

## Disparidades en el uso de servicios de salud mental de adolescentes en Chile

### Disparities in the use of mental health services of adolescents in Chile

Marcia Salinas-Contreras<sup>a,b,c,h</sup>, Belén Vargas<sup>a,d,e,h</sup>, Marcelo A. Crockett<sup>d,f,h</sup>, Vania Martínez<sup>c,d,g</sup>

<sup>a</sup>Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

<sup>b</sup>Escuela de Psicología y Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile. Santiago, Chile.

<sup>c</sup>Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Santiago, Chile.

<sup>d</sup>Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay). Santiago, Chile.

<sup>e</sup>Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

<sup>f</sup>Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

<sup>g</sup>Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

<sup>h</sup>Psicólogo/a.

Recibido: 5 de enero de 2023; Aceptado: 28 de junio de 2023

#### ¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

Son pocos los estudios que han explorado las diferencias en el uso de servicios de salud mental a partir de los determinantes sociales de la salud en adolescentes. Algunos estudios han reportado diferencias según género, estado migratorio o estructura familiar.

#### ¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Se examinaron las disparidades en la utilización de servicios de salud mental según factores sociodemográficos en una muestra de adolescentes chilenos. Se encontró una alta brecha de tratamiento y que la utilización de los servicios de salud mental varía según género, edad, estructura familiar, estado migratorio y educación de los padres. Algunas de estas disparidades podrían reflejar desventajas sociales que disminuyen el uso de estos servicios en determinados grupos.

#### Resumen

**Objetivo:** Examinar las disparidades en la utilización de servicios de salud mental (SSM) en adolescentes según factores sociodemográficos. **Sujetos y Método:** Participaron 2.022 adolescentes entre 13 y 19 años, en Santiago, Chile. Entre abril y mayo de 2018 respondieron una encuesta de auto-reporte que evaluó la utilización de SSM durante la vida (historia de tratamiento por depresión) y actual (tratamiento psicológico o farmacológico), variables sociodemográficas y psicopatología correspondientes a síntomas de depresión, síntomas de trastorno de ansiedad generalizada y riesgo de consumo problemático de sustancias. Los datos se analizaron mediante regresión logística. **Re-**

#### Palabras clave:

Adolescentes;  
Utilización de  
Servicios;  
Servicios de Salud  
Mental;  
Determinantes Sociales  
de la Salud;  
Depresión

**sultados:** El 16,5% de los participantes reportó haber utilizado SSM por depresión durante la vida, 9,7% estaba en tratamiento psicológico actual y el 2,7% en tratamiento farmacológico actual. Entre quienes cumplen criterios para algún problema de salud mental, solo entre el 14,9% y el 18,9% estaba en algún tratamiento actual. Reportaron menor uso de SSM por depresión durante la vida los hombres, quienes tienen menor edad, e hijos de migrantes, y menor uso de SSM actuales quienes tienen padres con 9 a 12 años de educación e hijos de migrantes. Los jóvenes que no viven con ambos padres reportaron mayor uso de SSM durante la vida y actuales. **Conclusiones:** Se observa una alta brecha de tratamiento en quienes presentan necesidades de salud mental y diferencias en el uso SSM a partir de variables sociodemográficas. Estos resultados pueden ser útiles para la planificación de intervenciones que favorezcan el acceso y uso de SSM, especialmente en los grupos de adolescentes más desfavorecidos.

## Abstract

**Objective:** To examine disparities in the use of mental health services (MHS) in adolescents according to sociodemographic factors. **Subjects and Method:** 2,022 adolescents aged 13-19 years in Santiago, Chile, participated in the study. Between April and May 2008, they answered a self-report survey that assessed lifetime (history of treatment for depression) and current (psychological or pharmacological treatment) use of MHS, sociodemographic variables, and psychopathology as symptoms of depression, symptoms of generalized anxiety disorder, and risk of problematic substance use. Data were analyzed using logistic regression. **Results:** 16.5% of participants reported lifetime use of MHS due to depression, 9.7% were on current psychological treatment, and 2.7% were on current pharmacological treatment. Among those meeting criteria for a mental health problem, only 14.9% to 18.9% were currently on treatment. Males, younger participants, and those who had immigrants' parents reported lower lifetime use of MHS due to depression. Those with parents with 9 to 12 years of education and who had immigrants' parents reported lower current MHS use. Youth not living with both parents reported higher lifetime and current MHS use. **Conclusions:** We observe a high treatment gap in those with mental health needs as well as differences in MHS use based on socio-demographic variables. These results may be useful for planning interventions that favor access to and use of MHS, especially in the most disadvantaged groups of adolescents.

