



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
Programa de Doctorado en Salud Mental**

**TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL USO DEL
TEST MENTAL HEALTH & HIGH SCHOOL CURRICULUM GUIDE (TMHHSCG)
TEST DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DE
ENSEÑANZA MEDIA DIURNA Y ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
(TMHHSCG-CL).**

Tesis presentada a la Facultad de Medicina para optar al Grado académico de
Doctora en Salud Mental

POR: XIMENA CECILIA MACAYA SANDOVAL

Profesor Guía: Benjamín Vicente Parada
Universidad de Concepción

Profesora Co-Guía: Yifeng Wei
Universidad de Dalhousie

Marzo de 2021
Concepción, Chile

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento



DEDICATORIA



Dedicada a Dios por hacer de mi vida un milagro y llenar de bendiciones mi camino, darme la fortaleza desde que inicie este nuevo desafío;

Dedicada a mis hijas por su amor y apoyo y dedicarme gran parte de su tiempo durante mis estudios, son mi inspiración y el reflejo de Dios en mi vida,

A mis hermanas por esas tardes familiares de risas y relajo y sentir orgullo con mis logros como si fueran suyos

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad de Concepción, a Dirección de Postgrado, al programa de Doctorado en Salud Mental por conceder gran parte de las becas para cursar estudios de doctorado y pasantía en la Universidad de Dalhousie y por el apoyo económico para la asistencia a eventos de difusión en el extranjero.

Al Sindicato 3 a su presidente y directiva por ser parte de este apoyo económico y gestionar solicitud para obtener parte de estas becas.

Gracias a mi profesor Guía Dr. Benjamín Vicente, por confiar en mi desde que postule al Doctorado, por darme la libertad de investigar para aprender sin obstáculos.

Gracias a la Dra. Yifeng Wei por compartir sus conocimientos en Alfabetización en Salud Mental y apoyarme en todo el proceso de investigación.

Gracias al Dr. Claudio Bustos por su paciencia y apoyo en un área compleja como es la estadística.

Agradecer a Paola y Luis por su apoyo y amabilidad en estos años de estudio.

Gracias a mis compañeros del Doctorado en especial por esas tardes de conversación y relajo celebrando cumpleaños.

Tabla de Contenidos

INDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN.	x
PARTE I	16
1.MARCO TEÓRICO.....	16
1.1.- Epidemiología de la enfermedad mental en adolescentes** y jóvenes**	16
1.2 Salud mental en estudiantes universitarios.....	19
1.3.-Alfabetización en salud.....	21
1.4 Conceptos relacionados con la alfabetización en salud.....	22
1.5. Alfabetización en salud mental	23
1.5.1. Concepto de alfabetización en salud mental; evolución y desarrollo.....	23
1.5.2. Dimensiones de la alfabetización en salud mental	25
1.5.3. Alfabetización en salud mental en adolescentes escolarizados y jóvenes universitarios.	35
1.5.4. Programas de intervención de alfabetización en salud mental en la educación formal.	40
1.5.5. Instrumentos de medición para la alfabetización en salud mental	45
1.5.6. Guía curricular de salud mental para educación secundaria (The Guide) e instrumento Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHHSCG)	54
Kutcher, Wei and Szumilas (151).....	56
PARTE II	61
2. Formulación del Problema.....	61
2.1. HIPÓTESIS.....	64
2.2. OBJETIVOS	65
2.2.1. Objetivo General	65
2.2.2 Objetivos específicos.....	65
PARTE III.....	66
3. MATERIAL y METODO	66
3.1 Diseño del estudio	66

3.2 Población	66
3.2.1 Muestra	66
3.3-. Instrumentos	68
3.4 Procedimiento	74
3.5 Análisis de Datos	77
3.6 Aspectos éticos	84
PARTE IV.....	85
4. RESULTADOS.....	85
4.1 Análisis descriptivo.	85
4.2. Análisis factorial confirmatorio de unidimensionalidad	92
4.3. Análisis factorial exploratorio (AFE).....	93
4.4. Análisis de correlación entre secciones del TMHHSCG-CL	99
4.5. Análisis de correlación entre las secciones del TMHHSCG-CL y las cinco escalas que conforman la validez de constructo y de criterio	102
4.6. Análisis descriptivos Muestra secundarios y Universitarios	106
4.7 Análisis factorial confirmatorio.....	111
4.8. Análisis de Invarianza	115
4.8.1 Análisis de Invarianza de Configuración	115
4.8.2 Análisis de Niveles de Invarianza del TMHHSCG-CL	118
4.9 Estándares consensuados para la selección de instrumentos de salud (COSMIN) ...	122
PARTE V	123
5. DISCUSIÓN	123
5.1 Dimensión estructural del TMHHSCG-CL.....	124
5.2. Confirmación de la estructura factorial del TMHHSCG-CL en adolescentes escolarizados y jóvenes universitarios.....	132
5.3 Perfil de Alfabetización en Salud Mental en ambas muestras	134
5.4. Similitud de la estructura factorial del TMHHSCG-CL en ambas muestras.	137
5.5 Limitaciones	139
5.6. Fortalezas.....	140
PARTE VI.....	141

6.1 Conclusiones	141
6.2. Proyecciones	143
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	144



INDICE DE TABLAS

Tabla.1 Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHHSCG).....	71
Tabla. 2 Síntesis de Instrumentos	73
Tabla.5 Prueba de comparación de medias y Desviación Estándar entre pilotos por ítem	86
Tabla.6 Prueba de comparación de medias y Desviación Estándar entre pilotos por ítem	88
Tabla.7 Prueba de comparación de medias y Desviación Estándar entre pilotos por ítem	89
Tabla.8 Prueba de comparación de medias y Desviación Estándar entre pilotos por ítem	90
Tabla.9 Prueba de comparación de medias y Desviación Estándar entre pilotos por ítem	91
Tabla.10 Indicadores de ajuste para el Modelo Unidimensional según Análisis Factorial Confirmatorio.....	92
Tabla.11 Estructura Factorial de la Sección A	93
Tabla.12 Estructura Factorial de la Sección B.....	95
Tabla.13 Estructura Factorial de la Sección C.....	96
Tabla.14 Estructura Factorial de la Sección D	97
Tabla.15	98
Estructura Factorial de la Sección E.....	98
Tabla.16	99
Estructura final del TMHHSCG-CL.....	99
Tabla 17.	101
Análisis de correlación entre secciones del TMHHSCG-CL	101
Tabla 18. Análisis de correlación entre las secciones del TMHHSCG-CL y las cinco escalas que conforman la validez de constructo y de criterio	105
Tabla.19	106
Diferencias en Medias y Desviación estándar sección A, entre secundarios y universitarios	106
Tabla.20	107
Diferencias en Medias y Desviación estándar sección B entre secundarios y universitarios.	107
Tabla. 21	108
Diferencias en Medias y Desviación estándar sección C entre secundarios y universitarios.	108

Tabla. 22.	109
Diferencias en Medias y Desviación estándar sección D entre secundarios y universitarios.	109
Tabla.23	110
Diferencias en Medias y Desviación estándar sección B entre secundarios y universitarios.	110
Tabla.24	111
Indicadores de ajuste Universitarios	111
Tabla.25	111
Indicadores de ajuste secundarios.....	111
Tabla.26	114
Índice de modificación por muestra AFC.....	114
Tabla.27	114
Índice de modificación por muestra AFC.....	114
Tabla.28	115
Prueba Estadística para cada grupo	115
Tabla. 29 Solución Estandarizada sección A en ambas muestras.....	115
Tabla.30	116
Solución Estandarizada sección B en ambas muestras	116
Tabla.31	116
Solución Estandarizada sección C en ambas muestras	116
Tabla 32	117
Solución Estandarizada sección D.....	117
Tabla 33	117
Solución Estandarizada E	117
Tabla. 34 Análisis de Niveles de Invarianza del TMHHSCG-CL.....	119
Tabla.35 Diferencias en CFI y X^2 en Niveles de Invarianza.....	120
Tabla. 36 Lista de verificación de riesgo de sesgo de COSMIN.....	122

INDICE DE FIGURAS

Figura.1 Modelo Conceptual de Búsqueda de ayuda en estudiantes universitarios.....	39
Figura. 2 School-Based Integrated Pathway to Care Model.....	57
Figura.3 Residuos promedios por ítem en universitarios.....	114
Figura.4 Residuos promedios por ítem en secundarios.....	114



RESUMEN.

La Alfabetización en Salud Mental (ASM) se define como el conocimiento y las creencias sobre los trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo y prevención. Según la evidencia la falta de conocimiento y las preocupaciones sobre el estigma en los jóvenes, afectan su disposición a buscar ayuda profesional disponible en los centros de salud. Las intervenciones de ASM han recibido una atención cada vez mayor como estrategia para promover la salud mental positiva, mejorar la identificación temprana de los trastornos mentales, reducir el estigma y mejorar las conductas de búsqueda de ayuda. Para evaluar estas intervenciones se requiere un instrumento válido y confiable.

En Chile, no hay investigaciones en ASM, tampoco existe un instrumento validado para medir este constructo, de ahí la motivación y el propósito de realizar esta investigación.

El objetivo de esta investigación fue traducir, adaptar y validar el instrumento canadiense, Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHHSCG), Test de ASM al contexto cultural nacional en estudiantes de enseñanza media diurna y estudiantes universitarios.

La metodología de trabajo fue realizada a través de un diseño de tipo instrumental en una muestra total de 872 estudiantes secundarios y universitarios. En una primera etapa se llevó a cabo el proceso de Traducción, retro- traducción, evaluación de jueces expertos y entrevista cognitiva. En una segunda y tercera etapa se realizaron los análisis factorial exploratorio (AFE), confirmatorio (AFC) y el análisis de invarianza de medición (IM).

Para evaluar la estructura factorial, se realizó un AFE sobre la primera muestra, N=438 (estudiantes secundarios), este presentó 2 factores en 4 secciones del TMHHSCG-CL excepto la sección E (un factor). Cada sección presenta confiabilidad $> 0,7$, menos la sección D. Se encontraron relaciones significativas entre las 5 escalas y las secciones del TMHHSCG-CL. Esta solución se probó mediante un análisis confirmatorio realizado sobre la segunda muestra N=434 (estudiantes universitarios). Finalmente se realizó un análisis de invarianza este procedimiento implicó comparar modelos de manera progresiva mostrando una buena invarianza factorial en todas las secciones del TMHHSCG-CL

Se concluye que se adaptó un instrumento que incorpora todos los componentes de la ASM, siendo el primero en Chile y en América Latina. Presenta niveles adecuados de confiabilidad y muestra validez convergente y divergente en términos de correlaciones obtenidas por diferentes métodos y la invarianza factorial confirma la posibilidad de su empleo en ambas muestras.



ABSTRACT

Mental Health Literacy (MHL) is defined as the knowledge and beliefs about mental disorders that help their recognition, management and prevention. According to the evidence, the lack of knowledge and concerns about stigma in young people affect their willingness to seek professional help available in health centers. ASM interventions have received increasing attention as a strategy to promote positive mental health, improve early identification of mental disorders, reduce stigma, and improve help-seeking behaviors. To evaluate these interventions a valid and reliable instrument is required.

In Chile, there is no research on MHL, nor is there a validated instrument to measure this construct, hence the motivation and purpose of conducting this research.

The objective of this research was to translate, adapt and validate the Canadian instrument, Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHHSCG), MHL Test to the national cultural context in daytime high school students and university students.

The work methodology was carried out through an instrumental type design in a total sample of 872 high school and university students. In a first stage, the process of Translation, back-translation, evaluation of expert judges and cognitive interview was carried out. In a second and third stage, the exploratory factor analysis (EFA), confirmatory (CFA) and measurement invariance analysis (MI) were performed.

To evaluate the factorial structure, an EFA was performed on the first sample, N = 438 (secondary students), this presented 2 factors in 4 sections of the TMHHSCG-CL except section E (one factor). Each section presents reliability > 0.7, except for section D. Significant relationships were found between the 5 scales and the TMHHSCG-CL sections. This solution was tested by means of a confirmatory analysis carried out on the second sample N = 434 (university students). Finally, an invariance analysis was performed, this procedure implied comparing models progressively showing good factorial invariance in all sections of the TMHHSCG-CL.

It is concluded that an instrument was adapted that incorporates all the components of the MHL, being the first in Chile and in Latin America. It presents adequate levels of reliability and shows convergent and divergent validity in terms of correlations obtained by different methods and the factorial invariance confirms the possibility of its use in both samples.



PARTE I

1.MARCO TEÓRICO

1.1.- Epidemiología de la enfermedad mental en adolescentes** y jóvenes**

La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se superponen entre sí: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años (1-2)). La Convención de los Derechos del Niño, limitan la niñez hasta los 12 años y a la adolescencia hasta los 18 años. La Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes sitúa la juventud entre los 18 y 24 años (3).

En tanto adolescentes y jóvenes los aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo, debido en algunos casos a la incidencia de momentos de estrés (1). De ahí que, es importante mencionar que cada uno de estos responde a las situaciones de la vida de una forma personal y única, por influencia de los diferentes factores de riesgo y protección presentes en su contexto más cercano.

En Chile, el estudio realizado por Vicente et al. (4) muestra que más de un tercio de la población infanto - juvenil presenta algún trastorno psiquiátrico en un período de 12 meses. La prevalencia total para cualquier trastorno psiquiátrico considerando discapacidad psicosocial fue de 22,5% (5). En comparación con otros estudios latinoamericanos las prevalencias en Chile pueden considerarse altas. La presencia de patología se asocia a la disfunción familiar, al antecedente de psicopatología en la familia y no vivir con ambos padres, y la comorbilidad es un hallazgo en más de 25% de los casos. La mayoría de los niños y adolescentes con diagnóstico no reciben atención y hay una brecha asistencial de 66,6% para cualquier tipo de trastorno que aumenta al 85% al considerar sólo el sistema sanitario formal (4).

** Sobre la terminología: En este artículo, cuando se hace mención a él o los adolescentes(s) o joven(es), se alude a personas de ambos sexos de 11 a 19 años y 15 a 24 años respectivamente.

Según estudio de prevalencia en estudiantes de enseñanza media (educación secundaria) de la ciudad de Concepción (Chile) un 32,6% de los adolescentes presentaba síntomas depresivos y un 42,3%, síntomas ansiosos (6). Una de las mayores preocupaciones sobre la depresión adolescente es su relación con el suicidio (7). Existe evidencia que sugiere que existe una tendencia descendente en la edad de inicio de la depresión y que, contrariamente a lo que se pensaba anteriormente, la depresión adolescente eleva el riesgo de dificultades de salud mental en la adultez posterior (8).

En un metaanálisis sobre la prevalencia mundial de trastornos mentales en niños y adolescentes, Polanczyk (9) et al. identificaron estudios comunitarios de 27 países en todas las regiones del mundo. Señalan que es importante considerar que el número de jóvenes con síntomas subumbrales y deterioro funcional que deben ser observados o incluso tratados es considerable y no se ha incluido en estas estimaciones. Los jóvenes con síntomas subumbrales no son evaluados y existen estimaciones limitadas de su número en muestras representativas de la población. Señalan además que aproximadamente 241 millones de jóvenes en todo el mundo se ven afectados por un trastorno mental. El grupo más común de trastornos mentales son los trastornos de ansiedad, que afectan a 117 millones; trastorno de conducta disruptiva, que afecta a 113 millones; Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que afecta a 63 millones; y trastornos depresivos, que afectan a 47 millones (9). En comparación con la prevalencia de otras enfermedades crónicas de la infancia, como la obesidad (16,8%), la alta frecuencia de los trastornos mentales y sus consecuencias negativas asociadas, los convierten en las principales prioridades de salud (10).

Aunque el 90% de los niños del mundo viven en países en desarrollo, solo el 10% de los ensayos controlados aleatorios que evalúan las intervenciones de salud mental en niños se produjeron en países de bajos ingresos (11). Aun menos estudios abordan las intervenciones psicosociales y farmacológicas para los problemas de salud mental de los niños (11). Sin embargo, una cuestión clave (y desafío) para los sistemas de salud es el disponer de información científicamente válida para la implementación de intervenciones

basadas en la investigación para la práctica rutinaria en salud mental infantil y adolescente (12).

Resultados epidemiológicos recientes han demostrado consistentemente que los trastornos mentales son fenómenos relativamente comunes, que afectan al menos al 15% de la población joven en términos de prevalencia puntual (13). La prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos mentales desde la infancia hasta la mayoría de edad es algo mayor, y afecta a una media del 25 al 30% de los jóvenes al menos una vez (14). Un trastorno psiquiátrico en la infancia o la adolescencia tiene efectos directos sobre el desarrollo y la adquisición de habilidades relevantes para afrontar situaciones y protegerse; también aumenta la probabilidad de que en la edad adulta se experimente una variedad de desventajas económicas y sociales relacionadas con la salud (15). Más de la mitad de los adultos con trastornos mentales informa retrospectivamente que los primeros síntomas ocurrieron durante la infancia y la adolescencia y que hubo una progresión hacia la edad adulta (16).

Las investigaciones basadas en encuestas epidemiológicas comunitarias, han encontrado que, para el contacto inicial con el sistema de salud para el tratamiento del trastorno mental, muchas personas esperan más de una década desde la primera aparición de los síntomas antes de buscar tratamiento (17). Estas personas a menudo presentan afecciones comórbidas que podrían haber sido más fáciles de tratar si hubieran buscado ayuda profesional antes. De ahí que, el diagnóstico y el tratamiento precoz de los trastornos de aparición temprana se debiera realizar durante la niñez y la adolescencia (18).

