 16:6–34.
5. Essau CA. Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depress Anxiety*. 2005; 22:130–137.
6. Rickwood D, Deane F, Wilson C. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust*. 2007; 187 (Suppl 7):S35–S39.
7. Zwaanswijk M, van der Ende J, Verhaak PF, Bensing JM, Verhulst FC. Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42:692–700.
8. Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry*. 2007; 190:299–306.
9. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010; 10:113
10. Rickwood DJ. Promoting youth mental health: priorities for policy from an Australian perspective. *Early Interv Psychiatry*. 2011; 5(Suppl 1):40–45.
11. Swami V. Mental health literacy of depression: gender differences and attitudinal antecedents in a representative British sample. *PLoS One*. 2012;7(11):e49779.
12. Rickwood D, Deane F, Wilson C, Ciarrochi J. Young people's help-seeking for mental health problems. *AeJAMH*. 2005; 4(3):3–34.
13. Barker G, Olukoya A, Aggleton P. Young people, social support and helpseeking. *Int J Adolesc Med Health*. 2005; 17(4):315–335.
14. Ciarrochi J, Wilson C, Deane F, Rickwood D. Do difficulties with emotions inhibit help-seeking in adolescence? The role of age and emotional competence in predicting help-seeking intentions. *Couns Psychol Q*. 2003;16:103–120.
15. Martínez-Hernández A, Muñoz-García A. Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Primera parte. *Salud Ment*. 2010;33:145–152.

LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

16. Martínez-Hernández A, Muñoz-García A. Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Segunda parte. *Salud Ment.* 2010;33:229–236.
17. Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *Br J Psychiatry.* 2005; 186:297–301.
18. Möller-Leimkühler AM. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord.* 2002; 71:1–9.
19. Vanheusden K, van der Ende J, Mulder CL, van Lenthe FJ, Verhulst FC, Mackenbach JP. The use of mental health services among young adults with emotional and behavioural problems: equal use for equal needs? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008; 43:808–815.
20. Biddle L, Donovan J, Sharp D, Gunnell D. Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociol Health Illn.* 2007, 29:983–1002.
21. Good B. *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective.* Cambridge MA. Cambridge University Press. 1994.
22. Institut d'Infància i Món Urbà. 2012.
23. Julià A, Escapa S, Marí-Klose M, Marí-Klose P. Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativos, grupo de iguales y estilos parentales. *Adicciones.* 2012; 24, 309-318.
24. Martínez-Hernández Á, Marí-Klose M, Julià A, Escapa S, Marí-Klose P, DiGiacomo S. Adolescent daily smoking, negative mood-states and the role of family communication. *Gaceta Sanitaria.* 2012; 26, 421-428. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.030
25. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961; 4, 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
26. Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud.* 2003;14, 249-280.
27. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal.* 1988;297, 897-899.
28. Montón C, Pérez Echevarría MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo, A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria.* 1993; 12, 345-349.
29. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ- 12) en población general española. *Int J Clin Health Psychol.* 2011; 11, 125-139
30. Vázquez AJ, Garcia-Boveda RJ. The Mannheim interview on social support psychometric characteristics of a Spanish version. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 1997;32, 208-214.

LA EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

31. Scandroglio B, López JS. Investigación-acción-participativa con la agrupación latin king en Madrid: potencialidades y límites de una estrategia alternativa al control de los grupos juveniles conflictivos. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. 2010; 5(2):222-255.
32. Birchwood M, Singh SP. Mental health services for young people: matching the service to the need. Br J Psychiatry Suppl 2013; 54:s1-2. doi: 10.1192/bjp.bp.112.119149.
33. Zwaanswijk M, van Dijk CE, Verheij RA. Child and adolescent mental health care in Dutch general practice: time trend analyses. BMC Fam Pract 2011; 12:133. doi: 10.1186/1471-2296-12-133.
34. McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. Br J Psychiatry Suppl 2013; 54:s30-5. doi: 10.1192/bjp.bp.112.119214.
35. Lamb C, Murphy M. The divide between child and adult mental health services: points for debate. Br J Psychiatry Suppl 2013; 54:s41-4. doi: 10.1192/bjp.bp.112.119206.