## Keywords:

Adolescents;  
Services Use;  
Mental Health Services;  
Social Determinants of  
Health;  
Depression

## Introducción

A pesar de que las enfermedades mentales son una de las principales causas de discapacidad<sup>1</sup> y presentan una alta prevalencia entre los adolescentes<sup>2</sup>, son pocos los que utilizan servicios de salud mental (SSM)<sup>3-5</sup>. En Chile se ha reportado que el 41,6% de los niños y adolescentes con algún trastorno mental había acudido a algún tipo de servicio, sin embargo, solo el 19,1% había accedido a SSM formales<sup>6</sup>.

Los SSM corresponden a los servicios destinados a la identificación, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental (PSM) de la población<sup>7</sup>, que pueden ser provistos por servicios de salud, servicios sociales, el sector privado o la sociedad civil, e incluyen los servicios ambulatorios y comunitarios, diurnos, de hospitalización, servicios de autoayuda y no profesionales<sup>8</sup>.

Tradicionalmente se ha investigado la utilización de los SSM desde las barreras de acceso identificables en el entorno, el grupo familiar, los servicios sanitarios y los propios adolescentes. Algunos ejemplos de estas

barreras son el desconocimiento de signos y síntomas de trastornos mentales, el estigma, la fragmentación de los SSM y su baja disponibilidad, junto con su baja pertinencia y adecuación a las necesidades de la población adolescente, así como la falta de información sobre dónde recibir atención<sup>5,9,10b</sup>.

Una perspectiva de análisis menos desarrollada es abordar la utilización de SSM desde el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Los DSS son las circunstancias en las que transcurre la vida de las personas y que son resultado de mecanismos estructurales de la distribución desigual del poder y la estratificación social<sup>11,12</sup>. Los DSS generan y perpetúan inequidades en salud<sup>12,13</sup>, las cuales son entendidas como disparidades evitables, innecesarias e injustas que restan oportunidades a grupos y personas para disfrutar del derecho a la salud y acceder a los cuidados necesarios ante una enfermedad<sup>12</sup>.

De acuerdo con el marco de la Comisión sobre DSS<sup>11</sup> es posible distinguir entre DSS intermediarios y estructurales. Los primeros corresponden a condiciones de vida, factores psicosociales, biológicos y com-

portamentales de las personas, junto a características de los sistemas sanitarios, que afectan los resultados en salud. A su vez, los DSS intermediarios son condicionados por los DSS estructurales, también llamados “las causas de las causas”, donde estaría el origen de las inequidades en salud<sup>11,12</sup>. A modo de ejemplo, son DSS estructurales el contexto socioeconómico y político de un país, y la posición socioeconómica conferida a las personas y grupos en la estructura de una sociedad<sup>14</sup>. El nivel educativo y de ingresos, el género, la estructura familiar, el número de hijos, la situación de discapacidad y la condición migratoria son ejemplos de factores sociodemográficos que dan cuenta de la posición social de una persona y que se utilizan para monitorear inequidades en salud y evaluar programas y servicios de salud bajo la perspectiva de DSS<sup>15</sup>.

Son escasos los estudios que exploran el efecto de los DSS en la utilización de SSM en población adolescente. Estos estudios dan cuenta que adolescentes que pertenecen a minorías étnicas, racializadas o de origen migrante<sup>3,16,17</sup>, o con padres con menos años de educación<sup>3</sup> hacen menor uso de SSM. En cambio, adolescentes de familias que no viven con ambos padres reportan mayor uso de SSM<sup>3,18</sup>. Resultados inconclusos se han encontrado en cuanto al uso de SSM por parte de adolescentes hijos de padres con antecedentes de psicopatología que han experimentado discriminación<sup>19,20</sup>. Respecto al género, se ha descrito menor utilización de los SSM por parte de los hombres<sup>21</sup>, lo cual variaría en el caso de los trastornos externalizantes (ej. trastorno de déficit atencional con hiperactividad) donde las mujeres presentarían menor probabilidad de acceso a tratamiento<sup>4</sup>.

Es importante detectar las posibles diferencias en el uso de los SSM en adolescentes con el propósito de implementar estrategias para mejorar el acceso a estos servicios, especialmente en los grupos más desfavorecidos. Desde el enfoque de DSS, el presente estudio tiene como objetivo examinar las disparidades en la utilización de SSM en adolescentes según algunos factores sociodemográficos que se utilizan para el monitoreo de inequidades en salud. A partir de los antecedentes, se hipotetiza que se observarán diferencias por género, estructura familiar, años de educación de los padres y estatus migratorio.