Por otro lado, los problemas de salud mental en esta parte de la población son en gran medida descuidados en el ámbito más amplio de la salud pública y esta falta de atención tiene repercusiones para la salud, el bienestar. La atención debe centrarse en las desigualdades sociales en salud, especialmente en jóvenes en situación de desventaja socioeconómica. Sin embargo, parte de estos problemas tienen su origen en características particulares de las sociedades modernas, que van más allá de las desigualdades y desventajas socioeconómicas.

Existe una progresiva desatención de la sociedad en el abordaje los problemas de salud mental de los jóvenes a medida que la globalización y la modernización transforman las sociedades y las vidas de sus pueblos (19). En consecuencia, los períodos tanto de infancia, como de adolescencia representan momentos oportunos para las intervenciones tendientes a reducir el riesgo de trastornos mentales y mejorar su abordaje para optimizar el funcionamiento social, emocional y cognitivo (20).

1.2 Salud mental en estudiantes universitarios.

En Chile, según la Novena Encuesta Nacional de la Juventud (INJUV, 2020), el número de jóvenes entre el rango de 15 a 29 años corresponde a 4.170.571. Los estudiantes universitarios, según datos del Consejo Nacional de Educación (21) alcanzan a 1.152.125 estudiantes matriculados en pregrado solo en el año 2015 en instituciones de Educación Superior. Según esta misma entidad solo a nivel de Universidades, Chile cuenta con más de 640.000 estudiantes (22) Esta etapa de vida universitaria es un periodo de interés, pues ocurren cambios en los jóvenes tanto a nivel del desarrollo académico como a nivel de desarrollo personal (23). Desde el punto de vista de la Psicología del Desarrollo, la fase universitaria coincide con la etapa de vida llamado Adultez Emergente, situada entre los 18 y los 29 años que se caracteriza en que los jóvenes que transitan por ella no se visualizan como adolescentes, y la mayoría de ellos tampoco siente que ha alcanzado la adultez (24). La Adultez Emergente (AE) se presenta como un fenómeno cultural en sociedades industrializadas, en que los jóvenes han aumentado su acceso a la educación universitaria, son parte del aumento de la fuerza laboral, y han postergado hitos como el matrimonio y tener hijos (24).

La transición a la educación superior universitaria enfrenta a los estudiantes universitarios a múltiples factores estresantes, como la sobrecarga académica, la presión constante para tener éxito, la carga financiera, así como las preocupaciones sobre las perspectivas profesionales futuras (25). Si bien muchos estudiantes universitarios se adaptan de manera efectiva, un gran porcentaje se observa negativamente afectados y corre el riesgo de desarrollar problemas de salud mental (26). La exposición persistente al estrés crónico es

perjudicial para la salud, ya que puede provocar cambios permanentes a largo plazo en las respuestas emocionales, fisiológicas y de comportamiento (27). De igual forma, la ansiedad es un estado psicológico y fisiológico caracterizado por componentes físicos, emocionales, cognitivos y conductuales (27). La prevalencia de problemas de salud mental en estudiantes universitarios es una preocupación universal, con estudios que revelan niveles clínicos de psicopatología, incluida la ansiedad y depresión en esta población, a nivel mundial (26). Asimismo, la investigación ha demostrado que aproximadamente el 40% de los estudiantes universitarios con afecciones de salud mental diagnosticables no buscan servicios clínicos ni acceden a servicios de apoyo universitarios (28).

La literatura muestra que varios factores de riesgo están asociados con el desarrollo de ansiedad y depresión, entre ellos estrés percibido (29). Estudios de prevalencia en estudiantes universitarios australianos informaron un 83,9% de niveles angustia psicológica elevados, incluidos estrés, ansiedad y depresión (30). Asimismo, estudios llevados a cabo en 26 universidades de Estados Unidos, encontraron que el 17,3% cumplía con los criterios de depresión, el 7,8% de trastorno de ansiedad generalizada, el 4,1% de trastorno de pánico y un total de 6,3% informó de ideas suicidas (31). En una muestra de estudiantes de 10 universidades en Hong Kong se encontró una prevalencia de ansiedad, depresión y estrés, en un 21% de los estudiantes que experimentan depresión, 41% ansiedad y 27% estrés (32). En América Latina, en un estudio realizado en Perú (33) con una muestra de 1,024 estudiantes universitarios se encontraron relaciones significativas entre la adaptación a la vida universitaria, el estrés percibido y la salud mental. Los resultados del análisis de mediación indicaron, que el estrés media la relación entre el estilo evitativo y la salud mental. En México (34) un estudio en una Universidad Pública determinó la existencia de relaciones significativas entre algunas situaciones de estrés académico con síntomas físicos, psicológicos y comportamentales. El estudio señala que estos, al interactuar crean un círculo vicioso en el que los pensamientos, las emociones y los comportamientos, son cada vez más negativos y menos adaptativos, y pueden influir en la deserción académica y en los índices de reprobación. Los investigadores concluyen que la identificación oportuna de los estresores podría ayudar a atenderlos, controlarlos o eliminarlos para evitar sintomatología

en los estudiantes. En el caso de Chile, los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental Universitaria (35) realizada en 2019, muestran que un 46% de los estudiantes universitarios tienen síntomas depresivos y ansiosos, y un 54% sufre de estrés, mientras que el 29,7% sufre los tres problemas a la vez. En consecuencia, se puede señalar que algunos cambios vividos por los adolescentes y jóvenes en el contexto universitario, tiene un impacto significativo en la salud y bienestar psicológico, puesto que impone exigencias y desafíos que inducen el surgimiento de problemas de salud mental (36).

1.3.-Alfabetización en salud

El concepto de "alfabetización en salud" (AS), traducción del término en inglés health literacy, fue usado por primera vez en la literatura por Simonds en 1974 en un requerimiento a que la educación para la salud en la escuela permitiera a los estudiantes adquirir conocimientos sobre la salud, al igual que lo hacían en las materias tradicionales (37). Criticaba que las escuelas se autoperciben como preparando estudiantes para su inserción en el mercado del trabajo, para roles en la sociedad y para el aprendizaje permanente, pero que en salud no visualizan más allá del periodo de formación (38). Desde esa fecha, un gran número de autores han tratado de organizar los conceptos para este proceso complejo. La AS encuentra el marco de referencia para desarrollarse en la Carta de Ottawa de Promoción de la Salud (39), en la que se señala que, en la medida en que las personas incrementan el conocimiento sobre su propia salud, esta se incrementa. La AS sería así un determinante de la salud al estar relacionada con la atención de la salud. Es considerada un concepto emergente, que vincula elementos propios del campo de la salud y del campo educativo (40), siendo un indicador de resultado de la educación sanitaria.

Nutbeam (41), indica que la AS implica el logro de un nivel de conocimiento, habilidades personales y confianza para tomar medidas para mejorar la salud personal y comunitaria permitiendo cambiar estilos de vida personal y condiciones de vida. Nutbeam (41), reconoce tres niveles de AS:

– Funcional: habilidades básicas de escritura y lectura necesarias para funcionar con efectividad en un contexto sanitario.

- Interactiva: habilidades cognitivas más avanzadas y habilidades sociales que permiten la participación activa en los cuidados de salud y,
- Crítica: la habilidad para analizar críticamente y utilizar la información de salud en la participación de acciones que sobrepasan las barreras estructurales para la salud.

Por tanto, el nivel de alfabetización afecta, directamente, las capacidades de atención de nuestra salud como individuos, familia o comunidad (42). Un individuo con un nivel adecuado de AS tiene las competencias necesarias para gestionar su salud de una forma responsable (43). Sin embargo, la AS, no depende exclusivamente de las capacidades individuales de los ciudadanos; hay que contextualizarla en un escenario concreto, pues resulta de la interacción entre las demandas de los diferentes sistemas de salud y las habilidades de los individuos inmersos en ellos (43).

1.4 Conceptos relacionados con la alfabetización en salud

La coexistencia de términos distintos que convergen hacia a un mismo fenómeno crea cierta confusión. Ello ocurre con la AS. La adopción de este término “Alfabetización en salud” ha sido muy tardía existiendo un debate en cuanto a las definiciones y su aplicación a cada circunstancia. Los términos “alfabetización en salud”, “educación en salud” y “educación para la salud” coexisten y se utilizan, frecuentemente como sinónimos.

La educación para la salud constituye el proceso que engloba las diferentes intervenciones y actividades encaminadas a mejorar la alfabetización para la salud (37) y la Educación en salud se refiere a la adquisición de conocimientos y habilidades operativas, regladas o no, en el área de conocimiento de la salud (44). La educación para la salud ha sido un tema recurrente que forma parte inherente de disciplinas como la Salud Pública o la Medicina Preventiva. Sin embargo, la evolución de las ciencias médicas y sociales ha permitido la convergencia de estas aproximaciones en un nuevo concepto, en un nuevo modelo, que es lo que se denomina AS (44).

Por consiguiente, la AS es, como se ha expuesto, un concepto más próximo a la capacitación, o adquisición efectiva de los conocimientos, habilidades y destrezas derivadas

de una educación para la salud, y a la autonomía para poder aplicar y personalizar lo adquirido en el cuidado propio y el de nuestro círculo cercano de relaciones. La alfabetización es la etapa necesaria e inmediatamente anterior al empoderamiento entendido como el proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud (37).

En consecuencia, no sólo se requieren condiciones elementales de habilidades de lectura, comprensión auditiva, capacidad analítica, y habilidades de toma de decisiones, sino también capacidad de aplicar estos conocimientos a situaciones específicas. Tal como lo señala la definición de la OMS, se requiere motivación e incorporar y sumar el empoderamiento como paradigma en un nuevo escenario de interrelaciones entre profesionales, servicios sanitarios y ciudadanos (44).

1.5. Alfabetización en salud mental



1.5.1. Concepto de alfabetización en salud mental; evolución y desarrollo.

El concepto de la Alfabetización en Salud Mental (en adelante ASM) emerge desde la Alfabetización en Salud. La ASM se definió inicialmente como "conocimiento y creencias sobre los trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo o prevención"

La primera definición de ASM creada y propuesta por Jorm.1997 (45) constaba de seis dominios: 1) la capacidad para reconocer trastornos específicos o diferentes tipos de angustia psicológica; 2) conocimiento y creencias sobre factores y causas de riesgo; 3) conocimiento y creencias sobre intervenciones de autoayuda; 4) conocimientos y creencias sobre la ayuda profesional disponible; 5) actitudes que facilitan el reconocimiento y la búsqueda de ayuda adecuada, y 6) el conocimiento de cómo buscar información sobre salud mental. Los dominios se revisaron posteriormente para incluir el reconocimiento temprano, la prevención y las habilidades de primeros auxilios para la salud mental (46).

La definición original de ASM de Jorm et al. (45) a menudo se considera el Gold estándar, aun cuando los investigadores (47-50) han abogado recientemente por una ampliación de esta definición. Para ampliar esta definición, los investigadores han propuesto que la ASM

debería incluir no solo el componente de conocimiento, sino también las actitudes, el estigma, la salud mental positiva y la eficacia de la búsqueda de ayuda en relación a las enfermedades mentales.

La definición más reciente de Kutcher, Wei, & Coniglio (50) comprende cuatro amplios dominios alineándose con las definiciones actuales de la alfabetización en salud: 1) comprensión de cómo obtener y mantener una salud mental positiva; 2) comprender los trastornos mentales y sus tratamientos; 3) disminuir el estigma relacionado con los trastornos mentales, y 4) mejorar la eficacia de la búsqueda de ayuda (saber cuándo y dónde buscar ayuda y desarrollar competencias diseñadas para mejorar la atención de la salud mental y las capacidades de autogestión).

La diferencia entre la alfabetización acerca de los trastornos mentales y la capacidad de buscar, comprender, evaluar y aplicar información relacionada con el estado de salud mental completo es un punto de discusión emergente, lo que ha permitido una redefinición de la ASM para incluir conocimientos adquiridos por sí mismo y habilidades relacionadas a la psicología positiva (51-52). Esto se alinea con la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que incluye bienestar subjetivo, funcionamiento óptimo y afrontamiento, y reconoce la salud mental más allá de la ausencia de trastorno (53). Sin embargo, los investigadores reconocen que llegar a un consenso sobre qué conceptos se deben o no incluir dentro del constructo de ASM, es un desafío debido a la cantidad sustancial de investigación existente sobre cada uno de ellos (49). Además, algunos investigadores prefieren operacionalizar la ASM estrictamente como conocimiento de salud mental (54).

Mansfield, Patalay, & Humphrey, (55) entre otros mencionan la necesidad de conceptualizar la ASM como una teoría, en lugar de un constructo, puesto que esto permitiría a los investigadores prestar más atención a conceptos importantes. De ahí que Spiker y Hammer (56), presentan el argumento a favor de la ASM como una "teoría de múltiples constructos, en lugar de un constructo multidimensional" (pág. 3). Este argumento es el que permitió a investigadores como Kutcher y Wei (50) delimitar y prestar atención a conceptos importantes como actitudes, estigma, salud mental positiva y eficacia

en la búsqueda de ayuda, evitando así la confusión asociada al uso de un constructo en ASM demasiado amplio.

También es importante considerar no solo el desarrollo cognitivo, sino también las estructuras sociales únicas y las vulnerabilidades propias de los adolescentes y jóvenes en la conceptualización y evaluación de la ASM. Dado que, el ciclo vital de la adolescencia puede darse entre los 10 y los 19 años, está claro que incluso dentro de este rango de edad, se podrían considerar diferentes factores de desarrollo. Por lo tanto, es necesaria la aplicación de modelos de alfabetización en Salud para ASM que consideren el curso de la vida y los determinantes sociales y ambientales de los adolescentes, así como también de los jóvenes (57).

1.5.2. Dimensiones de la alfabetización en salud mental

a.- Conocimiento

La adolescencia y la juventud son etapas críticas, caracterizadas por cambios en el contexto de vida de las personas, en las que los problemas relacionados con el bienestar tienen un profundo impacto en la vida adulta (58). En este grupo de edad, el bajo nivel de ASM es responsable de perpetuar el estigma, agravar los síntomas, posponer la búsqueda de ayuda profesional, lo que se acentúa en adolescentes y jóvenes con bajo nivel de interacción con el sistema de salud. Estudios han demostrado sistemáticamente que la mayor parte de esta población no busca ni recibe la ayuda o el tratamiento adecuado (59). De igual forma, el reconocimiento temprano de los trastornos mentales, influye en la conducta de búsqueda de ayuda, el acceso a los tratamientos más adecuados, y en el estigma hacia estos trastornos. La identificación y el tratamiento precoz de las dificultades emocionales en adolescentes y jóvenes debiera ser una prioridad para los sistemas de salud y educación (60).

El reconocimiento de estas situaciones y la búsqueda de la ayuda adecuada solo ocurrirá si los jóvenes y sus familiares, profesores y amigos saben qué cambios tempranos son atribuibles a problemas de salud mental.

En un estudio realizado en estudiantes secundarios portugueses se muestra que las fuentes informales privilegiadas en la búsqueda de ayuda son la familia y los amigos y las formales

son el médico y el psicólogo (60). Otros estudios hacen referencia a temas relacionados con la confidencialidad, los costos, al hecho de no saber dónde buscar ayuda y pensar que ellos mismos pueden resolver el problema, dudas sobre la utilidad del tratamiento, vergüenza y la negativa a hablar con extraños (60).

Si bien hay varios factores que pueden determinar o influir en la búsqueda de ayuda, el reconocimiento juega un papel clave en este proceso (61). En este tema, ha habido mucho debate sobre las implicaciones positivas y negativas del uso de términos psiquiátricos por parte del público para etiquetar a alguien con un trastorno mental (62). Con respecto a los efectos potencialmente perjudiciales, se ha argumentado que el etiquetado crea expectativas de comportamiento erróneo que pudiera aumentar el estigma. Sin embargo, ser capaz de identificar o reconocer los signos y síntomas de una enfermedad mental está relacionado con la búsqueda temprana de ayuda y puede reducir la carga de enfermedad asociada con los trastornos mentales (63). Aunque el conocimiento no significa necesariamente habilidades, este es fundamental para desarrollar habilidades para aplicar el conocimiento y un punto de partida necesario para promover la salud mental entre los adolescentes (51).

Con respecto a los conocimientos que tiene la población sobre los trastornos mentales, algunos estudios demuestran que son limitados. Estudios recientes sobre este tema provienen en su mayoría de países desarrollados. Estas investigaciones sirven como referencia para implementar actividades informativas e intervenciones preventivas y también para planificar servicios de salud mental.

A pesar de la creciente carga de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (64), hay escasa información actualizada disponible sobre la percepción popular de los mismos. La opinión social acerca de los trastornos mentales, interfiere de alguna manera cuando se quiere llevar a cabo un tratamiento. En consecuencia, por mucho que se incremente la evidencia científica sobre los trastornos mentales sino se refuerzan los conocimientos en la sociedad sobre estos, difícilmente se podrán detectar, tratar o prevenir de forma adecuada (65). Asimismo, los esfuerzos no sólo deben dirigirse a disminuir la brecha de tratamiento observada en los pacientes; es importante que gran parte de la información esté encaminada

a reducir el temor y rechazo al que generalmente están expuestos todos aquellos sujetos que padecen un trastorno mental. Sin embargo, cambiar las reacciones emocionales, profundamente arraigadas ante los trastornos mentales puede ser difícil (66). Los estereotipos culturales sobre la locura son asimilados desde edades tempranas, generados en parte, por las representaciones de los medios que socializan en los jóvenes de una visión estigmatizadora hacia el trastorno mental (67). Los estudios acerca de las concepciones de los niños y jóvenes sobre el trastorno mental han revelado que estos aún no tienen una idea clara de lo que significan estos o qué características específicas están asociadas con ellos (68). Considerando que los niños y adolescentes son las próximas generaciones que requerirán asistencia en salud mental, es relevante proporcionarles conocimientos y habilidades básicas para proteger su salud mental y que puedan comprender los problemas que conllevan los trastornos mentales. Algunos intentos de familiarizar a niños y jóvenes con problemas de salud mental se han centrado en mejorar el conocimiento hacer de estos (69).

La adolescencia ha sido caracterizada como una etapa en que se inicia la inquietud por el propio bienestar y el comienzo de la búsqueda de la propia identidad. La turbulencia emocional que se da en este período, también puede conducir a las primeras experiencias de crisis que pueden llevar a problemas de salud mental, como el comportamiento suicida o los trastornos adictivos (70-71). Además, la adolescencia y la adultez temprana son periodos de aparición más frecuente de una serie de trastornos mentales como la esquizofrenia o el trastorno obsesivo-compulsivo (72). Por lo tanto, ellos son una audiencia importante para los programas que buscan influir sobre las conductas y creencias poco adecuadas hacia los trastornos mentales, antes de que estas creencias se arraiguen en ellos (69).

La teoría de la acción razonada destaca la importancia de las creencias como un eje fundamental para determinar el comportamiento de búsqueda de ayuda, que está en consonancia con la ASM (73). El grado en que las personas conozcan y comprendan las causas y motivos de los trastornos mentales, la eficacia de su tratamiento, el proceso de recuperación y los recursos para la salud mental está relacionado con la búsqueda de ayuda

en este campo (74). Por ejemplo, las personas que creen que el tratamiento es beneficioso y eficaz tendrán actitudes favorables hacia la búsqueda de ayuda o estarán más dispuestos a utilizar los servicios de salud mental (75).

Los esfuerzos para comprender el papel de la ASM han recibido atención a nivel internacional. Sin embargo, las investigaciones han presentado limitaciones metodológicas en el sentido de que el conocimiento y las creencias sobre la salud mental se midieron con algunos instrumentos que apuntaban solo a algunos componentes de ASM (74,76). Por ejemplo, una viñeta de caso, el método más utilizado, tiene limitaciones para evaluar la ASM porque utiliza una situación hipotética. Este método limita incluir todos los componentes de la ASM (77-78)

b.- Búsqueda de ayuda

La conducta de búsqueda de ayuda es primordial para la salud mental y bienestar, de adolescentes y jóvenes, siendo considerada un factor protector en el ámbito de la salud y desarrollo, pues una oportuna búsqueda y atención para problemas de salud mental, podrán disminuir consecuencias perjudiciales para ellos (79).

Según Unrau (80), la búsqueda de ayuda, se puede definir como la conducta de buscar activamente ayuda desde otras personas. Se trata de comunicarse con otros, para obtener ayuda en respuesta a un problema o experiencia aflictiva. Es una forma de afrontamiento, basada en relaciones sociales y habilidades interpersonales. Es una habilidad aprendida, que es adaptativa y está relacionada al bienestar psicológico (79).

La investigación ha buscado comprender la renuencia de los jóvenes y adolescentes a buscar ayuda profesional cuando es necesaria. En dos revisiones de estudios sobre búsqueda de ayuda (81-82) se concluyó que una alta confianza en sí mismo para resolver problemas, una falta de competencia emocional, y las actitudes negativas sobre la búsqueda de ayuda profesional fueron barreras para la búsqueda de ayuda. Por el contrario, los autores identificaron una serie de facilitadores de la búsqueda de ayuda. Estos incluyeron competencia emocional, conocimiento y actitudes positivas hacia la búsqueda de ayuda

profesional, estímulo social y la disponibilidad de relaciones establecidas y de confianza con profesionales del área de la salud.

Las revisiones sistemáticas mencionadas anteriormente, se basaron en un modelo de búsqueda de ayuda, en el que la búsqueda de ayuda profesional se conceptualiza como un proceso de varios pasos que comienza con el desarrollo de la conciencia del problema por parte del individuo, seguido de la expresión del problema y de la necesidad de ayuda a otros, la identificación de fuentes de ayuda accesibles apropiadas para que el individuo finalmente, la voluntad del individuo para buscar y encontrar posibles fuentes de ayuda(81-82).

En otra revisión, Barker et al. (83) diferenciaron los determinantes estructurales de los problemas personales en la búsqueda de ayuda. Sostuvieron que los factores individuales, como las creencias personales, las normas de género internalizadas, las habilidades de afrontamiento, la autoeficacia y el estigma percibido, interactúan con factores estructurales que incluyen el sistema nacional de salud, la accesibilidad y asequibilidad de los servicios y el apoyo social.

Otros estudios que se llevaron a cabo en establecimientos educacionales, con estudiantes de secundaria, que indagaron específicamente en los profesionales orientadores que se encuentran en los colegios, informaron que las experiencias positivas con estos profesionales, serían facilitadores de la búsqueda de ayuda (84-85). Un tema que se considera importante es la experiencia con la búsqueda de ayuda, ya que también puede actuar como una forma de conocimiento o ASM.

Resultados de otros estudios, han revelado bajos porcentajes entre un 18% a un 34% de jóvenes con mayor sintomatología depresiva y ansiosa que buscan ayuda profesional (50). En revisiones sistemáticas (61) se mencionan estudios como uno realizado en adolescentes alemanes de 12 a 17 años que informa que sólo el 18,2% de los que presentaban trastornos de ansiedad y el 23% de los que presentaban trastornos depresivos habían utilizado alguna vez los servicios de salud mental. De manera similar, un estudio de más de 11.000 adolescentes escolarizados noruegos en edad escolar de 15 a 16 años encontró que solo el

34% de aquellos con altos niveles de depresión y síntomas de ansiedad habían buscado ayuda profesional en el año anterior. Según una encuesta nacional australiana de salud mental de los jóvenes, solo el 25% con un trastorno mental diagnosticable habían utilizado algún servicio de salud en los 6 últimos meses (61).

En cuanto a la búsqueda de ayuda en estudiantes universitarios, estudios indican que la importancia de la graduación como meta de sus familias, especialmente de aquellos que son primera generación con estudios universitarios, los insta a avanzar sin considerar la necesidad de ayuda que podrían tener frente a la ansiedad o angustia que sienten frente a sus estudios (86). Es necesario comprender que, para estos estudiantes, no es fácil pedir ayuda, esta acción demanda de ellos la capacidad de reconocer que se tiene un problema y decidir pedir ayuda, identificando cómo y a quién pedirla. Decidirse a este proceso puede implicar vergüenza y deterioro de la autoestima (86).

Para profundizar, es necesario señalar que se han propuesto muchos motivos para comprender por qué la población general no busca ayuda profesional para los trastornos mentales comunes. Estos incluyen actitudes negativas hacia la búsqueda de ayuda en general, así como preocupaciones sobre el costo, el transporte o las molestias involucradas, la confidencialidad, el que otras personas se enteren, el pensar que pueden manejar el problema por sí mismos y la creencia de que el tratamiento no ayudará (87).

A continuación, se presenta una breve descripción de estos factores de acuerdo a revisión sistemática de Gulliver et al. (61)

Autosuficiencia: Tanto la investigación cualitativa como la cuantitativa indican que los adolescentes y los adultos jóvenes prefieren confiar en sí mismos en lugar de buscar ayuda externa para sus problemas. Las investigaciones sugieren que las preferencias de los adolescentes por la autosuficiencia durante tiempos difíciles se extienden a una preferencia por la autoayuda como tratamiento para las dificultades de salud mental (88).

Preocupación por las características de los profesionales de salud mental: Algunos de los estudios de la revisión encontraron que las características de los psicólogos y médicos,

podrían disuadir de la búsqueda de ayuda. Esto incluyó características como la capacidad del profesional para brindar ayuda, la credibilidad y si el joven los conocía. Un estudio realizado por Helms (89) informó las cualidades de los profesionales que se encuentran en los colegios, que los adolescentes percibían como barreras para la búsqueda de ayuda. Estas cualidades fueron negatividad activa ("sabelotodo"), violación de la confidencialidad ("no hay suficiente privacidad en la escuela"), roles duales ("difícil hablar con alguien cuando piensas en él ,como parte de quienes ejecutan las reglas del colegio"), actitud crítica o tendencia a mostrar favoritismo ("algunos adultos no ven ambos lados"), respuestas inútiles (" lo exageran fuera de proporción- exagerar "), estar fuera de contacto con los adolescentes ("no saben de pandillas y drogas"), psicológicamente inaccesibles ("nunca están disponibles") y demasiado ocupados ("tienen demasiados estudiantes para atender "). Estos estudios también enfatizan que los jóvenes dan importancia a las características de la persona que potencialmente brinda la ayuda (89).

Conocimiento sobre los servicios de salud mental: La falta de conocimiento de los jóvenes sobre los servicios de salud mental también fue una barrera percibida para la búsqueda de ayuda, un hallazgo que es consistente con revisiones anteriores (81-83). Las actitudes hacia los servicios de salud mental en 2 muestras poblacionales en Canadá y Estados Unidos fueron particularmente negativas entre los jóvenes con menor nivel educativo y bajo nivel socioeconómico (90).

Miedo o estrés por el acto de buscar ayuda o la fuente de ayuda en sí: Muchos jóvenes informaron que tenían miedo de buscar ayuda o de la fuente de ayuda en sí. De acuerdo con este tema, hay evidencia de que los jóvenes que han establecido una relación de confianza con profesionales de la salud, tienen más probabilidades de buscar ayuda en el futuro (82). Por tanto, la experiencia adecuada con fuentes de ayuda puede reducir los temores sobre lo desconocido y animar a los jóvenes a buscar más ayuda.

Actitudes públicas, percibidas y auto - estigmatizantes hacia enfermedad: El estigma y la vergüenza de buscar ayuda son las barreras más importantes para problemas de salud mental. Este hallazgo es consistente con las conclusiones de revisiones sistemáticas de

búsqueda de ayuda en este grupo de edad. Otro estudio en jóvenes también informó de muchas barreras relacionadas con el estigma para buscar ayuda, siendo en su mayoría preocupaciones sobre lo que los demás piensan, incluida la fuente de ayuda misma (91).

c.-Estigma hacia la enfermedad mental

El estigma se ha descrito como un conjunto de actitudes y creencias negativas que motivan a las personas a temer, rechazar, discriminar y excluir socialmente a las personas con determinadas características, en este caso trastornos mentales (92). Asimismo, se han creado varios marcos conceptuales para ayudar a comprender y evaluar el estigma relacionado con trastornos mentales y orientar las intervenciones para su reducción. Entre estos marcos se encuentran: Teoría del etiquetado (93), Teoría de la atribución social (94), modelado cognitivo conductual (95) y modelado del estigma social (96).

El estigma puede manifestarse de diversas formas agrupadas en cuatro subtipos reportados en la literatura: estigma público, estigma personal, estigma percibido y auto - estigma. El estigma público se refiere a los estereotipos, los prejuicios y la discriminación contra las personas con trastornos mentales del público en general (97) el estigma percibido, que refleja las creencias de las personas sobre las actitudes negativas de los demás hacia estos trastornos, el estigma personal, que se refiere a los propios sentimientos y actitudes negativas hacia las personas con trastorno mental y el auto - estigma, que corresponde a las ideas y respuestas negativas de los demás, internalizadas por el individuo estigmatizado lo que le lleva a pensamientos negativos y reacciones emocionales hacia él mismo (98-99).

Investigaciones señalan que el estigma hacia los trastornos mentales puede disuadir a las personas de admitir la necesidad de tratamientos de salud mental y/o a buscar servicios de salud mental incluso después de reconocer la necesidad de estos (94, 100). Se observan varios factores que están asociados con el estigma, estos incluyen creencias sobre las causas o motivos de los trastornos mentales, experiencias en tratamientos de salud mental, contacto con alguien que presenta estos trastornos, género, edad y educación (101).

Por otro lado, el estigma y las actitudes auto- estigmatizantes hacia los trastornos mentales se encuentran entre las barreras más importantes para la búsqueda de ayuda por problemas de salud mental en la adolescencia (102). La auto-estigmatización dificulta a los adolescentes a informar sobre las manifestaciones emocionales o conductuales de sus problemas de salud mental de manera oportuna y conduce a evitar las intervenciones, lo que resulta en peores resultados a largo plazo (102). Un estudio realizado por Vogel et al. (103) encontró que el estigma público influye en el auto-estigma y este influye en las actitudes y la voluntad de buscar ayuda profesional en estudiantes universitarios.

Si bien el estigma en salud mental sigue siendo un problema global, existe evidencia de que el entorno sociocultural (valores, ideales, normas y expectativas sociales colectivos e individuales) puede moldear la forma en que el estigma se expresa en diferentes grupos sociales y establecer su gravedad (104).

En la medida en que el contexto sociocultural influye en las creencias, concepciones y actitudes, ellas, a su vez, pueden estar sujetas a importantes variaciones regionales. Las características culturales de América Latina y el Caribe son marcadamente diferentes de las de África y Asia (105). A pesar de las importantes variaciones regionales, los países de América Latina y el Caribe en general comparten las creencias y prácticas del modelo médico occidental (105). Algunos estudios han demostrado que América Latina y los países en desarrollo se caracterizan por altos niveles de estigma público y auto- estigmatización hacia los trastornos mentales (106-107). En Chile, estudios han mostrado una alta presencia de creencias y actitudes estigmatizantes hacia los trastornos mentales, las cuales se han correlacionado con una disminución en la búsqueda de ayuda y el acceso a los servicios de salud (108-109)

Considerando lo anterior, el estudio de la percepción popular de los trastornos mentales aparece como muy importante para evaluar la información disponible en la población y la presencia de estereotipos negativos. La percepción popular influye en la búsqueda de ayuda, la adhesión al tratamiento y la forma en que las personas con trastornos mentales se integran en la comunidad (105). Martínez et al. (110) menciona que, a pesar de los avances

en investigación en el contexto latinoamericano, todavía se requiere realizar más estudios sobre creencias y actitudes estigmatizantes hacia el trastorno depresivo en adolescentes. Esta falta de conocimiento dificulta el diseño de campañas anti-estigma dirigidas a esta población y la implementación de intervenciones efectivas para mejorar el manejo de la depresión adolescente (p.2).

d.-Estrés percibido

Se observa un conocimiento insuficiente sobre las condiciones previas para la salud y el bienestar en los adolescentes y su desarrollo, y la influencia predecible del estrés en este desarrollo (111-112)

Según un modelo transaccional tradicional de estrés (113), este se experimenta cuando una persona percibe que las demandas sobrecargan o exceden los recursos personales y sociales que es capaz de movilizar. Desde este punto de vista, ni el evento ambiental ni la respuesta de las personas definen el estrés, sino que la percepción de los individuos de la situación, es el factor crítico. El modelo transaccional modificado de estrés explica cómo varios factores contribuyen en el proceso de percepción del estrés, que involucra aspectos personales, exposición al estrés y reacciones al mismo (114). El estrés puede ser positivo o "bueno", en tanto proporciona energía y puede mejorar el afrontamiento en situaciones exigentes y desafiantes, pero también puede ser perjudicial e incapacitante o "malo" especialmente a largo plazo (115). Estudios han demostrado una relación positiva y significativa entre el estrés y el desempeño escolar, la interacción estresante con los docentes y los problemas de salud mental (116).

e. -Bienestar Emocional

Las concepciones del bienestar varían según el enfoque, este puede ser; hedónico o eudaimónico, distintos pero relacionados y complementarios (117). El bienestar hedónico se refiere a las dimensiones emocionales de la experiencia de vida positiva de los individuos incluyendo ausencia de emociones negativas, presencia de emociones positivas, satisfacción con la vida e implicación social (118). El bienestar eudaimónico se refiere a la

armonía entre los objetivos y valores de los individuos con sus experiencias de vida y está asociado al desarrollo personal de los individuos (119).

La adolescencia se considera una etapa de crisis (evolutiva) y simultáneamente es un período en el que se desarrollan nuevas capacidades cognitivas, nuevas habilidades sociales y en que acontecen nuevas experiencias emocionales y afectivas (120). Distintos factores psicológicos, psicosociales, sociales y culturales determinarán que el tránsito por esta etapa del ciclo vital se realice con mayor o menor éxito. El desarrollo cognitivo, social y afectivo logrado en la etapa previa, las condiciones socioeconómicas, el apoyo familiar y social proveniente de la escuela y otras instituciones de la comunidad, desempeñan un rol principal en la calidad de vida y el bienestar que puede alcanzar el adolescente (120)

Ross et al. (121) señalan que el bienestar del adolescente es un bien personal y social por derecho propio y, al mismo tiempo, la adolescencia es un período crítico del curso de la vida en el que muchos de los factores que contribuyen al bienestar de por vida son, o no son adquiridos de manera permanente. Los efectos directos e indirectos sobre el bienestar de los adolescentes debido a la pandemia por Covid-19 ha reforzado la importancia de que existan sistemas para apoyarles en su bienestar.

1.5.3. Alfabetización en salud mental en adolescentes escolarizados y jóvenes universitarios.

La ASM en adolescentes escolarizados y jóvenes universitarios tiene importantes consecuencias para la identificación e intervención temprana de problemas de salud mental. La intervención temprana puede, a su vez, modificar la evolución de los trastornos mentales y conducir a resultados más favorables. Los estudios han demostrado que la atención temprana disminuye efectos sociales, educativos y vocacionales adversos, en personas con trastornos mentales (122). Los estudios en este campo han encontrado que, entre los jóvenes y adolescentes, la falta de conocimiento de los trastornos mentales es común, con tasas de reconocimiento de aproximadamente el 50% para la depresión y el 25% para la psicosis (123). En nuestro país la falta de conocimiento respecto de las enfermedades

mentales y el estigma asociado a estas constituyen las principales razones de por qué los chilenos no buscan tratamiento (124).