## Sujetos y Método

### Diseño

Estudio transversal analítico.

### Participantes

Se reclutaron estudiantes de primer a tercer año de enseñanza media (9° a 11° grado) de colegios particula-

res subvencionados de la zona norte de Santiago, Chile. Se utilizó un muestreo por conveniencia y se invitó a participar a los colegios que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: tener estudiantes de ambos sexos, tener al menos dos clases por grado, no tener más del 60% de estudiantes de un solo sexo y tener un psicólogo o consejero escolar. Ocho de los 20 colegios que cumplieron los criterios de inclusión accedieron a participar del estudio. Los datos fueron recolectados en el marco de un estudio de evaluación de una intervención de prevención para la depresión en adolescentes (Programa “Cuida tu ánimo”)<sup>22</sup>.

### Medidas

#### Uso de servicios de salud mental

Se incluyeron tres preguntas sobre la utilización de los servicios de salud mental con un formato de respuesta dicotómico (*no* = 0 y *sí* = 1). Las preguntas incluyeron tratamiento farmacológico actual, tratamiento psicológico actual e historia de tratamiento por depresión durante la vida. Esta última pregunta se incluyó dado el foco en la depresión del estudio primario. Las preguntas sobre tratamiento farmacológico y psicológico actual se combinaron en una nueva variable llamada algún tratamiento de salud mental actual, la que se codificó de la misma forma (*no* = 0 y *sí* = 1).

#### Factores sociodemográficos

En la encuesta se incluyeron preguntas sobre las siguientes características sociodemográficas: género (*mujer* = 0 y *hombre* = 1), edad (transformada en una variable categórica, donde 13-15 años = 0 y 16-19 años = 1), vive con los padres (*ambos padres* = 1, *madre o padre* = 2, *ninguno* = 3), años de educación máxima de alguno de los padres (8 años o menos = 1, entre 9 y 12 años = 2, 13 años o más = 3) e hijo de migrantes (0 = *no* y 1 = *sí*).

#### Psicopatología

Se evaluaron los síntomas depresivos con el Patient Health Questionnaire (PHQ-9)<sup>23</sup> mediante su versión validada para adolescentes chilenos<sup>24</sup>. El instrumento consta de 9 ítems con una escala de respuesta ordinal de 4 puntos (que va de *nada* = 0 a *casi todos los días* = 3). A partir de la suma de los ítems se obtiene una puntuación total, que pueden variar de 0 a 27 puntos. Puntuaciones mayores o iguales a 11 se consideraron como positivas para síntomas moderados a graves de depresión<sup>24</sup>.

Para evaluar síntomas de trastorno de ansiedad generalizada se utilizó el instrumento Generalized Anxiety Disorder-7 ítem scale (GAD-7)<sup>25</sup> en su versión chilena para adolescentes<sup>26</sup>. Es un instrumento de autorre-

porte de 7 ítems con una escala de respuesta ordinal de 4 puntos (que va de *nada* = 0 a *casi todos los días* = 3). Las puntuaciones pueden variar de 0 a 21 puntos. Puntuaciones mayores o iguales a 10 se consideraron como positivas para síntomas moderados a graves de trastorno de ansiedad generalizada<sup>25</sup>.

El riesgo de consumo problemático de sustancias se evaluó mediante el instrumento Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble (CRAFT)<sup>27</sup>. Este instrumento se compone de 6 ítems con un formato de respuesta dicotómica (*sí* = 1 y *no* = 0). Puntuaciones mayores o iguales a 2 indican la presencia de riesgo de consumo problemático de alcohol y/u otras sustancias.

A partir de la suma de las tres variables dicotómicas para síntomas de depresión, síntomas de trastorno de ansiedad generalizada y riesgo de consumo problemático de sustancias, se creó la variable número de PSM, que va de 0 a 3.