Estudios de ASM realizados en adolescentes y jóvenes de Australia, Suecia y Portugal indican que presentan dificultades para reconocer la depresión, la psicosis y la esquizofrenia (125). El reconocimiento del trastorno de ansiedad social es bajo en el Reino Unido (19%) (126) y Australia (3% e 16%) (127). De igual forma, se necesitan más estudios que documenten el conocimiento y las creencias de los adolescentes con respecto a las intervenciones de salud mental (128). En cuanto a la búsqueda de ayuda profesional, muchos adolescentes y jóvenes australianos informaron que recomendarían a una persona con depresión que hable con amigos (42%) o con la familia (41%), mientras que pocos recomiendan buscar ayuda de un psicólogo (6%), psiquiatra (4%) u otro tipo de médico (1% y 2%) (54). En Suecia, el 20% de los jóvenes señalaron que recomendarían a un profesional de la salud mental si se presentara depresión (54).

En Chile, no existe evidencia de estudios sobre ASM en población adolescente y/o jóvenes, sin embargo, en cuanto a la búsqueda de ayuda, una de las dimensiones de la ASM, el estudio realizado por Olivari et al.(79) para validar un cuestionario sobre búsqueda de ayuda, en adolescentes escolarizados, obtiene resultados que indican que la intención de búsqueda de ayuda es mayor para las fuentes informales que para las formales, cuando se presenta, ansiedad, depresión, abuso de sustancias e intención de suicidio. Estas fuentes informales son familiares y amigos.

Para abordar de manera efectiva la salud mental de adolescentes y jóvenes es esencial que la ASM se convierta en una herramienta de intervención en salud mental. Si bien existen intervenciones que han demostrado tamaños de efecto pequeños a moderados en la mejora del bienestar de los estudiantes, el aprendizaje social y emocional o un entorno educativo seguro y positivo, muy pocas intervenciones, han usado todos los componentes de la ASM (50). Es fundamental que las instituciones educativas no solo promuevan la salud mental positiva, sino que también permitan a los estudiantes diferenciar la angustia mental normal de los problemas / trastornos de salud mental, reducir el estigma contra las enfermedades

mentales y promover conductas de búsqueda de ayuda y autocuidado de la salud mental si necesitan atención (50). El concepto de ASM se ha desarrollado para llenar este vacío en el sistema educativo. Por ejemplo, una intervención en que incorporó la ASM en las escuelas, demostró un impacto en el conocimiento de los estudiantes para la identificación de ciertos trastornos mentales y cambios de actitud (129); sin embargo, estos modelos de intervención, a menudo han sido llevados a cabo de manera ocasional, por lo tanto, pueden no conducir a una capacidad de la ASM sostenida e integrada en los sistemas educativos (130).

A pesar de los altos niveles de estrés y problemas de salud mental, los estudiantes universitarios son la población menos propensa a buscar ayuda formal para problemas de salud mental (131). Los investigadores han identificado varias barreras para la búsqueda de ayuda entre estos adultos emergentes, como el miedo al estigma, las creencias negativas sobre la búsqueda de ayuda, la preferencia por la autosuficiencia y el escaso reconocimiento del deterioro de la salud mental (61,82). Por tanto, debido a las bajas tasas de búsqueda de ayuda entre los estudiantes universitarios, la posibilidad que los síntomas no tratados empeoren y la salud mental se deteriore, es alta.

Gagnon et al. (131), llevo a cabo un estudio donde incorporo el marco de búsqueda de ayuda propuesto por Rickwood et al. (82) en el que la ASM ayuda en la progresión a través de las etapas de búsqueda de ayuda, y el analfabetismo en salud mental.

Dentro de este marco, la primera etapa de la búsqueda de ayuda comienza con la conciencia y la valoración de que se tiene un problema de salud mental. El analfabetismo en salud mental significa una falta de conocimiento sobre los síntomas de los trastornos mentales, o una valoración de que ciertos síntomas no justifican preocupación o ayuda. La segunda etapa implica la expresión de una necesidad de ayuda. Las creencias negativas sobre la enfermedad mental y la búsqueda de ayuda inhiben el progreso en esta etapa. La tercera etapa de la búsqueda de ayuda implica el conocimiento de las fuentes de ayuda disponibles. La falta de conocimiento ellas o del proceso involucrado en la búsqueda de ayuda representaría otra barrera. La etapa final de la búsqueda de ayuda culmina con la voluntad

de acceder a la ayuda disponible. Las percepciones y creencias con respecto a los servicios disponibles impactan la progresión a través de esta etapa.

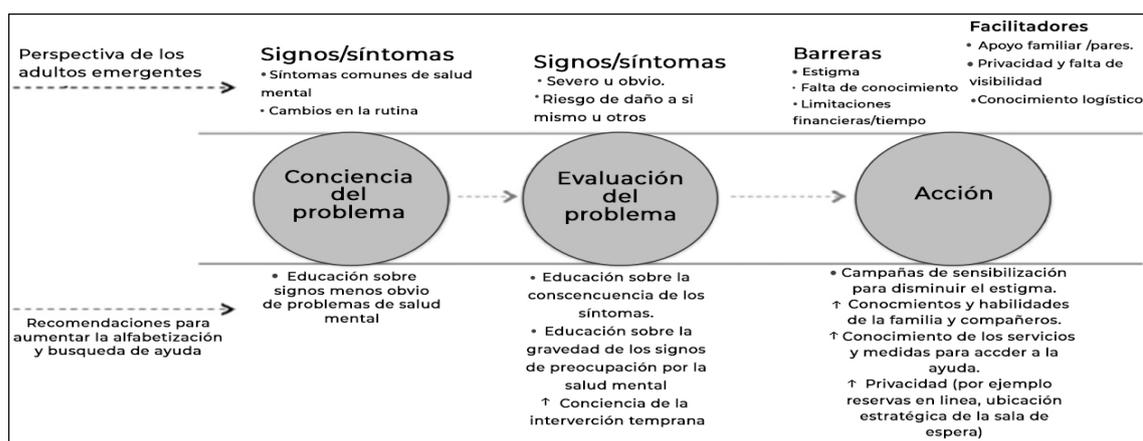
En resumen, para participar en la búsqueda de ayuda, primero se debe identificar un problema de salud mental y evaluarlo como uno que justifica la acción, luego se debe expresar la necesidad de ayuda, comprender cómo obtener ayuda y estar dispuesto a obtener la necesaria 131 (p.3-4).

Aunque se han investigado las cuatro etapas del proceso de búsqueda de ayuda, la primera etapa, la concienciación y la evaluación, merece un examen más detenido. El enfoque en el reconocimiento de síntomas plantea la pregunta: ¿la conciencia por sí sola influye en la búsqueda de ayuda? La progresión a través de las etapas de búsqueda de ayuda parecería depender del tipo de evaluación realizada en la primera etapa (131). Por ejemplo, un estudiante universitario puede ser consciente de que la tristeza prolongada es una señal de advertencia de depresión, pero podría evaluar erróneamente que el síntoma no merece atención / acción si no comprende los riesgos de la depresión no tratada, no cree que los tratamientos de salud mental puedan ser eficaz o no cree que el síntoma sea suficientemente grave (131). Los adultos jóvenes comienzan a monitorear su propio estado de salud y toman sus propias decisiones sobre acciones de salud por primera vez durante la etapa adulta emergente (82); por lo tanto, se basan cada vez más en su propio juicio, lo que hace que la evaluación sea un tema relevante en esta población. Aunque el componente de conocimiento de la ASM puede ayudar a los adultos jóvenes a monitorear correctamente su estado de salud a través de señales de advertencia, el componente de creencias de ASM es necesario para tomar decisiones apropiadas con respecto a las acciones de salud a través de señales de acción. Esta distinción entre señales de advertencia y de acción sugiere que los estudiantes universitarios en el grupo de edad adulta emergente son más reactivos que proactivos con respecto a los problemas de salud mental (131).

El estigma es una de esas actitudes / creencias que los estudiantes indicaron en estudio realizado por Gagnon et al (131) como una barrera particularmente importante para buscar servicios.

Los estudiantes identifican el apoyo y la insistencia de familiares o amigos como facilitador principal para buscar y acceder a los servicios de salud mental en los espacios universitarios (61). En la Figura 1 se propone un modelo conceptual, basado en la integración de los hallazgos cualitativos y cuantitativos del estudio realizado por Gagnon et al. (131). Este modelo destaca la distinción entre conciencia y evaluación, así como la progresión hacia la búsqueda de ayuda que se ve afectada por las barreras y facilitadores identificados a través de los resultados de su estudio en adultos emergentes.

Figura.1 Modelo Conceptual de Búsqueda de ayuda en estudiantes Universitarios (131)



Paralelamente a estos hallazgos, Gagnon et al. (131) propone que la educación sobre las consecuencias de los síntomas y los beneficios de la intervención temprana, incluso para síntomas menos obvios, puede resultar en una mayor búsqueda de ayuda. Si se realizaron intervenciones en ASM durante los años de edad escolar, los estudiantes pudieran estar mejor preparados para tomar medidas relacionadas con la salud en la etapa de edad adulta emergente que transcurre durante la educación universitaria. El estudio precedente, concluye que los estudiantes indican que el ambiente universitario no es propicio para la búsqueda de ayuda formal para problemas de salud mental. Esto está en línea con investigaciones que indican que los componentes de la cultura de los espacios

universitarios (p. Ej., la falta de publicidad de los servicios de salud mental, la sobrevaloración de la salud física y la subvaloración de la salud mental) pueden disuadir a los estudiantes de buscar ayuda (132).

1.5.4. Programas de intervención de alfabetización en salud mental en la educación formal.

Dado el desarrollo propio de los trastornos mentales, es en el contexto y ambiente educativo donde su reconocimiento debería hacerse (65). Para los jóvenes, la adquisición de una buena ASM durante este período del ciclo vital, puede ser instrumental para lograr mejoras en la salud mental, la atención de la salud mental y la disminución del estigma asociado con los trastornos mentales (133). Las escuelas secundarias (enseñanza media en Chile) proporcionan un lugar ideal para mejorar la ASM de los estudiantes durante un momento particularmente importante en la vida, ya que la mayoría de los trastornos mentales pueden diagnosticarse antes de los 25 años (133).

La salud y la educación están complejamente relacionadas y desempeñan un rol fundamental en el desarrollo del ciclo vital de niños y jóvenes. De ahí la amplia variedad de programas de salud escolar que se implementan a nivel mundial (134).

A nivel internacional, el interés temprano en la salud mental escolar fue liderado por las Naciones Unidas y agencias dependientes de esta: Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). En 1994, la OMS desarrolló un modelo de salud mental escolar que promovía la salud mental e incluía educación sobre salud mental que abarcaba el conocimiento, las actitudes y los comportamientos, la prevención, el tratamiento de problemas psicosociales y los trastornos mentales (135). Para desarrollar tales programas, es necesario el establecimiento de equipos de colaboración que involucren a la familia, los educadores, los profesionales de la salud mental y la comunidad en general. También, la evaluación del entorno escolar, el desarrollo de un plan de acción, su monitoreo y evaluación y la revisión y modificación de los programas (135).

Los componentes de este modelo sistémico se han integrado a las iniciativas como el enfoque de Escuelas Promotoras de Salud, para abordar aspectos de la salud mental (136) (p. ej., abuso de sustancias, comportamiento antisocial, depresión / suicidio, autoestima, entornos escolares seguros y de apoyo social). Más de 40 países han aplicado este tipo enfoque y los estudios preliminares han demostrado evidencia de efectividad prometedora para algunas de estas iniciativas (136).

Más de la mitad de los informes de investigación de salud mental escolar se originan actualmente en los Estados Unidos, y se han desarrollado muchos modelos de salud mental escolar específicos no aplicables en otros países. Es esencial que estos con diferentes sistemas de educación y salud, inviertan más en el desarrollo y la evaluación de políticas y programas de salud mental escolar, den a conocer esas evaluaciones a nivel mundial y establezcan colaboración y compartan sus hallazgos a través de una red donde los componentes efectivos se pueden identificar y extrapolar a diversos entornos (134).

La UNESCO también ha apoyado la salud mental en las escuelas mediante su movimiento global de Educación Para Todos. El movimiento Educación Para Todos ha identificado la educación como un derecho humano fundamental para todos, incluidos quienes presenten discapacidades mentales (134). También señala a la salud mental y al apoyo emocional como un elemento habilitante para el aprendizaje (137). Los programas respaldados por la UNESCO se han centrado generalmente en facilitar entornos escolares seguros y de apoyo social abordando temas como el acoso escolar, la violencia, los conflictos interpersonales, y educación sobre habilidades para la vida en el entorno escolar (138). Considera a las escuelas como lugares ideales para la promoción y educación de la salud mental, donde los jóvenes son fácilmente accesibles, los maestros y los estudiantes están familiarizados con el aprendizaje en el aula y el conocimiento de la salud mental se puede normalizar como parte de la educación (139).

Pocos jóvenes tienen información adecuada con respecto a las señales de problemas de salud mental en sí mismos y/o en los demás, o cuando es necesario recurrir por ayuda profesional. Esto significa que la adolescencia temprana y la infancia tardía son etapas en

las que se deben alcanzar habilidades en ASM (45). Relacionado con la búsqueda de ayuda, está una mejor comprensión de los factores que permiten a los jóvenes expresar su mundo interno de experiencias personales y emocionales a los demás. Los factores que afectan la competencia emocional y la ASM, y que pueden usarse para mejorar tales habilidades esenciales para la vida, deben establecerse claramente e incorporarse como aprendizaje de rutina para los jóvenes (82).

Existe un beneficio en el facilitar a los adolescentes identificar señales de angustia en sus pares, acercarse y hablar con ellos acerca de esto, abordar las barreras para buscar ayuda, y facilitarles acceder a servicios apropiados cuando sea necesario (140). En particular, es necesario enseñar a los adolescentes a identificar y ayudar con los problemas de salud mental más comunes que los podrían afectar. Los trastornos depresivos por consumo de alcohol son especialmente preocupantes, ya que suelen comenzar en la adolescencia o la adultez temprana (141), y representan en conjunto el 50,5% de la carga mundial de morbilidad atribuida a los trastornos mentales (10).

La revisión sistemática realizada por Salerno (142) indica que los efectos comunes encontrados en las intervenciones en depresión, suicidio o violencia que demostraron resultados positivos fueron los que se implementaron en el aula y tenían formatos educativos de múltiples actividades. Esto indica la necesidad de incluir la educación en salud mental en los planes de estudio actuales. La mayoría de las intervenciones no fueron impartidas por los docentes lo que permite incorporar a otros actores en este proceso. Si el objetivo final es que la educación en salud mental se incluya en los planes de estudio regulares de la escuela, tiene sentido que los maestros también sean los que brinden las intervenciones (142).

Las universidades deberían formar a los docentes para impartir intervenciones múltiples en salud mental en la escuela que han demostrado mejorar, entre otras cosas, el rendimiento académico, las relaciones sociales, así como la participación de los padres en la educación, evidenciando un efecto positivo en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos conductuales y por uso de sustancias, en los entornos escolares (147).

Los programas actuales de ASM en la escuela se agrupan en dos categorías: los que abordan la salud mental y los trastornos mentales en general, y los que se centran en trastornos mentales específicos. Wei et al. (144) en una revisión sistemática realizada señalan que los estudios muestran que las intervenciones de ASM en la escuela tienen el potencial de aumentar el conocimiento, para cambiar las actitudes estigmatizadoras y mejorar las conductas de búsqueda de ayuda en los jóvenes. Asimismo, Wei et al. (144) señalan que la determinación de la efectividad de los programas de ASM basados en la escuela ayudará a establecer bases sólidas para abordar la promoción, prevención e intervención de salud mental entre los adolescentes. Su potencial efectividad puede ser establecida a través de enfoques de investigación múltiples y complementarios, que incluyen metodologías cualitativas y cuantitativas (144). Una vez que se establece la efectividad, se puede examinar y establecer la relación costo-eficacia para que las escuelas puedan elegir los programas apropiados para sus estudiantes.

La implementación de intervenciones de ASM puede ser difícil por muchas razones diferentes. Una de ellas es la opinión controvertida de enseñar a los niños acerca de problemas de salud mental; pensando que una intervención de este tipo tendrá efectos negativos en ellos (142). Sin embargo, las investigaciones han demostrado en su mayoría, efectos positivos de las intervenciones en salud mental realizadas en la escuela, pero esto no es algo en lo que los profesores, el personal y los padres sean necesariamente expertos (142). Otro desafío es la falta de educación en investigación de los responsables de la administración escolar, que los lleva a solicitar que todos los estudiantes participantes reciban la intervención como una exigencia para poder implementar el programa, sin la posibilidad de grupos de control y asignación aleatoria, lo que permitiría obtener información para validar la efectividad de la intervención (142).

En cuanto a las intervenciones en ASM, un currículo de salud mental puede ser un punto de partida para facilitar la comprensión de la salud mental y la enfermedad mental, cambiar las actitudes hacia la enfermedad mental y alentar las conductas de búsqueda de ayuda para adolescentes y jóvenes (134). Este tipo de enfoque debe integrar la educación en salud mental a los paradigmas habituales de aprendizaje escolar para mejorar la adquisición de

conocimiento y generar las modificaciones actitudinales y de comportamiento (134). También los educadores, con el conocimiento y la capacitación adecuados, pueden estar más dispuestos a promover la salud mental en sus actividades cotidianas, identificar los riesgos de problemas de salud mental y trabajar en colaboración con las familias y los servicios de salud mental.

En cuanto a programas de intervención en ASM en educación universitaria la experiencia en Canadá del programa de intervención, *Transitions* (segunda edición) (145) es interesante y está basado en evidencia. Es un recurso integral de habilidades para la vida disponible en múltiples formatos que contienen información sobre salud mental, diseñado específicamente para abordar las necesidades de los estudiantes que ingresan a la universidad. Este fue desarrollado en base a los aportes de estudiantes postsecundarios, servicios de salud estudiantiles universitarios y profesionales de salud mental. Los dominios incluidos son consistentes con aquellos identificados por estudiantes universitarios en una encuesta nacional independiente, con información importante y necesaria que debería estar fácilmente disponible en los espacios de la universidad. La segunda edición de *Transitions* incluye varios formatos: una versión publicada como libro en papel para los proveedores de servicios para los estudiantes de la universidad, un folleto condensado de tamaño pasaporte para estudiantes, un libro electrónico versión en línea y una aplicación para iPhone.

En un estudio realizado sobre *Transitions* (segunda edición) demostró un impacto positivo en la ASM de los estudiantes postsecundarios. Dados los resultados del estudio en la percepción de los estudiantes con el impacto positivo reportado por ellos mismos en el aumento del conocimiento sobre la salud mental, la disminución del estigma y los avances en la eficacia de la búsqueda de ayuda, se hace necesario insistir que los entornos universitarios consideren desarrollar recursos basados en evidencia para ponerlos a disposición de sus poblaciones estudiantiles con la adaptación adecuada.

Las intervenciones y estudios en ASM se han desarrollado en su mayoría en Australia, Canadá, Inglaterra y Estados Unidos. En Latinoamérica aún no se han realizado estudios con este enfoque.

1.5.5. Instrumentos de medición para la alfabetización en salud mental

El primer instrumento de medición de la ASM fue desarrollado por Jorm (45) et al. y desde ese momento, se han desarrollado una serie de otros instrumentos. Hasta la fecha, sin embargo, no ha habido un análisis formal de las propiedades psicométricas de estos mismos. En una revisión sistemática llevada a cabo por O' Connor, Casey, & Clough (146) se indica que una medición confiable y válida de la ASM es un paso clave para la promoción de la salud mental a nivel individual y comunitario. Se requiere de una medición precisa que proporcione información sobre los efectos de las iniciativas de ASM y comparaciones significativas y fácilmente interpretables entre individuos.

Jorm (45) et al. desarrollaron un cronograma de entrevistas (" Vignette Interview " entrevista de Viñeta) para evaluar la ASM e identificaron siete atributos en la construcción de su definición. The Vignette Interview presenta una viñeta que describe a un individuo con una dificultad de salud mental y hace una serie de preguntas relacionadas con la comprensión de los participantes de lo que está "mal" con el individuo en la viñeta (45,147). Como una de las pocas medidas de la ASM, la Vignette Interview ha sido la más utilizada. Permite la comparación de atributos entre individuos, pero no permite que se genere una puntuación total o de subescalas, lo que proporcionaría la capacidad de evaluar el nivel de la ASM de un individuo (146).

El término ASM se introdujo por primera vez en el año 1997, la finalidad de este término fue llamar la atención sobre un área desatendida. Mientras que el público sabe mucho sobre otros problemas de salud importantes, como el cáncer y enfermedades crónicas, carecen del mismo grado de conocimientos sobre los trastornos mentales (128).

Desde entonces, el término de ASM se ha generalizado especialmente en Australia y ha generado muchos estudios de investigadores de otros países, que comenzaron líneas de trabajo similares más o menos al mismo tiempo (128).

A fines de los 90, Jorm presenta los resultados de una encuesta realizada en Australia, la primera de una serie sobre ASM. Para esta encuesta, usa descripciones breves o viñetas basadas en el Manual Estadístico de Diagnóstico Psiquiátrico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV) y la clasificación internacional de enfermedades de la OMS (CIE-10). Las viñetas describen los síntomas de personas con el diagnóstico de depresión y esquizofrenia. Tras leerlas el encuestado responde a unas preguntas para evaluar su ASM (65). De su investigación extrae dos conclusiones principales. La primera es que la mayoría de los encuestados reconocen la presencia de algún tipo de dolencia mental, pero que pocos asignan la etiqueta diagnóstica “correcta”, y la segunda que “el nivel de alfabetización en salud mental debe aumentarse” (45).

En el ámbito de las ciencias sociales, se construyen escalas para medir una sola variable que están, sin embargo, compuestas de subescalas (de ítems) que miden diferentes aspectos de la variable (148). Las dos razones principales por las cuales las escalas se componen de más de un ítem estadísticamente independiente son: primero, mientras mayor sea el número de ítems, potencialmente se tendrá un mayor número de puntuaciones totales y, por lo tanto, se tendrá potencialmente una mayor precisión; segundo, mientras mayor sea el potencial número de aspectos de la misma variable que se evalúen, mayor será su potencial validez (148). O’ Connor (146) et al., menciona que la falta de subescalas, particularmente en una medida que está diseñada para evaluar una serie de atributos, significa que no se pueden hacer comparaciones sobre cuál de estos podría ser más importante para mejorar la ASM. Si bien la comparación entre individuos es útil para determinar el nivel de alfabetización de la población, como los cambios en la tasa de reconocimiento de la depresión a lo largo del tiempo, no permite extraer conclusiones a nivel individual y, por lo tanto, su utilidad es limitada. Revisiones posteriores de la Vignette Interview han permitido que se lleven a cabo ajustes. Otros investigadores han utilizado la metodología de viñetas

para desarrollar enfoques alternativos para generar una subescala o puntaje total de la ASM (146).

A pesar de estos cambios, es importante señalar que hay una serie de limitaciones metodológicas para el enfoque Vignette Interview. El tipo de las preguntas en la metodología de viñetas no siempre permite una medición precisa del conocimiento, ya que está separado de las creencias, actitudes u opiniones. Por ejemplo, preguntas como " qué tan probable es que determinadas personas sean 'útiles' ", " nocivas " o " ninguno " parecen generar más opiniones o creencias sobre la utilidad de un individuo en particular, en lugar de evaluar su conocimiento con respecto a si esa persona tiene la capacitación o la capacidad para proporcionar ayuda. La distinción entre evaluar el conocimiento o las creencias es importante para comprender la contribución única de cada uno de los atributos de estas subescalas y el efecto potencial que tienen el uno sobre el otro. Como cinco de los siete atributos que constituyen la ASM miden el conocimiento específicamente, es fundamental que se pueda separar el conocimiento de las creencias para hacer una evaluación válida de lo que un individuo sabe en oposición a lo que cree (146).

La segunda limitación con la metodología de viñetas según O' Connor (146), et al. es que la comprensión del entrevistado, sobre el problema de salud mental descrito en la viñeta, será la base de sus respuestas a las preguntas restantes. Por ejemplo, un participante puede responder a todas las preguntas asumiendo que el individuo en la viñeta experimenta un estrés leve en lugar de depresión. Podría decirse que estas suposiciones diferentes probablemente den como resultado respuestas sustancialmente diferentes, por ejemplo, menor respaldo para el uso de un medicamento antidepresivo o la necesidad de contacto con un psiquiatra (146). En una encuesta nacional, Jorm (147) et al. encontraron que solo el 67.3% y el 42.5% de los participantes proporcionaron el diagnóstico correcto de depresión o esquizofrenia respectivamente a la viñeta presentada. Por lo tanto, muchos participantes proporcionaron respuestas a las siguientes preguntas que pueden no haber reflejado su conocimiento de la etiología y el tratamiento de estos trastornos en particular.

En vista de las limitaciones de la forma de medición utilizada con más frecuencia, es importante examinar otras alternativas disponibles y, en particular, aquellas que generan una calificación total de la ASM o subescala. El beneficio de esta forma particular de medición es la capacidad de facilitar la evaluación del nivel de la ASM de un individuo, que podría usarse, por ejemplo, para determinar la necesidad de educación sobre salud mental a nivel individual o comunitario (146). De forma similar, es importante investigar hasta qué punto los atributos de ASM, como se describe en la definición de este constructo por Jorm (45) et al. son capturados por instrumentos actuales y estos proporcionan indicadores de validez de constructo.

En su discusión, la revisión de O'Connor (146) señala que uno de los componentes centrales de una medida exitosa es tener validez de constructo adecuada. Indica que la medida desarrollada por Compton et al. (149) MC-KOMIT (*Multiple-Choice Knowledge of Mental Illnesses Test*) que fue aplicada a oficiales de policía, es la aproximación más adecuada para abordar cada uno de los atributos y también es la más robusta metodológicamente. Sin embargo, menciona que no ha habido ningún intento de evaluar sistemáticamente los atributos de la ASM como lo propusieron Jorm (45) et al. Dada la falta de medición de todos los atributos relacionados con la ASM, es problemático concluir que se puede tener una evaluación exhaustiva de esta. Las medidas pueden estar evaluando solo algunos aspectos de la ASM. Una medida íntegramente probada puede proporcionar una comprensión más completa de la ASM y ayudar a aclarar el beneficio de incluir o eliminar atributos para definir y medir mejor este constructo. También tendría una mayor utilidad tanto en la investigación como en la práctica, brindando la oportunidad de una evaluación rápida y significativa de la ASM de un individuo (146).

Por su parte, Wei et al.(49) , en una revisión sistemática sobre evaluación de la calidad de las herramientas de medición de la ASM, proporciona descripciones exhaustivas de las características de todos los estudios incluidos y realiza un análisis crítico de la calidad metodológica y de las propiedades de medición de las herramientas incluidas, aplicando un método estandarizado, la lista de verificación COSMIN (Consensus-based Standards for the selection of Health Measurement Instruments) para realizar estudios de psicometría de

forma adecuada, y las recomendaciones del grupo de revisión Cochrane Back and Neck sobre el nivel de evidencia de cada resultado evaluado.

Wei et al. (49) enfatiza la necesidad de desarrollar herramientas de evaluación de la ASM que abarquen todos los componentes relacionados: conocimiento, estigma y búsqueda de ayuda. Además, esta investigación evidenció que, actualmente, hay una falta de herramientas de medición que integren todos los componentes de la ASM en un solo instrumento.

La inclusión de componentes de estigma en herramientas de evaluación de la ASM es necesaria y esencial ya que la investigación muestra que los cambios en el conocimiento y el estigma están relacionados y juntos tienen un impacto significativo en las intenciones de búsqueda de ayuda de salud mental y los comportamientos asociados. Por lo tanto, la investigación futura se puede enfocar en la creación y validación de tales herramientas para la ASM. Esta consideración a su vez ayudará a guiar el cómo las intervenciones en la ASM deben ser desarrolladas e implementadas, especialmente en el entorno escolar (49).

Por otro lado, este estudio señala que una herramienta de medición debe tener sus elementos apropiadamente relacionados (consistencia interna); ser estable a lo largo del tiempo (fiabilidad test-retest); y tener constructos y factores adecuadamente establecidos (validez estructural y de constructo). La validez transcultural adicional debe determinarse antes de su aplicación en entornos cultural y socialmente diferentes.

En resumen, la autora indica que las herramientas de medición actualmente disponibles tienen calidades variadas, y recomienda que los investigadores sigan las directrices, de la lista de verificación COSMIN para mejorar la calidad de los estudios.

En otra revisión sistemática Wei et al. (37) evaluaron 16 instrumentos de medición de conocimiento de salud mental en 17 estudios. Indican que la mayoría de estos se realizaron en la población adulta y solo hubo cuatro estudios dirigidos a los jóvenes. Esto resalta la necesidad del desarrollo, evaluación y validación de herramientas específicamente para los

jóvenes que se encuentran en un período vulnerable, relacionado con el riesgo de desarrollar un trastorno mental.

A su vez la mayoría de los estudios (15 en total) se realizaron en países occidentales y se evaluó la validez cultural de las herramientas en uno solo de ellos. Por lo tanto, no es posible determinar si las medidas creadas en una cultura o entorno se pueden usar de manera apropiada en otra, especialmente en países y regiones no desarrollados donde los contextos culturales, sociales y económicos son muy diferentes.

Los autores señalan que una herramienta que esté correctamente validada puede no solo ayudar a medir con precisión el impacto de las actuales intervenciones de la ASM, sino que también puede guiar el desarrollo de nuevas intervenciones. A partir de la evaluación de la calidad de un estudio, surge la pregunta ¿qué constituye un buen estudio psicométrico? Con base en sus hallazgos y los criterios de COSMIN, los autores proponen que dicho estudio pueda informar sobre un tamaño de muestra ≥ 30 , examinar la consistencia interna y la dimensionalidad de la herramienta, determinar los factores mediante el análisis de factores, explicar la varianza atribuida a los factores y establecer la validez de constructo mediante pruebas de hipótesis prediseñada. Señalan que, si es una herramienta nueva, es importante asegurarse de que los elementos de la herramienta reflejen la construcción medida, sean relevantes para la población y cumplan sus propósitos. Además, un estudio de este tipo puede examinar la estabilidad de la herramienta en un período de tiempo apropiado (generalmente de 3 a 6 semanas). Cuando se aplica en un entorno culturalmente diferente, los investigadores pueden traducir y re - traducir, y considerar la adaptación de la herramienta y pilotarla en la población objetivo ($n \geq 10$) antes de su aplicación.

Otra de sus conclusiones, indica que no es apropiado afirmar que una herramienta es mejor que la otra. Animamos a centrarse en el nivel de evidencia de cada propiedad individual, así como en sus necesidades prácticas reales al elegir qué herramienta usar. Mientras tanto, de acuerdo con lo sugerido anteriormente, los investigadores podrían consensuar qué propiedades deberían incluirse en un estudio psicométrico para que se pueda comparar la calidad de diferentes herramientas y tomar decisiones informadas. Dado que la validación

de las propiedades de medición es un proceso continuo e iterativo, debe llevarse a cabo en diferentes entornos y contextos con diferentes poblaciones. La investigación adicional podría encontrar que muchas de las herramientas de medición que evidenciaron un nivel relativamente bajo de calidad en la actualidad pueden tener excelentes propiedades psicométricas de algunas poblaciones en futuras investigaciones. Dentro de sus conclusiones finales mencionan que la investigación debería centrarse tanto en mejorar las herramientas disponibles como en su validación para diferentes contextos.

En el año 2015 una revisión sistemática realizada por Wei (47) et al. que incluyó 401 estudios que contenían 69 instrumentos para medir conocimiento (14 con indicadores de validez), 111 instrumentos para medir el estigma (65 con indicadores de validez) y 35 instrumentos relacionadas con la búsqueda de ayuda (10 con indicadores de validez).

Los instrumentos de medición de conocimientos investigaron principalmente la capacidad de identificación de trastornos mentales y el reconocimiento de la terminología, la etiología, el diagnóstico, el pronóstico y las consecuencias de estos mismos (47).

Los instrumentos de medición de estigma incluyen aquellas enfocadas en el estigma hacia el trastorno mental, como distancia social (el grado en que las personas están dispuestas a aceptar a personas con trastorno en las actividades sociales), el estigma personal (las actitudes personales hacia las personas con trastorno mental), el estigma percibido (las creencias sobre las actitudes de los demás con respecto al trastorno); auto - estigma; estigma experimentado por usuarios de servicios de salud mental; estigma contra el tratamiento de salud mental, la psiquiatría, la búsqueda de ayuda o las instalaciones de atención de salud mental (47).

Los instrumentos que evalúan las actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica abordan principalmente: el reconocimiento de la necesidad de ayuda psicológica; la apertura interpersonal y la confianza y confiabilidad hacia los profesionales de la salud mental. Las medidas que evalúan las intenciones de búsqueda de ayuda examinaron la buena disposición o las preferencias para buscar ayuda de diferentes fuentes (p. Ej., amigos, familiares, profesionales, religión, etc.). Los instrumentos que abordan las conductas de

búsqueda de ayuda evaluaron si se buscó ayuda y, de ser así, qué tipo de ayuda se buscó (formal versus informal) para los eventos estresantes y el trastorno mental (47).

En esta investigación (47) se analizaron los instrumentos disponibles de la ASM que se centran en cuatro trastornos mentales con inicio antes o durante la adolescencia y la edad adulta joven: esquizofrenia, depresión, trastornos de ansiedad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Los estudios se llevaron a cabo en 32 países, la mayoría en Estados Unidos, seguido de Australia y Canadá.

Los instrumentos de conocimiento más ampliamente utilizados (por el número de estudios en los que se aplicó) incluyen el Cuestionario de Alfabetización de Salud Mental (*Mental Health Literacy Questionnaire*, MHLQ) de Jorm (45) et al. , Programa de Conocimientos de Salud Mental (*Mental Health Knowledge Schedule*, MAKS) , el cuestionario "Open the Doors" de la Asociación Mundial de Psiquiatría (*World Psychiatric Association* WPA-OD) , la Escala de alfabetización de depresión (*Depression Literacy Scale*, DLS), el Cuestionario de conocimiento sobre esquizofrenia (KASQ), el Cuestionario de conocimiento sobre esquizofrenia (*Knowledge about Schizophrenia Questionnaire*, SKQ) y En Nuestras Voces (*In Our Voices*, IOV). La mayoría de estas herramientas de conocimiento son de autoinforme con respuestas de opción múltiple (verdadero, falso, no sé / no estoy seguro), o viñetas con preguntas abiertas / cerradas, o utilizando enunciados de escala tipo Likert como formatos de autoevaluación.

De todas los instrumentos de estigma, los utilizados ampliamente (por el número de estudios donde se aplicó) incluyen la Escala de distancia social (*Social Distance scale*, SD) ; Opiniones sobre la enfermedad de salud mental (*Opinions about Mental Health Illness*, OMI); Actitudes de la comunidad hacia la enfermedad mental (*Community Attitudes towards Mental Illness*, CAMI) (una versión modificada de OMI) ; Devaluación-Discriminación (*Devaluation-Discrimination*, DD) ; Escala de estigma de depresión (*Depression Stigma scale*, DSS) (también llamada Estigma personal y percibido de enfermedad mental); Cuestionario de Atribución(*Attribution Questionnaire*, AQ) ; Estigma

internalizado de la enfermedad mental (Internalized Stigma of Mental Illness, ISMI) ; y Peligro Percibido (*Perceived Dangerousness, PD*).