### Procedimiento

Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, para luego solicitar la autorización de los directores de cada escuela donde se accedió a la muestra. Se invitó a participar a todos los estudiantes de primer a tercer año de enseñanza media (9° a 11° grado). Antes de participar del estudio los padres o cuidadores dieron su consentimiento informado y los adolescentes su asentimiento o consentimiento (en el caso de mayores de 18 años). Los participantes respondieron la encuesta en formato electrónico en los computadores de su colegio, y contaron con la asistencia y supervisión del equipo de investigación. Los datos fueron recolectados entre abril y mayo de 2018. Los participantes con síntomas graves de depresión (PHQ-9  $\geq$  14) y/o ideación suicida (ítem 9 del PHQ-9  $\geq$  2) fueron derivados a evaluación de salud mental presencial junto a sus padres o cuidadores. La descripción detallada del procedimiento, las variables sociodemográficas y los síntomas de depresión, ansiedad generalizada y riesgo de consumo problemático de sustancias de esta muestra de adolescentes fue reportada previamente por nuestro grupo<sup>28</sup>.

### Análisis

Las variables de estudio se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. También se utilizaron porcentajes para describir el uso de SSM según las variables de psicopatología y para la variable número de PSM. Para examinar las disparidades en el uso de SSM según los factores sociodemográficos se realizaron modelos de regresión logística utilizando las variables de uso de SSM como variables dependientes y los factores sociodemográficos como independientes, los que fueron ingresados simultánea-

mente en cada modelo. En los modelos de regresión logística se incluyó la variable número de PSM con el propósito de controlar por el posible efecto de la psicopatología en el uso de SSM, tal como se ha hecho en otros estudios<sup>3</sup>.

## Resultados

Las frecuencias y porcentajes de las variables en estudio se encuentran en la tabla 1. Como fue reportado previamente<sup>28</sup>, la muestra estuvo conformada por 2.022 adolescentes (49,5% mujeres) entre 13 y 19 años (media 15,2 años). La mayoría de los estudiantes vivía con ambos padres, tenían padres con 12 años de educación o menos y el 9,7% era hijo de padres migrantes. En cuanto a la psicopatología, 35,2% de los participantes cumplió criterios para síntomas moderados a graves de depresión, 25,9%, para síntomas moderados a graves de ansiedad generalizada y 28,2%, para riesgo de consumo problemático de sustancias. Respecto del uso

**Tabla 1. Factores sociodemográficos, psicopatología y uso de servicios de salud mental**

|                                                | n (%)        |
|------------------------------------------------|--------------|
| <i>Factores sociodemográficos</i>              |              |
| Género                                         |              |
| Hombre                                         | 1.020 (50,5) |
| Mujer                                          | 1.002 (49,5) |
| Edad                                           |              |
| 13-15 años                                     | 1.210 (59,9) |
| 16-19 años                                     | 811 (40,1)   |
| Vive con los padres                            |              |
| Ambos padres                                   | 1.129 (55,8) |
| Madre o padre                                  | 808 (40,0)   |
| Ninguno                                        | 85 (4,2)     |
| Años de educación de los padres <sup>1</sup>   |              |
| 8 años o menos                                 | 116 (6,4)    |
| Entre 9 y 12 años                              | 933 (51,6)   |
| 13 años o más                                  | 760 (42,0)   |
| Hijo de migrantes                              | 197 (9,7)    |
| <i>Psicopatología</i>                          |              |
| Síntomas de depresión                          | 712 (35,2)   |
| Síntomas de trastorno de ansiedad generalizada | 523 (25,9)   |
| Riesgo de consumo problemático de sustancias   | 571 (28,2)   |
| <i>Uso de servicios de salud mental</i>        |              |
| Tratamiento por depresión durante la vida      | 334 (16,5)   |
| Tratamiento farmacológico actual               | 54 (2,7)     |
| Tratamiento psicológico actual                 | 196 (9,7)    |
| Algún tratamiento de salud mental actual       | 216 (10,7)   |

<sup>1</sup>n = 1.809 sin valores perdidos.

**Tabla 2. Porcentajes de uso de servicios de salud mental según problemas de salud mental**

|                                                |           | Tratamiento<br>depresión vida<br>% | Tratamiento<br>farmacológico<br>actual % | Tratamiento<br>psicológico<br>actual % | Algún<br>tratamiento<br>actual % |
|------------------------------------------------|-----------|------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| Síntomas de depresión                          | n = 712   | 28,1                               | 4,9                                      | 16,2                                   | 17,8                             |
| Síntomas de trastorno de ansiedad generalizada | n = 523   | 30,0                               | 4,8                                      | 17,0                                   | 18,9                             |
| Riesgo de consumo problemático de sustancias   | n = 571   | 24,2                               | 4,2                                      | 12,8                                   | 14,9                             |
| Número de problemas de salud mental            | n = 2.022 |                                    |                                          |                                        |                                  |
| 0                                              |           | 7,8                                | 1,2                                      | 5,5                                    | 6,0                              |
| 1                                              |           | 18,2                               | 2,8                                      | 9,0                                    | 9,6                              |
| 2                                              |           | 26,9                               | 4,4                                      | 17,5                                   | 18,9                             |
| 3                                              |           | 36,2                               | 6,5                                      | 18,6                                   | 22,1                             |

de SSM, un 16,5% usó SSM por depresión durante la vida y un 10,7% estaba en algún tratamiento de salud mental al momento de la evaluación.