Solo algunos instrumentos estaban dirigidos a las respuestas emocionales de las personas hacia la enfermedad mental (8 instrumentos). Esta es un área importante porque el estigma se asocia con la auto experiencia de sentimientos desagradables sobre la enfermedad mental y esto puede influir en cómo las personas interactúan con las personas con trastorno mental (47).

De los 35 instrumentos relacionados con la búsqueda de ayuda, los más utilizadas son: Escala de actitudes hacia la de búsqueda de ayuda (*Attitudes towards Help-Seeking Scale*) (posteriormente modificada como Actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional, *Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help Scale* (ATSPPH) ; el cuestionario de alfabetización de salud mental (*Mental Health Literacy Questionnaire* MHQL) que contiene ítems sobre creencias hacia tratamientos ; Cuestionario de búsqueda de ayuda general (*General Help Seeking Questionnaire, GHSQ*) ; e Intención de buscar , un inventario de consejería (*Intention of Seeking Counseling Inventory, ISCI*) .

La mayoría de las herramientas de búsqueda de ayuda en esta revisión se han centrado en actitudes hacia la búsqueda de ayuda / tratamiento (20 instrumentos), las intenciones de buscar ayuda (11 instrumentos), y muy pocas medidas (4 instrumentos) midieron directamente conductas reales de búsqueda de ayuda. Además, las 4 medidas de comportamiento de búsqueda de ayuda no tenían validación psicométrica (47).

En la discusión los autores señalan que las medidas ampliamente utilizadas a menudo no cuentan con indicadores de validez. Por ejemplo, el cuestionario de conocimiento de salud mental de la WPA (*World Psychiatric Association*) se aplicó en 9 estudios, pero no se ha identificado ninguna investigación para analizar sus propiedades psicométricas, excepto para la consistencia interna. Dadas las altas proporciones de herramientas no validadas que se aplican, es difícil determinar el valor de los resultados de los estudios y no es posible realizar comparaciones entre estudios de diferentes intervenciones.

Por otro lado, indican que esta revisión no identificó ninguna herramienta que aborde el conocimiento de la salud mental positiva. Los instrumentos futuros deberían investigar el conocimiento sobre cómo obtener y mantener una buena salud ya que ahora se reconoce como un componente importante de la ASM (47).

1.5.6. Guía curricular de salud mental para educación secundaria (The Guide) e instrumento Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHHSCG)

La Guía curricular de Salud Mental para educación secundaria (Mental Health & High School Curriculum Guide (*The Guide*)), es un enfoque integral, participativo y basado en la evidencia que fue desarrollado, implementado e investigado en Canadá y el Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHHSCG) es parte de la evaluación pre y post de esta Guía.

The Guide contiene una herramienta de autoevaluación, un módulo de autoaprendizaje para el docente, una herramienta de evaluación del alumno y 6 módulos para el aula: 1) estigma en enfermedad mental, 2) la comprensión de la salud mental y el bienestar, 3) la comprensión de los trastornos mentales y sus tratamientos, 4) las experiencias de enfermedad mental, 5) la búsqueda de ayuda y la búsqueda de apoyo, y 6) la importancia de la salud mental positiva. Los módulos incluyen objetivos de aprendizaje, planes de actividades y recursos de enseñanza, que incluyen, entre otros, materiales escritos, videos, presentaciones en PowerPoint, actividades para usar en el aula y enlaces a recursos de salud mental en línea autorizados y confiables. Es aplicada por los profesores de aula que han sido capacitados en su uso. Esta Guía ha sido diseñada para integrarse en el currículo existente de salud o relaciones humanas. Se requieren entre 10 y 12 horas de clase para implementarla. Los docentes participan en una sesión de capacitación de un día para familiarizarse con ella y mejorar su propia ASM antes de implementarla en sus clases.

La historia de este innovador enfoque registra que fue creado e implementado por el equipo interdisciplinario de *the Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health (The Chair Team)* (www.teenmentalhealth.org) establecida en 2006 y afiliada a Dalhousie University / IWK Health Center, Halifax, Nueva Escocia, Canadá. La visión del equipo The

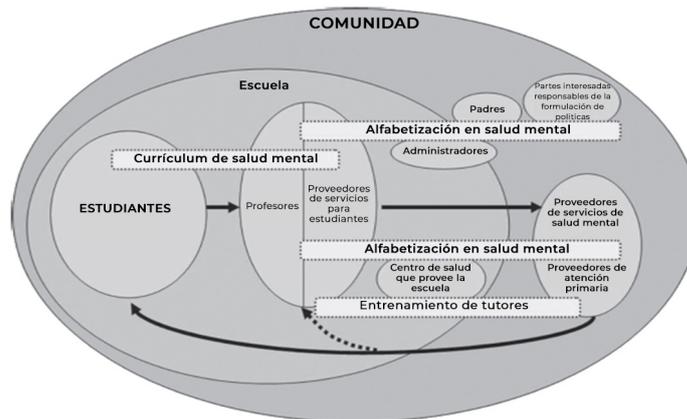
Chair Team fue ayudar a mejorar la salud mental de los jóvenes a través de la transferencia efectiva del conocimiento científico basado en evidencia aplicado en las escuelas y entornos relacionados.

El Equipo estuvo compuesto por profesionales de psiquiatría, psicología, educación, trabajo social, participación juvenil y medios de comunicación, y contó con el apoyo de dos grupos asesores, el Consejo Asesor de Jóvenes (YAC Youth Advisory Council) y el Comité Asesor de Educadores (EAC Educator Advisory Committee). La EAC incluye maestros, administradores escolares, funcionarios gubernamentales del Departamento de Educación y Desarrollo de la Primera Infancia (DOE Department of Education and Early Childhood Development) y representantes del Departamento de Salud y Bienestar de la Provincia de Nueva Escocia.

The Chair Team ha centrado su trabajo en los adolescentes de educación secundaria ya que este es el período de edad durante el cual la incidencia del trastorno mental aumenta considerablemente guiada por el Modelo *Pathway to Care Model* (150). El modelo de *Pathway to Care* integra la promoción de la salud mental, la identificación temprana, la clasificación y la derivación, y la atención continua en un marco que involucra a los estudiantes, profesores, personal de apoyo escolar, familias, proveedores de salud. Este modelo se basa en la aplicación de la mejor evidencia científica disponible; tiene sus raíces en el concepto de Escuelas de Promoción de la Salud de la OMS. Los objetivos del modelo son: 1) promover la salud mental y reducir el estigma al mejorar la alfabetización en salud mental de los estudiantes, educadores y padres; 2) promover el acceso adecuado y oportuno a la atención de salud mental a través de la identificación temprana, la clasificación y las intervenciones de salud mental basadas en evidencia; 3) mejorar los vínculos formales entre las escuelas y los proveedores de atención médica; 4) proporcionar un marco en el que los estudiantes que reciben atención de salud mental puedan recibir un apoyo transparente en sus necesidades educativas dentro de los entornos escolares habituales; 5) involucrar a los padres y a la comunidad en general para abordar las necesidades de salud mental de los jóvenes.

El modelo está compuesto por una serie de dominios interrelacionados que, en conjunto, crean una ruta integrada para el cuidado (Figura 2). La naturaleza flexible del modelo permite una adaptación y personalización convenientes para adolescentes con diferentes necesidades en diversos entornos educativos (151). Lo que forma parte integral de este enfoque, es un bucle de retroalimentación constante de consulta, evaluación y modificación de actividades y recursos que permite una flexibilidad sostenible que puede satisfacer las necesidades cambiantes de la comunidad.

Fig.2 School-Based Integrated Pathway to Care Model.



Kutcher, Wei and Szumilas (151).

Esquema del modelo integral de salud mental escolar, sus objetivos, componentes y procesos. Los círculos indican grupos objetivo dentro del sistema educativo; los recuadros indican los programas de alfabetización y capacitación en salud mental basados en la evidencia desarrollada para satisfacer las necesidades de los grupos objetivo; y las flechas indican una vía integrada para atender tanto a los estudiantes en general como a los estudiantes con riesgo de problemas de salud mental.

Este modelo se probó por primera vez en una escuela secundaria rural en la provincia de Nueva Escocia el año 2009, con la participación de todos los estudiantes del Décimo Grado en educación secundaria (equivalente a enseñanza media en Chile) (n = 74) y profesores (n = 6), proveedores de servicios a la comunidad local, proveedores de atención médica, representantes de servicios especializados de salud mental para niños y jóvenes, y

representantes de la Sección de Servicios Estudiantiles y las Divisiones de Servicios de Programas del DOE provincial. *The Chair Team* impartió una sesión de capacitación de un día a todos los docentes participantes sobre cómo enseñar *The Guide* en el plan de estudios de salud mental. Este piloto se completó dentro del año académico escolar, donde se aplicó el TMHHSCG como pretest y post test. Los hallazgos demostraron que el nivel de ASM de los participantes mejoró la calidad de la remisión de la escuela a los servicios de salud; y facilitó la colaboración entre los sectores de salud y educación (151).

Por otro lado, *The Chair Team* dirigido por Kids and Learning First (Departamento de Educación de Nueva Escocia, 2012) y en asociación con el DOE, implementó un plan de estudios de ASM para estudiantes de noveno grado en Nueva Escocia. Este recurso proporcionó el componente fundamental del Modelo de Pathway to Care (130).

The Guide fue diseñada para aumentar el conocimiento sobre la salud mental y los trastornos mentales, mejorar las actitudes hacia la salud mental y los trastornos mentales, y promover comportamientos de búsqueda de ayuda. Se utilizó una implementación adicional en dos escuelas de la Junta Escolar Regional del Tri-Condado en Nueva Escocia donde se estudiaron diferentes enfoques para integrar *The Guide*: la distribución de los módulos en diferentes áreas temáticas en lugar de mantener los módulos juntos como un bloque, que igualmente se midió con un pretest y post- test. Los resultados y las recomendaciones obtenidas fueron similares a los recibidos en el primer piloto. Lo que permitió que *The Guide* se integrara en el plan de estudios de las escuelas provinciales como parte del curso de Vida Saludable en educación secundaria (151).

Con los resultados positivos y las lecciones aprendidas del programa piloto, *The Chair Team* obtuvo la aprobación para integrarla dentro de la junta escolar más grande de la provincia, la Junta Escolar Regional de Halifax (HRSB). En colaboración con los Servicios Estudiantiles y el apoyo docente de la HRSB, en el año 2012, la capacitación de la Guía se impartió a todos los profesores del curso de Vida Sana (n = 89), quienes se esperaba que enseñaran el contenido en sus aulas. La evaluación previa y posterior a la capacitación docente demostró mejoras significativas en el conocimiento de los docentes. Se

encontraron resultados similares para las actitudes hacia el trastorno mental (151). La evaluación del programa demostró que los docentes mostraron una mejora significativa en el conocimiento de la salud mental luego de la capacitación en comparación con la base de conocimientos de pre - entrenamiento ($d = 1.85$). El tamaño del efecto de la capacitación sobre la mejora del conocimiento excede sustancialmente la convención de Cohen para el tamaño del efecto ($d = 0,8$). Aunque las actitudes de los docentes hacia la salud mental eran positivas antes de la capacitación, sus actitudes mejoraron significativamente después de la capacitación. Se encontraron resultados similares con respecto a la mejora del conocimiento ($d = 2.0$), así como un cambio significativo de actitud ($d = 0.53$).

Paralelamente a la aplicación del programa de Nueva Escocia, surgió una oportunidad para ayudar en la implementación de *The Guide* en Ontario, la provincia más grande de Canadá. Allí, a diferencia de Nueva Escocia, fue presentada por un centro de atención terciaria de salud mental, el Centro de Ciencias de la Salud Mental de Ontario Shores (Ontario Shores) que trabajaba en colaboración con *The Chair Team*. Ontario Shores lanzó su Programa de ASM para Adolescentes en el año 2011, asociándose con *The Chair Team* para capacitar a los profesores ($n=31$) en cuatro juntas escolares, donde la evaluación previa y posterior sobre el conocimiento y las actitudes fueron consistentes con los hallazgos de Nueva Escocia. El nivel de ASM de los docentes aumentó después de la capacitación ($d = 1.2$). Las actitudes hacia la salud mental fueron positivas antes del entrenamiento y se mejoraron aún más después del entrenamiento ($d = 0,44$) (151).

Después de esta capacitación, 409 estudiantes participaron en un estudio de investigación transversal donde se aplicó el TMHHSCG al inicio del estudio, inmediatamente después de la capacitación, y al seguimiento de dos meses. En comparación con la línea de base, el conocimiento de los estudiantes mejoró de manera sustancial inmediatamente después de la capacitación ($d = 0.9$), y se mantuvo después de dos meses ($d = 0.7$). Las actitudes de los estudiantes también mejoraron significativamente después de la capacitación, y nuevamente se mantuvieron a los dos meses de seguimiento ($d = 0.18$).

Considerando los positivos resultados del Programa de ASM para Adolescentes que en conjunto con la aplicación del TMHHSCG, demuestra que *The Guide* se puede llevar a cabo de manera efectiva independientemente de la estructura, infraestructura o consideraciones de proceso de cualquier jurisdicción en particular.

Simultáneamente, se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorio (ECA) sobre la efectividad *The Guide*, dirigido por la Universidad de Ottawa y el Centro de Atención e Investigación de Salud Mental de Royal Ottawa, en 26 escuelas secundarias en la ciudad de Ottawa, entre 2010 y 2013 (139). Este estudio midió con el TMHHSCG; captación y retención de conocimientos en salud mental; reducción del estigma y eficacia en la búsqueda de ayuda en 534 estudiantes. El estudio analizó si *The Guide* promovía la eficacia de la búsqueda de ayuda de los estudiantes. Esta variable adicional no se había abordado previamente en los estudios llevados a cabo en Nueva Escocia o en Ontario Shores. Los datos evidenciaron que el grupo de control no demostró cambios estadísticamente significativos en ninguno de los tres resultados medidos. Sin embargo, el grupo de currículo combinado con *The Guide* demostró mejoras significativas en los tres resultados: conocimiento, actitudes y eficacia en la búsqueda de ayuda.

Con respecto a los estudios revisados, Wei et al. (151) señala que el desarrollo de cada intervención ha sido acompañado por una evaluación e investigación sustancial. Asimismo, indica que en este modelo el impacto del currículo en el conocimiento y las actitudes de los estudiantes y profesores se midió utilizando el TMHHSCG como pretest y post test. El uso de esta prueba como pre -post test permite a las escuelas realizar un seguimiento de los efectos de la intervención tanto en los estudiantes como en los docentes a lo largo del tiempo.

Los ejemplos de la implementación del Modelo de Pathways to Care y la evidencia de investigación relacionada muestran que puede ser un marco útil si es adoptado por otros educadores e investigadores en diversos lugares, para promover la ASM escolar y la identificación temprana de trastornos mentales en sus entornos escolares. Actualmente, otras provincias canadienses participan activamente en la aplicación y evaluación de estos

programas con este enfoque. Otros países, como Malawi (152); Tanzania (153), Nicaragua (154) también han traducido, adaptado, implementado y evaluado *The Guide* en sus entornos escolares. Todas estas iniciativas han demostrado resultados positivos similares a los que se han desarrollado en Canadá.

En relación con las críticas que se realizan a los instrumentos que evalúan la ASM, señalar que una de las fortalezas que presenta el TMHHSCG es que proporciona una puntuación total o subescala, lo que permite medir una serie de atributos con lo cual se puede comparar cuál de estos podría ser relevante para mejorar el nivel de ASM. Por otro lado, las preguntas realizadas en cada una de las secciones del TMHHSCG permiten una lectura objetiva lo que proporciona una medición más precisa del conocimiento que se tiene sobre los trastornos mentales separada de creencias y actitudes subjetivas. Otra fortaleza del TMHHSCG es que se ha utilizado en múltiples entornos y poblaciones no solo en Canadá, sino en diferentes países.

Finalmente, y en función de todo el análisis efectuado, se escogió este instrumento. Contactados sus autores estos tuvieron una disposición inmediata en compartir el instrumento al informarles el objetivo de adaptarlo y validarlo en Chile, quienes además han aportado con sus conocimientos y experiencia tanto en el diseño metodológico de la tesis. Otro motivo importante fue la falta en Chile de un instrumento que mida todas las dimensiones de la ASM especialmente en adolescentes escolarizados y jóvenes universitarios.

PARTE II

2. Formulación del Problema

Con respecto a los trastornos mentales es necesario diferenciar entre malestares transitorios o circunstanciales y patrones psicopatológicos en la adolescencia (155). A su vez, se requiere distinguir entre problemas (no patologías) que aparecen y son propios de la adolescencia, de los que se originan en etapas más tempranas del desarrollo y de otros que permanecen, se estabilizan y persisten (155).

El sistema educativo formal, medio y superior universitario parecen ser uno de los contextos que tiene una cobertura de todos o casi todos los jóvenes (122) y por tanto es apropiado para la promoción de la salud mental y para la prevención y detección temprana de sus alteraciones (156). Una acción de relevancia en el campo de la promoción y prevención es lo que se ha denominado ASM.

Los estudios en este campo han encontrado que, entre los adolescentes y jóvenes, la falta de conocimiento en trastornos mentales es común, con tasas de reconocimiento de aproximadamente el 50% para la depresión y el 25% para la psicosis (123). En nuestro país, la falta de conocimiento respecto de las enfermedades mentales y el estigma asociado con estas constituyen los principales motivos de por qué los chilenos no buscan tratamiento (124).