En relación con los porcentajes de uso de SSM entre quienes cumplían criterios para algún PSM (tabla 2), entre el 24,2% y 30% tenían historial de tratamiento por depresión durante la vida, entre el 4,2% y 4,9% estaban en tratamiento farmacológico actual, entre el 12,8% y el 17% en tratamiento psicológico actual y entre el 14,9% y el 18,9% en algún tratamiento actual (tratamiento farmacológico y/o psicológico). También se observa que a mayor número de PSM aumenta el porcentaje de personas que usan SSM.

Respecto a las disparidades en el uso de SSM según las variables sociodemográficas, ajustando por número de PSM (tabla 3), se observó un menor tratamiento por depresión durante la vida en hombres, en adolescentes entre 13-15 años y en hijos de migrantes ( $p \leq 0,018$ ). En cambio, se observó un mayor

uso de SSM por depresión durante la vida en jóvenes que viven con solo uno de sus padres o con ninguno de los dos, respecto a quienes viven con ambos ( $p < 0,001$ ).

En cuanto al tratamiento farmacológico actual, quienes viven con solo uno de sus padres reportaron en mayor medida estar en tratamiento farmacológico actual respecto a quienes viven con ambos ( $p = 0,049$ ). No se observaron diferencias estadísticamente significativas según género, edad, años de educación de los padres y ser hijo de migrantes ( $p \geq 0,091$ ).

Respecto al tratamiento psicológico actual y algún tratamiento actual (psicológico y/o farmacológico), se observó un menor uso de SSM en adolescentes hijos de migrantes, y entre quienes tienen padres con 9 a 12 años de educación, respecto a quienes tienen padres con más de 12 años de educación ( $p \leq 0,019$ ). En cambio, se observó que los adolescentes que viven solo con su padre o madre, o ninguno de los dos, respecto

**Tabla 3. Factores sociodemográficos asociados al uso de servicios de salud mental ajustado por número de problemas de salud mental**

|                                                | Trat. depresión<br>vida<br>OR (IC 95%) | Trat. farmacológico<br>actual<br>OR (IC 95%) | Trat. psicológico<br>actual<br>OR (IC 95%) | Algún tratamiento<br>actual<br>OR (IC 95%) |
|------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Hombre (ref = mujer)                           | 0,67 (0,51-0,87)**                     | 1,35 (0,74-2,46)                             | 0,74 (0,53-1,03)                           | 0,80 (0,58-1,11)                           |
| Edad 13-15 años (ref = 16-19 años)             | 0,73 (0,57-0,95)*                      | 0,78 (0,44-1,40)                             | 1,07 (0,77-1,48)                           | 1,08 (0,79-1,48)                           |
| Vive con los padres (ref = ambos padres)       |                                        |                                              |                                            |                                            |
| Madre o padre                                  | 1,69 (1,29-2,20)***                    | 1,84 (1,00-3,39)*                            | 1,62 (1,16-2,25)**                         | 1,78 (1,30-2,45)***                        |
| Ninguno                                        | 3,63 (2,11-6,24)***                    | 2,64 (0,86-8,15)                             | 2,74 (1,44-5,24)**                         | 2,80 (1,49-5,28)**                         |
| Años de educación de los padres (ref = > 12 a) |                                        |                                              |                                            |                                            |
| 8 años o menos                                 | 1,23 (0,75-2,01)                       | 0,76 (0,22-2,62)                             | 0,90 (0,49-1,68)                           | 0,89 (0,49-1,63)                           |
| Entre 9 y 12 años                              | 0,82 (0,63-1,07)                       | 0,76 (0,42-1,38)                             | 0,66 (0,47-0,92)*                          | 0,68 (0,50-0,94)*                          |
| Hijo de migrantes (ref = no)                   | 0,47 (0,27-0,83)**                     | 0,47 (0,11-1,97)                             | 0,33 (0,14-0,77)*                          | 0,35 (0,16-0,76)**                         |

Nota. OR = Odds Ratio. IC 95% = Intervalos de confianza al 95%. Ref = categoría de referencia. \*\*\* $p < 0,001$ , \*\* $p < 0,01$ , \* $p < 0,05$ .



a quienes viven con ambos padres, reportaron más estar en tratamiento psicológico o en algún tratamiento actual ( $p \leq 0,004$ ).