La ASM en adolescentes tiene importantes consecuencias para la identificación e intervención temprana de problemas de salud mental. Esta intervención temprana puede, modificar favorablemente la evolución de los trastornos mentales. Los estudios han demostrado que la búsqueda temprana de ayuda disminuye efectos adversos sociales, educativos y vocacionales en personas con trastorno mental (157).

Desde el inicio del concepto de la ASM en 1995, se han realizado amplios estudios, particularmente sobre su evaluación en diferentes países como Australia, Estados Unidos y Canadá (49). Los estudios de ASM en adolescentes y jóvenes en comparación con la población adulta son mucho menos. En países latinoamericanos son escasos. Hasta donde

fue posible identificarlos, existen dos; uno realizado en México con estudiantes universitarios (158) y un estudio reciente sobre evaluación de los beneficios de un currículo de salud mental para jóvenes en Nicaragua (154). En Chile, estudios en ASM global no han sido llevados a cabo.

Investigaciones muestran que la mayoría de los adolescentes y jóvenes que cumplen con los criterios para un trastorno mental retrasan o no buscan ayuda profesional para estos problemas (83), las razones más frecuentes de retraso en la búsqueda de tratamiento, han sido la falta de reconocimiento de que el problema es un trastorno mental y un conocimiento deficiente sobre las formas adecuadas de ayuda (159). Asimismo, muchos jóvenes no buscan ayuda o posponen la búsqueda de ayuda debido a diversas barreras personales y estructurales, tales como: miedo al estigma y la discriminación asociada con la depresión (por ejemplo, se considera una debilidad); preocupaciones sobre la confidencialidad y el anonimato; falta de conocimiento sobre la disponibilidad de ayuda; la percepción generalizada de que, dentro de este grupo de edad, los signos y síntomas reflejan solo una crisis temporal ; y la falta de respuestas apropiadas por parte de pares y adultos, a menudo porque no saben cómo actuar, permitiendo que el problema empeore (159). Muchas de estas barreras se relacionan con la disminuida ASM. La consiguiente falta de ayuda o retraso en la búsqueda de ayuda puede llevar a peores resultados de salud y posiblemente a la cronicidad (59).

Al igual que con otros jóvenes, los estudiantes universitarios deben saber cómo actuar para ocuparse de los problemas de salud mental, ya sea buscando ayuda profesional o métodos de autoayuda adecuadas. Dado que, aproximadamente tres cuartas partes de los trastornos mentales se pueden diagnosticar antes de los 25 años (160), el período de transición de la educación secundaria a la universidad es un tiempo crucial para mejorar la ASM de estos jóvenes. Las consecuencias negativas de los trastornos mentales no reconocidos y no tratados incluyen, entre otros, un mayor riesgo de numerosas enfermedades físicas y abuso de sustancias, un rendimiento académico más bajo, problemas en las relaciones interpersonales y el funcionamiento social. (161). Otra de las barreras de tratamiento de

salud mental en los jóvenes es que parte de estos deben emigrar geográficamente de su hogar, lo que los separa de sus redes de apoyo habituales (162).

Aun cuando el interés por abordar las necesidades de salud mental en las instituciones universitarias está aumentando (163), la mejora en el campo de la ASM se ha visto obstaculizada por falta de programas basados en la evidencia.

La evidencia de niveles relativamente bajos de ASM en la población general, ha llevado a campañas comunitarias para realizar intervenciones y así mejorarlos en varios países (164-165). Idealmente, estas campañas debieran estar dirigidas a la etapa de la vida donde es más probable la primera aparición de trastornos, es decir, adolescentes y jóvenes y en quienes los apoyan como familiares, amigos, profesores.

Varios dispositivos incluyendo educativos, servicios de salud, residencias, redes sociales y actividades extracurriculares presentes en las instituciones universitarias las convierte en un escenario privilegiado para la prevención e intervención temprana en ASM. Sin embargo, no se ha utilizado adecuadamente todo su potencial (163).

Entre los jóvenes universitarios, en particular los estudiantes de niveles socioeconómico más bajos, aun cuando muchos pueden gestionar eficazmente sus responsabilidades, estudios indican que tienen un mayor riesgo de angustia en comparación con aquellos que no son estudiantes (35). También, se observa entre los estudiantes un consumo excesivo de alcohol y el uso indebido de sustancias (166). En cuanto a los problemas de salud mental de estos jóvenes se ha demostrado que afectan no solo el rendimiento académico, sino que las tasas de abandono (35). Tales impactos educativos pueden tener consecuencias de por vida, particularmente si los estudiantes no completan la universidad.

Ahora bien, la adopción de medidas adecuadas frente a un problema de salud mental está influenciada por una serie de factores individuales y estructurales que interactúan. Los factores individuales incluyen el estigma y la ASM. Los factores estructurales incluyen los sistemas de apoyo a la familia, la institución educativa o la comunidad y las estructuras del sistema de salud (167). La gran mayoría de los jóvenes con depresión y trastornos

relacionados, no buscan o retrasan la búsqueda de ayuda profesional, y existe cierta evidencia de que también son reacios para acceder a los servicios formales de apoyo en salud mental que se encuentran en las instituciones universitarias (167).

En consecuencia, considerando todo lo descrito anteriormente creemos de máxima importancia que en Chile podamos contar con un instrumento para identificar el nivel de ASM en estudiantes secundarios y universitarios chilenos. Por ello, la presente investigación adapta y valida un instrumento en ASM, el *Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHHSCG)* creado por el equipo de *Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health, Dalhousie University / IWK Health Centre* de Canadá.

En Chile, existen instrumentos que miden algunas de las dimensiones que aparecen en el *Test Mental Health & High School Curriculum Guide*. No obstante, se requería de un instrumento multidimensional donde se incorporarán todos los componentes de la ASM.

Considerando el planteamiento del problema se formulan las siguientes preguntas de investigación:

- 1.- El Test de ASM *Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHHSCG)*, en su versión adaptada, (TMHHSCG-CL), ¿es adecuado al lenguaje y al contexto cultural en adolescentes de enseñanza media y jóvenes universitarios chilenos?
- 2.- ¿El Test de ASM, TMHHSCG- CL en su versión adaptada, presenta evidencias de validez y confiabilidad (consistencia interna, confiabilidad análisis de validez estructural / factorial)?

2.1. HIPÓTESIS

Hipótesis 1:

La versión del TMHHSCG-CL, adaptado cuenta con un lenguaje comprensible y adecuado al contexto cultural en adolescentes de enseñanza media y jóvenes universitarios chilenos

Hipótesis 2:

El TMHHSCG –CL adaptado en adolescentes de enseñanza media y jóvenes universitarios chilenos, cuenta con consistentes indicadores de validez y confiabilidad (consistencia interna, confiabilidad análisis de validez estructural / factorial).

Hipótesis 3:

En relación con la multidimensionalidad del constructo, el TMHHSCG-CL mide todas las dimensiones que componen la ASM.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo General

Traducir, adaptar y validar el Test TMHHSCG al contexto cultural nacional en adolescentes de enseñanza media y jóvenes universitarios chilenos.

2.2.2 Objetivos específicos

- Traducir y adaptar al lenguaje y al contexto cultural el TMHHSCG en adolescentes de enseñanza media y jóvenes universitarios chilenos
- Determinar los indicadores de validez (de contenido, criterio y constructo) y confiabilidad (consistencia interna) de la versión adaptada del TMHHSCG - CL.
- Determinar la multidimensionalidad del TMHHSCG-CL en las sub-escalas que constituyen las distintas dimensiones de la ASM.

PARTE III

3. MATERIAL y METODO

3.1 Diseño del estudio

Este diseño corresponde a la categoría de instrumental porque tiene como objetivo traducir y adaptar una escala mediante una serie de pasos controlados y luego realizar un análisis de sus propiedades psicométricas (168). Específicamente, el presente estudio se enfoca en la traducción y adaptación y validación del Test de Alfabetización en Salud Mental, denominado Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHHSCG).

3.2 Población

Se consideró como población a estudiantes de educación secundaria (enseñanza media en Chile) de la comuna de Talcahuano, de establecimientos públicos y particular subvencionado y a estudiantes universitarios de una Universidad Pública de la comuna de Chillán.

3.2.1 Muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Para calcular el tamaño de la muestra en un estudio instrumental se debe considerar el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Puesto que no existe un criterio o norma definitiva sobre el número de sujetos necesario (169) se revisó la literatura al respecto para llegar a un consenso.

Según Lloret-Segura et. al (170) para un AFE el cálculo de tamaño muestral se distinguen dos enfoques diferentes: 1) un tamaño mínimo (N) 2) proporción de personas por ítem (N/p).

Algunos estudios clásicos del primer enfoque (171-172) sugieren un tamaño muestral mínimo (N), que oscile entre 50 y 400 sujetos. De ahí que una de las recomendaciones

clásicas por excelencia es que un tamaño de 200 casos o más (excepto en muestras clínicas) es suficiente para la mayor parte de los análisis descriptivos y psicométricos de los ítems, si el test a validar no es muy largo (170). Por otra parte, desde el segundo enfoque, basado en personas/ítems (N/p), la recomendación más habitual es “la regla de los 10”: es decir el criterio de 10 personas por ítem (173).

No existe un consenso en los investigadores en cuanto al número de sujetos son necesarios para que las estimaciones del AFC sean fiables. Más que un N determinado, lo que sí parece claro es que la fiabilidad del modelo depende mucho de su complejidad y del número de sujetos con que cuenta el investigador para contrastarlo (174). Debido a que estos procedimientos se basan en la teoría de muestras grandes (175) varios autores han afirmado que se requieren tamaños de muestra mínimos para realizar e informar de manera confiable los hallazgos del estudio. Por ejemplo, se ha recomendado comúnmente un mínimo de 200 observaciones para el AFC; sin embargo, otros han sugerido que un umbral de 300 observaciones es más apropiado (175).

Una orientación más segura es que el número de sujetos no baje de 200 y que al menos haya 5 sujetos por ítem. También se ha indicado en una revisión de 60 análisis factoriales de Henson y Roberts (176), que la media sea de 11 sujetos por variable.

En la presente investigación el criterio utilizado inicialmente fue que el tamaño de la muestra fuera determinado por el número de ítems a evaluar, y se utilizó el criterio de 10 personas por ítem. Por consiguiente, se estableció un tamaño de muestra de 620 estudiantes

Para realizar un análisis de poder para demostrar la adecuación de la muestra se utilizó la calculadora de poder para los estudios con SEM de Westland.

Esta considera el tamaño del efecto, nivel de significación y potencia, variables latentes y observadas. Se utilizó un tamaño del efecto esperado 0,3; nivel de potencia estadística deseado, 0.8; número de variables latentes 5 y número de variables observadas, 69 de acuerdo al TMHHSCG-CL en su primera aplicación y 48 variables observadas en la segunda aplicación del Test.

El cálculo indicó un mínimo de $n=150$ para la primera y segunda aplicación.

Los criterios de inclusión para la muestra de educación secundaria fueron:

- Edad comprendida entre los 13 y 15 años de edad - Consentimiento informado por parte de los padres.

La muestra de adolescentes escolarizados estuvo compuesta por 249 estudiantes de un establecimiento público y 205 estudiantes de un Colegio Particular subvencionado. En ambas instituciones, los alumnos pertenecían a cursos de primero y segundo medio. La muestra final estuvo compuesta por 438 estudiantes, con una media de edad de 15,2 años en el Liceo municipal y 14,8 años en el Colegio particular subvencionado. La muestra total estuvo constituida por 205 mujeres (46,9%) y 231 hombres (52,8%).

En el caso de los estudiantes universitarios la muestra total fue de $n= 434$, estuvo compuesta por estudiantes jóvenes universitarios de pregrado de todas las carreras con rango de edad entre 17 y 24 años con una media de edad de 22,31, constituida por 337 mujeres (78%) y 95 hombres (22%).

La muestra final del estudio quedó constituida por $N=888$.

3.3-. Instrumentos

Se aplicó una batería donde se encontraba el TMHHSCG-CL y 5 pruebas más (Anexo.1), destinadas a identificar indicadores de validez de criterio y de constructo: (1) The Mental Health Literacy Scale (MHLS); (2) Escala de Distancia Social (DS); (3) Cuestionario GHSQ-V, (búsqueda de ayuda) ambas versiones validadas en Chile; (4) Escala de síntomas GHQ- 12 y (5) Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener, versión corta 1985, ambas validadas en Chile.

Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHHSCG) (Anexo 2). Es un Test que permite medir la Alfabetización en Salud Mental a través de cinco secciones que incluyen los componentes principales del constructo (Tabla 1).

La primera sección contiene 30 ítems que evalúan los conocimientos generales de salud mental. Los ítems se presentan en formato "verdadero o falso" y "no sé". Los estudiantes reciben instrucciones de usar la opción "no sé" si no conocen la respuesta. Posteriormente, al tabular los resultados se asigna un valor 0 a las respuestas incorrectas y 'no sé' y un valor 1 a las correctas.

La segunda sección comprende 12 ítems para examinar actitudes relacionadas con trastornos mentales. Estos ítems incluyen declaraciones sobre trastornos mentales y (o) personas con un trastorno mental. Con una escala tipo Likert de 7 puntos. El valor mínimo 1 (Totalmente en desacuerdo), equivale a menor estigma y el valor 7 (Totalmente de acuerdo), mayor estigma. Esta parte el test aborda varios constructos de estigma, como la distancia social y el estigma personal y percibido.

La tercera sección es, acerca de la búsqueda de ayuda, consta de tres apartados con un total de 18 preguntas relacionadas con la búsqueda de ayuda. Esta sección en el Piloto 1 presento problemas de comprensión de parte de los alumnos específicamente en las dos primeras partes, por lo que en el segundo piloto se decidió en conjunto con los creadores del Test dejar solo la última parte, que corresponde a búsqueda de ayuda individual y búsqueda de ayuda para otro, si se presenta un problema o trastorno mental. Con una escala tipo Likert de 7 puntos, donde valor mínimo 1 (Totalmente en desacuerdo) corresponde a una menor intención de buscar ayuda y el valor máximo 5 (Totalmente de acuerdo) que indica mayor intención de buscar ayuda.

La cuarta sección consta de 10 preguntas de la Escala de estrés percibido (Perceived Stress, PSS), incluye una serie de consultas directas sobre los niveles actuales de estrés experimentado. Las preguntas se refieren a sentimientos y pensamientos de incapacidad y seguridad de tener el control de las cosas, durante el último mes. Es una Escala Likert de 5 puntos, donde el valor mínimo es 1 (Nunca) y el máximo es 5 (Mucha frecuencia).

La última sección del TMHHSCG corresponde al Índice de Bienestar, de la OMS (Five Well-Being Index (WHO-5) es una medida breve y auto- informado del bienestar mental

actual. Con escala tipo Likert de 6 puntos. Donde el valor mínimo es 1 (Nunca), Menor Bienestar emocional y el valor máximo 5 (Siempre) Mayor Bienestar emocional.



Tabla.1 Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHHSCG)

Dimensiones	Preguntas	Valor Mínimo	Valor Máximo
Sección A: Conocimiento	30 ítems / V o F /No sé	0: Respuesta incorrecta/ No sé	1: Respuesta correcta
Sección B: Estigma	12 ítems/ Escala Likert 5 puntos	5: Totalmente en desacuerdo: Menor estigma	1: Totalmente de acuerdo: Mayor estigma
Sección C: Búsqueda de ayuda	5 ítems/ Escala Likert 5 puntos	1: Totalmente en desacuerdo: Menor intención de buscar ayuda	5: Totalmente de acuerdo: Mayor intención de buscar ayuda
Sección D: Estrés Percibido	10 ítems /Escala Likert 5 puntos.	1: Nunca: Menor Percepción de sentir seguridad y control sobre las cosas. Menor Percepción de sentir estrés e incapacidad de enfrentar problemas.	5: Con mucha frecuencia: Mayor Percepción de sentir seguridad y control sobre las cosas. Mayor Percepción de sentir estrés e incapacidad de enfrentar problemas.
Sección E: Índice de Bienestar (WHO-5)	5 ítems/ Escala Likert 5 puntos.	1: Nunca Menor Bienestar emocional	5: Siempre Mayor Bienestar emocional



The Mental Health Literacy Scale (MHLS) (177): Evalúa atributos de la ASM (conocimiento y estigma). Es una escala univariada de 35 ítems, en versión inglés, siendo el test en ASM que más se acerca al TMHHSCG por lo que se realizó el mismo procedimiento de adaptación cultural y de lenguaje. Para este estudio se eligieron 19 preguntas del total de la escala que tributan a la validez de criterio. La distribución de las preguntas quedo en 10 ítems sobre Conocimientos de Enfermedad Mental, donde el valor mínimo 1(Muy improbable), muestra Desconocimiento y el valor máximo 4 (muy probable) indica Conocimiento sobre Enfermedad Mental, y 9 preguntas que refieren a estigma, el valor mínimo 1 (Totalmente en desacuerdo) indica Menor estigma y el valor máximo 5 (Totalmente de acuerdo) mayor estigma.

Escala de Distancia Social (DS): Este instrumento fue desarrollado por Link (178) et al., evalúa las actitudes públicas hacia las personas con trastornos mentales graves. En la adaptación en una muestra chilena (179), los investigadores agregaron al instrumento original una pregunta más general sobre la disposición a conversar con alguien que presente un Trastorno Mental Grave, y además elaboraron una viñeta sobre una persona con esquizofrenia que se adaptó al contexto local. Es una escala tipo Likert de 5 puntos, con un total de 5 preguntas, donde el valor mínimo 1(Totalmente en desacuerdo) indica Menor Estigma y el valor máximo 5 (Totalmente de acuerdo), Mayor estigma.