## Discusión

Los resultados dan cuenta de una importante brecha de tratamiento en adolescentes que presentan PSM, así como la presencia de disparidades en el uso de SSM según los factores sociodemográficos examinados. En particular, se observó un menor reporte de tratamiento por depresión durante la vida en hombres, quienes tienen menor edad, e hijos de migrantes; en cambio, se observó un menor uso de SSM actual en jóvenes que tienen padres con 9 a 12 años de educación e hijos de migrantes; y un mayor uso de SSM durante la vida y actuales en jóvenes que no viven con ambos padres. En general, estos resultados dan cuenta que el uso de SSM no se distribuye de forma equitativa entre los adolescentes lo que podría reflejar mayores desventajas en el uso de SSM para determinados grupos.

En este estudio se observó una alta brecha de tratamiento, ya que cerca del 80% de los adolescentes que cumplen criterios para algún PSM no está en tratamiento de salud mental actual. Un estudio epidemiológico en Estados Unidos reportó que, dentro de quienes tenían un trastorno de salud mental, el 77,2% no había acudido a SSM<sup>3</sup>. En Chile, hace una década se reportó que el 80,9% de los niños y adolescentes que tenían algún trastorno mental no había acudido a un SSM formal<sup>6</sup>. Si bien existen diferencias en los métodos empleados para medir la psicopatología (instrumentos de cribado versus entrevistas diagnósticas) y en el número de trastornos incluidos en cada estudio, se observan resultados similares.

Los resultados también muestran disparidades en el uso de SSM según los factores sociodemográficos estudiados, luego de controlar por el efecto de los PSM. Por una parte, los adolescentes provenientes de familias migrantes reportaron un menor uso de SSM, pese a que se ha descrito como un grupo en mayor riesgo de desarrollar trastornos de salud mental<sup>16</sup>. Respecto a la estructura familiar, en concordancia con otros estudios<sup>3,18</sup>, los adolescentes que no viven con ambos padres son quienes más usan SSM, lo cual podría ser un reflejo del impacto de los estresores familiares en la mayor necesidad de atención de los jóvenes<sup>18</sup>. En cuanto al nivel educativo de los padres, los adolescentes hijos de padres con 9 a 12 años de educación (educación media completa e incompleta) reportaron estar en menor medida en tratamiento psicológico actual en comparación a hijos de padres con más de 12 años de educación. Considerando que los años de educación son atributos que suelen utilizarse en la generación de

estratificación social<sup>15</sup>, este grupo podría representar a un estrato social específico (habitualmente denominado "clase media") el cual podría estar afectado por barreras de acceso a los SSM diferentes a las de otros grupos. Algunas de estas barreras podrían ser la dificultad en acceder a SSM públicos y el costo económico de los servicios privados, ya que este podría ser un grupo no priorizado por programas sociales o que tampoco cuenta con los recursos suficientes para costear SSM privados.

En la literatura se ha observado que la utilización de SSM por parte de adolescentes presenta variaciones en cuanto al género y al tipo de trastorno<sup>4</sup>, donde en general, los hombres buscan menos ayuda profesional en salud mental, lo que podría estar arraigado en las expectativas culturales asociadas a la masculinidad<sup>21</sup>. La evidencia del presente estudio, en parte, está en línea con lo reportado en la literatura en cuanto a que los hombres consultan menos que las mujeres por depresión durante la vida. Sin embargo, no se observaron diferencias de género en el uso de SSM actual luego de controlar por la psicopatología actual y los demás factores sociodemográficos. Una posible explicación a esto es que existen otros factores sociodemográficos más importantes que dan cuenta de las diferencias en el uso de SSM en este grupo en específico, como la estructura familiar, la educación de los padres y el estatus migratorio de los adolescentes.

Estos hallazgos informan que las variables sociodemográficas como el nivel de educación de los padres, la estructura familiar, el género y la condición migratoria son variables útiles para evaluar y monitorear las disparidades en salud<sup>15</sup>. El uso de SSM no es homogéneo entre los adolescentes y hay grupos más desfavorecidos socialmente que están en mayor desventaja de utilizarlos, incluso luego de controlar por la presencia de PSM en esta población. Estos factores, que son usados tradicionalmente en el monitoreo de inequidades en salud, pueden reflejar el impacto de los DSS en diferentes resultados de salud, como es el uso de SSM.

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, su diseño transversal, el cual no permite establecer relaciones causales entre las variables. Por otro lado, la muestra corresponde a adolescentes de colegios subvencionados de la zona norte de Santiago, Chile, los que cuentan con estudiantes principalmente de niveles socioeconómicos bajo y medio, por lo que los datos podrían no ser representativos de otros contextos, por ejemplo, estudiantes de otras regiones, zonas rurales o nivel socioeconómico alto. Otras limitaciones son que los datos provienen de un estudio primario en que solo se consultó a los participantes por antecedentes de tratamiento de depresión y no de otros PSM y que se usó cuestionarios de autorreporte para evaluar los PSM actuales y no una entrevista diagnóstica. Además,

no se diferenciaron los tipos de SSM utilizados por los jóvenes (por ejemplo, públicos o privados).

A pesar de las limitaciones descritas, este estudio constituye un aporte al conocimiento de las disparidades en el uso de los SSM por parte de adolescentes chilenos, considerando la escasa evidencia que explora el efecto de DSS estructurales en la utilización de SSM en población adolescente y contribuye a dar cuenta de la brecha de tratamiento de PSM comunes en esta población. A partir de los resultados, se recomienda en futuras investigaciones explorar disparidades a partir de otros DSS o variables que pudieran influir en el acceso a los SSM en este grupo etario como, por ejemplo, etnia, orientación sexual, identidad de género, ruralidad y en otras poblaciones que pudieran tener mayor desventaja en el acceso y uso de SSM. De igual forma, se requiere avanzar en el uso de una perspectiva interseccional<sup>29</sup> que permita analizar en conjunto estos y otros factores sociodemográficos y DSS, y su efecto en las disparidades en el acceso y uso de SSM. Además de detectar las disparidades en el uso de SSM, es importante profundizar en los posibles mecanismos o barreras que explican estas disparidades y que pudieran ser específicos a cada grupo y contexto (por ejemplo, distancia con los servicios, disponibilidad de horas de atención, estigma hacia la salud mental, reconocimiento de síntomas, entre otros), con el propósito de abordarlas de forma oportuna.

## Responsabilidades Éticas

**Protección de personas y animales:** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos:** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado:** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a los adolescentes y el personal de las escuelas participantes por su contribución a este proyecto.

## Financiamiento

Este estudio recibió el apoyo de ANID, Fondecyt N°1161696 y ANID – Programa Iniciativa Científica Milenio – NCS2021\_081 y ICS13\_005. MS-C recibe financiamiento de ANID/PFCHA/DOCTORADO NACIONAL/2022\_21220351. BV recibe financiamiento de ANID/PFCHA/DOCTORADO NACIONAL/2021\_21212114. MAC recibe financiamiento de ANID/PFCHA/DOCTORADO NACIONAL/2019\_21190859. Las fuentes de financiamiento no influyeron en el diseño del estudio, la recolección, análisis e interpretación de los datos, y redacción de este reporte.

## Referencias

- Vos T, Lim SS, Abbafati C, et al. Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and Territories, 1990-2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396:1204-22. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
- Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental Health of Young People: A Global Public-Health Challenge. *Lancet*. 2007;369:1302-1313. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60368-7.
- Costello EJ, He J, Sampson NA, Kessler RC, Merikangas KR. Services for Adolescents With Psychiatric Disorders: 12-Month Data From the National Comorbidity Survey-Adolescent.
- Psychiatr Serv. 2014;65:359-66. doi: 10.1176/appi.ps.201100518.
- Merikangas KR, He J, Burstein M, et al. Service Utilization for Lifetime Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:32-45. doi: 10.1016/j.jaac.2010.10.006.
- 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;6:34. doi: 10.1186/1471-2458-6-34.
- Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, et al. Prevalence of Child and Adolescent Mental Disorders in Chile: A Community Epidemiological Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53:1026-35. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x.
- George LK. Definition, Classification, and Measurement of Mental Health Services. *Future Ment Health Serv Res*. Washington: Department of Health and Human Services; 1989. p. 303-24.
- Johnson S, Kuhlmann R, EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS): Development of an Instrument for the Description and Classification of Mental Health Services. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:14-23. Cited in: : PMID: 11129094.
- Zwaanswijk M, Van Der Ende J, Verhaak PFM, Bensing JM, Verhulst FC. The Different Stages and Actors Involved in the Process Leading to the Use of

- Adolescent Mental Health Services. Clin Child Psychol Psychiatry. 2007;12:567-82. doi: 10.1177/1359104507080985.
10. Yang KG, Rodgers CRR, Lee E, Lê Cook B. Disparities in Mental Health Care Utilization and Perceived Need Among Asian Americans: 2012-2016. Psychiatr Serv. 2020;71:21-7. doi: 10.1176/appi.ps.201900126.
  11. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010.
  12. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Lancet. 2008;372:1661-9. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61690-6.
  13. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, et al. Social Determinants of Mental Disorders and the Sustainable Development Goals: A Systematic Review of Reviews. Lancet Psychiatry. 2018;5:357-69. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30060-9.
  14. Organización Panamericana de la Salud. El Enfoque Innov8 para Examinar los Programas Nacionales de Salud para que Nadie Se quede Atrás. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud; 2016.
  15. Galobardes B. Indicators of Socioeconomic Position (Part 1). J Epidemiol Community Health. 2006;60:7-12. doi: 10.1136/jech.2004.023531.
  16. Georgiades K, Paksarian D, Rudolph KE, Merikangas KR. Prevalence of Mental Disorder and Service Use by Immigrant Generation and Race/Ethnicity Among U.S. Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2018;57:280-7.e2. doi: 10.1016/j.jaac.2018.01.020.
  17. Mennies RJ, Birk SL, Norris LA, Olino TM. The Main and Interactive Associations between Demographic Factors and Psychopathology and Treatment Utilization in Youth: A Test of Intersectionality in the ABCD Study. Res Child Adolesc Psychopathol. 2021;49:5-17. doi: 10.1007/s10802-020-00687-8.
  18. Gaskin DJ, Kouzis A, Richard P. Children's and Adolescents' Use of Mental Health Care Is a Family Matter. Med Care Res Rev. 2008;65:748-62. doi: 10.1177/1077558708320988.
  19. Logan DE, King CA. Parental Facilitation of Adolescent Mental Health Service Utilization: A Conceptual and Empirical Review. Clin Psychol Sci Pract. 2001;8:319-33. doi: 10.1093/clipsy.8.3.319.
  20. Plass-Christl A, Klasen F, Otto C, et al. Mental Health Care Use in Children of Parents with Mental Health Problems: Results of the BELLA Study. Child Psychiatry Hum Dev. 2017;48:983-92. doi: 10.1007/s10578-017-0721-4.
  21. Rice SM, Purcell R, McGorry PD. Adolescent and Young Adult Male Mental Health: Transforming System Failures Into Proactive Models of Engagement. J Adolesc Health. 2018;62:S9-S17. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.07.024.
  22. Martínez V, Espinosa-Duque D, Jiménez-Molina Á, et al. Feasibility and Acceptability of "Cuida tu Ánimo" (Take Care of Your Mood): An Internet-Based Program for Prevention and Early Intervention of Adolescent Depression in Chile and Colombia. Int J Environ Res Public Health. 2021;18:9628. doi: 10.3390/ijerph18189628.
  23. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire for Adolescents. J Adolesc Health. 2002;30:196-204. doi: 10.1016/S1054-139X(01)00333-0.
  24. Borghero F, Martínez V, Zitko P, Vöhringer PA, Cavada G, Rojas G. Tamizaje de Episodio Depresivo en Adolescentes. Validación del Instrumento PHQ-9. Rev Médica Chile. 2018;146:479-86. doi: 10.4067/s0034-98872018000400479.
  25. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166:1092. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
  26. Crockett MA, Martínez V, Ordóñez-Carrasco JL. Propiedades Psicométricas de la Escala Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) en una Muestra Comunitaria de Adolescentes en Chile. Rev Médica Chile. 2022;150:458-64. doi: 10.4067/S0034-98872022000400458.
  27. Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer HJ. A New Brief Screen for Adolescent Substance Abuse. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999;153. doi: 10.1001/archpedi.153.6.591.
  28. Crockett MA, Martínez V. Depresión, ansiedad generalizada y riesgo de consumo problemático de sustancias en estudiantes secundarios. Andes Pediatr. 2023;94:161. doi: 10.32641/andespediatr.v94i2.4376.
  29. Bowleg L. The Problem with the Phrase Women and Minorities: Intersectionality-an Important Theoretical Framework for Public Health. Am J Public Health. 2012;102:1267-73. doi: 10.2105/AJPH.2012.300750.