Cuestionario General de Búsqueda de Ayuda versión viñeta (GHSQ-V): Está formado por 10 ítems que describen una serie de situaciones(viñetas) que vive un (a) adolescente, en las cuales podría requerir buscar ayuda, tanto en familiares y amigos como en profesionales. Estudio de Olivari y Guzmán-González (79) validaron la última versión de este cuestionario; versión viñeta (GHSQ-V) de Wilson et al. (167) en población adolescente y juvenil chilena. Presenta una escala Likert de 7 puntos. El valor mínimo 1(muy poco Probable) indica poca intención de Buscar ayuda y el valor máximo 7(muy probable) Intención de Buscar ayuda.

Escala de síntomas GHQ- 12: Este instrumento fue elaborado por David Goldberg con el objetivo de detectar psicopatología de manera rápida y sensible (180). Este cuestionario es

aplicado en la Guía Clínica Depresión (181) en personas de 15 años y más. Es de tipo autoinforme, con 12 preguntas, representadas en una escala Likert de cuatro alternativas que varían según cada ítem, en Bienestar psicológico y Malestar psicológico, donde el valor mínimo 1 (mejor que lo habitual) y el valor máximo 4 (mucho menos que lo habitual).

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS): Escala que tiene como característica central el poseer varios ítems que permiten abordar los aspectos cognitivos vinculados al bienestar subjetivo (182). Estudios realizados por Álvarez et. al (183) y en Cárdenas et al. (184) se adaptaron y validaron la escala en adolescentes y jóvenes universitarios chilenos, respectivamente. Escala consta, 5 preguntas tipo Likert, siendo el mínimo 1 (Totalmente en desacuerdo) que indica un nivel de insatisfacción vital extrema o Muy Insatisfecho y valor máximo de 5 (Totalmente de acuerdo) que muestra un alto grado de satisfacción vital o Altamente satisfecho.

Tabla. 2 Síntesis de Instrumentos

Escala	Factores (con siglas utilizados para este estudio)
Validez de Constructo: Escala de Distancia Social	DS.1: Cercanía e interacción social; DS.2: Intimidad y confianza
Validez de Constructo: Cuestionario GHSQ-V, Búsqueda de ayuda	Ol.1: Búsqueda Informal: Familiares y amigos Ol.2: Búsqueda Formal: Profesionales Búsqueda de ayuda para Ansiedad (1) Depresión (2), ansiedad e Ideación Suicida (3)
Validez de Criterio: The Mental Health Literacy Scale (MHLS)	O connors: Conocimientos sobre EM y estigma
Validez de Criterio Concurrente: Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener (versión corta 1985)	vida: satisfacción vital
Validez de Criterio Concurrente: Cuestionario Goldberg- GHQ-12	Goldberg: Bienestar psicológico y malestar psicológico

3.4 Procedimiento

3.4.1 Adaptación cultural y de lenguaje

En esta etapa se tradujo el instrumento partiendo de su versión original y procurando mantener la estructura del cuestionario. El objetivo fue conseguir que el instrumento resultante mantenga la equivalencia semántica, idiomática, conceptual y experiencial con el cuestionario original (185). Para la adaptación del TMHHSCG al idioma español chileno se siguió la metodología de traducción y retro traducción propuesta por Guillemin (186) y Ramada-Rodilla et al. (187) y Muñiz Elosua, y Hambleton (188). Consta de los siguientes pasos:

(1) Traducción Directa: se realizó una traducción conceptual del instrumento. Donde participaron dos traductoras bilingües independientes cuya lengua materna era el español. A una de ellas se le dio a conocer los objetivos y conceptos relevantes del Test. La otra traductora no se le entregó esta información previa. Se les solicitó realizar un informe sobre las traducciones realizadas, indicando dificultades de comprensión o de palabras muy técnicas o poco comunes para el contexto chileno (Anexo 3).

(2) Síntesis de Traducciones: En esta etapa se realizaron reuniones semanales con ambas traductoras para comparar las traducciones, donde se identificaron y discutieron las versiones traducidas para llegar a un consenso. Finalmente se solicitó que realizaran un solo informe del proceso, y el Test traducido se envió a retrotraducción.

(3) Traducción inversa (retro traducción): la versión traducida previamente, se solicitó retrotraducir a una traductora miembro de IAPTI • *Internatl Assn of Professional Translators & Interpreters* cuya lengua materna es el inglés, no se le entregó información sobre el tema y los objetivos del estudio. En conjunto se revisó esta nueva versión para determinar diferencias semánticas o conceptuales entre el Test original y la versión traducida en paso anterior. Finalmente se solicitó realizar un informe (Anexo 4)

3.4.2 Evaluación de jueces expertos (Validación de contenido)

La última etapa del proceso de traducción es la consolidación por un comité de expertos para comparar versiones de origen y final. De acuerdo con Ramada-Rodilla et al. (188) este comité debe ser multidisciplinario, por ello estuvo constituido por 10 jueces; dos psicólogos clínicos, dos académicos universitarios especialistas en investigación de problemáticas infanto-juveniles, dos trabajadores sociales, un docente de educación secundaria, un docente de educación diferencial, dos funcionarios de reparticiones públicas de educación (Dirección de Administración de Educación Municipal) y salud (Dirección de Administración de Salud) expertos en temas relacionados en políticas públicas en adolescentes y jóvenes. El objetivo del comité fue garantizar que la traducción fuera completamente comprensible y verificar la equivalencia intercultural de la fuente y las versiones finales. Se aseguro que el cuestionario pre-final resultara comprensible para una persona escolarizada con conocimientos equivalentes a un individuo de 12 años de edad (188).

Para realizar el procedimiento de evaluación se envió una pauta (Anexo 5) donde se solicitó que en su calidad de Experta(o), evaluará la correspondencia de cada uno de los reactivos con puntaje de 1 a 5 en el espacio asignado. Los criterios utilizados fueron: Pertinencia al constructo, Claridad de los ítems de la sección y Lenguaje adecuado al público objetivo. En caso de no encontrar correspondencia se le solicitó señalar la razón en espacio de observaciones.

De acuerdo a la puntuación otorgada por los jueces expertos a cada uno de los criterios se eliminaron dos preguntas de la sección A del TMHHSCG-CL debido a reactivos que contenían palabras muy técnicas o la redacción era confusa

Ítem 2: *Las personas que padecen una enfermedad mental pueden al mismo tiempo tener salud mental.*

Ítem 18: *Un medicamento ISRS y la terapia cognitivo-conductual se administran de manera conjunta para tratar eficazmente el trastorno obsesivo compulsivo.*

De igual forma la escala de Likert se acoto de 7 a 5 puntos en las secciones B y C y sección E se acoto de 6 a 5 puntos, de acuerdo a observaciones indicadas por jueces expertos en pauta de evaluación.

3.4.3 Entrevista Cognitiva.

Luego de obtener la versión revisada por jueces expertos, se aplicaron Entrevistas Cognitivas. Estas constituyen un método cualitativo y flexible destinado a examinar los procesos cognitivos que lleva a cabo quien responde un test (189). Estas constituyen una importante herramienta en los procesos de construcción y validación de cuestionarios, convirtiéndose en una de las técnicas más frecuentes para evaluar la evidencia de validez basada en el proceso de respuesta (Validez aparente) (190).

La entrevista se llevó a cabo en una muestra de 10 adolescentes escolarizados, se les solicitó: subrayar las palabras desconocidas o que no entendieran y responder el cuestionario señalando las preguntas de difícil comprensión (Anexo 6). Su realización permitió evaluar la calidad de la traducción, la adaptación cultural y la aplicabilidad o viabilidad del cuestionario. Asimismo, permitió calcular si el tiempo de cumplimentación se encontraba dentro de límites razonables.

Se registraron los principales comentarios realizados por los estudiantes en la entrevista tras lo cual se realizaron los cambios necesarios en el TMHHSCG-CL. Siendo palabras como **estables e influir** que no se comprendía el significado en la redacción del reactivo.

Después de estos procesos se obtuvo una primera versión adaptada.

3.4.4 Obtención de autorizaciones.

Al contar con él instrumento se contactó a los directores de los establecimientos de educación secundaria para invitarlos (Anexos 7 y 8) a participar del estudio, una vez obtenida su autorización (Anexos 8 y 9), se visitaron las reuniones de apoderados y se contactó al padre, madre o apoderado de los estudiantes para solicitar su consentimiento informado. En el caso de los estudiantes universitarios se solicitaron previamente las autorizaciones correspondientes a las unidades académicas respectivas de la Universidad,

en la persona de sus decanos y directores de escuela, para ser presentados al Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad.

3.4.5 Aplicación de instrumentos

En los estudiantes de secundaria los instrumentos, fueron administrados en una sola sesión, en el horario regular de clases, en el establecimiento educacional, cautelando en todo momento la confidencialidad.

En el caso de los estudiantes universitarios la aplicación del TMHHSCG-CL se llevó a cabo a través de formulario digital en la plataforma Google Forms. Al ser un Test en línea, la información y consentimiento informado se aceptaba y se desplegaba el Test.

3.5 Análisis de Datos

La validación es la etapa siguiente a la adaptación transcultural. Consiste en comprobar las propiedades psicométricas de un instrumento y asegurar la confiabilidad y validez, cada una de estas propiedades fue realizada de acuerdo a un método de análisis que se presenta en Tabla 3 y Tabla 4, respectivamente:

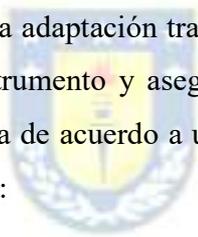


Tabla.3 Técnicas para estimar la validez Fuente: Fuente (Adaptación de Bernal Ruiz (191)

Validez de Constructo	Método de evaluación utilizado
<p>Grado en que un instrumento mide los fundamentos teóricos, conceptuales sobre los que se ha desarrollado o construido (198,199).</p> <p>Es el grado en que las mediciones que resultan de las respuestas del cuestionario pueden considerarse una medición del fenómeno estudiado.</p> <p>Se relaciona con la coincidencia de medida con otros instrumentos que midan la misma dimensión. Esta validez determina la relación del instrumento con la teoría y la conceptualización teórica.</p>	<p>Existen varios métodos para su evaluación, que deben realizarse cuando el fenómeno no es posible comparar con un Gold Estándar.</p> <p style="text-align: center;">MÉTODOS ESTADÍSTICOS</p> <p><u>Análisis factorial</u>: conjunto de técnicas estadísticas que permiten examinar la estructura de un instrumento identificando dimensiones que explican las correlaciones entre los ítems.</p> <p><u>Correlaciones con otras medidas del constructo</u>: se trata del análisis de correlación entre un nuevo test y otros tests ya validados como evidencia de que el nuevo test mide el mismo constructo.</p> <p><u>Matriz multirasgomultimétodo</u>: Se calculan las correlaciones y se presentan en forma de una matriz. Se obtienen los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coeficientes de fiabilidad: correlaciones entre medidas del mismo constructo usando el mismo método de medida. - coeficientes de validez convergente: correlaciones entre medidas del mismo constructo usando diferentes métodos. - coeficientes de validez discriminante: correlaciones entre medidas de diferentes constructos usando el mismo método de medida o entre diferentes constructos utilizando distintos métodos.
Validez de Contenido	Método de Evaluación Utilizado
<p>Grado en que la herramienta es capaz de medir la mayor parte de las dimensiones, del constructo (192,193)</p> <p>Expresa el grado en que el contenido de un test constituye una muestra representativa de los elementos del constructo que pretende evaluar.</p> <p>Se considera que un instrumento es válido en su contenido si contempla todos los aspectos relacionados con el concepto que mide. Para ello es necesario tener una idea clara de los aspectos conceptuales que se van a medir</p>	<p>En la validación de contenido deben seguirse las siguientes fases.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Definición del universo de observaciones admisibles 2) Identificación de expertos en dicho universo 3) Juicio de los expertos acerca del contenido del test 4) Procedimiento para resumir los datos resultantes <p>Se basa en el juicio subjetivo y acuerdo de expertos con relación a la correspondencia entre la redacción de reactivos y los temas o áreas a evaluar.</p> <p>Modelo de Fehring: Explora si el instrumento mide el concepto que quiere medir con la opinión de un grupo de expertos.</p>

Validez Aparente	Método de evaluación utilizado
Se refiere al grado en que el test, a juicio de los expertos y de los participantes, mide de forma lógica lo que quiere medir.	Entrevistas cognitivas
Validez de Criterio	Método de evaluación utilizado
Expresa las relaciones del constructo con otros constructos, operacionalizada, en general, en términos de correlaciones y regresiones del test con otras medidas (192 -193)	Correlación del instrumento con un criterio externo aceptado y validado que se toma como referencia ideal.
<p>Validez de Criterio Concurrente:</p> <p>Mide el grado de correlación entre dos medidas del mismo concepto al mismo tiempo y en los mismos sujetos. Puede medir la correlación con el instrumento en global o de cada ítem.</p>	<p>Se expresa por coeficientes de correlación se puede cuantificar mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson (r).</p> <p>El valor $r = 0$ indica ausencia de correlación. El valor $r = +1$ indica correlación máxima positiva y dependencia lineal. El valor $r = -1$ da la correlación máxima negativa y dependencia lineal.</p> <p>Valor entre -1 y 1. Medidas entre 1, < 1 indican equivalencia entre test, resultados parecidos con su uso indistinto y posible intercambio. Correlaciones bajas entre 0 y <1 dejan ver formas de instrumentos no equilibras en sus contenidos, con énfasis distintos y medición de diferentes características del fenómeno.</p>

Tabla. 4 Técnicas para estimar la confiabilidad o fiabilidad

	Consistencia interna	Método Utilizado	Interpretación
Descripción	<p>La consistencia interna mide la homogeneidad de los enunciados de un instrumento indicando la relación entre ellos (192-193)</p> <p>Cuando las subescalas de un instrumento son consistentes, se garantiza que todos los ítems miden un solo constructo.</p>	<p>Coefficiente alfa de Cronbach mide la correlación de los ítems dentro del test valorando cómo los diferentes ítems miden las mismas características (194)</p> <p>Cuando el instrumento está compuesto por un grupo de subescalas, debe calcularse el Coefficiente alfa de Cronbach</p> <p>Para los ítems respecto de la puntuación global (correlación ítem-total) y para los ítems de cada subescala respecto del valor de la misma (correlación ítem-subescala).</p>	<p>valores entre 0 y 1. Se considera que valores alfa superiores a 0.70 son suficientes para garantizar la consistencia interna de la escala.</p>

Fuente: Adaptación de Bernal Ruiz (191)

Se consideró comprobar la validez de constructo de la sección 2 (estigma) y la sección 3; (búsqueda de ayuda), con instrumentos relacionados a los efectos; para estigma se aplicó la Escala de Distancia Social (DS) (179) y para Búsqueda de ayuda se utilizó el Cuestionario GHSQ-V, Versión validada en adolescentes escolarizados chilenos (79).

Para analizar validez de criterio, de la sección 1, que corresponde a conocimientos sobre salud mental, se empleó la escala The Mental Health Literacy Scale (MHLS) (177), para analizar la validez de criterio concurrente de la sección 4, Estrés percibido se consideró la escalas GHQ -12 (181) y para la sección 5 que corresponde al Índice de Bienestar se utilizó la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener (versión corta 1985), aplicada en Chile (183 -184).

Se realizó un análisis descriptivo, a través de una prueba de comparación de medias y Desviación Estándar entre pilotos por ítem de las cinco secciones del TMHHSCG-CL.

Luego se realizó un AFC de unidimensionalidad para probar si cada sección era unidimensional, utilizando SEM. Se utilizaron indicadores de ajuste y el estimador WLSMV apropiado para ítems a nivel ordinal. En aquellos casos donde no se cumplió la unidimensionalidad, se realizó un AFE.

Análisis Factorial Exploratorio

Para la evaluación o determinación de la validez de constructo basado en la estructura interna del test se utilizó el análisis factorial exploratorio (AFE), método estadístico que sirve para analizar intercorrelaciones entre datos observables, es decir un método para agrupar variables en torno a factores que se correlacionan fuertemente entre sí y cuyas correlaciones con otros factores es menor (195). Esta técnica basada en datos empíricos, intenta descubrir la estructura subyacente que poseen los test.

Para evaluar la estructura factorial, se realizó este análisis en ambos pilotos y luego en la muestra total (n=438) de estudiantes secundarios, en cada una de las secciones del TMHHCG-CL

Con la finalidad de establecer si el tamaño de la muestra era adecuado para la realización del AFE se utilizó el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Se estimó un KMO mayor que .7 muestra alta intercorrelación lo cual indica que es factible realizar análisis factorial.

Se realizó el AFE en cada sección donde se determinó el número de factores posibles usando el Análisis Paralelo de Horn (196), basado en un remuestreo no paramétrico de 5000 muestras bootstrapping.

Posteriormente, se utilizó un método iterativo para determinar los ítems que correspondían a cada factor, usando como reglas cargas factoriales superiores a 0.4 y factores con 3 o más ítems, a menos que se justifique un factor de dos ítems teóricamente. Como método de extracción se utilizó mínimos cuadrados y como rotación, Oblimin (197).

Para verificar la validez de criterio convergente o discriminante, que busca evidenciar que el Test mide efectivamente el constructo que se desea medir al correlacionarse con otros test reconocidos que miden el mismo constructo. Se realizó un análisis de correlación entre secciones del TMHHSCG-CI y después un análisis de correlación entre las secciones del TMHHSCG-CL y las cinco escalas que fueron seleccionadas para probar la validez de constructo y de criterio del Test.

Análisis Factorial Confirmatorio

La solución que resulto del AFE se probó mediante un AFC realizado sobre la segunda muestra (n=434) que corresponde a los estudiantes universitarios.

Este análisis permite evaluar la adecuación de una estructura factorial propuesta, empleando distintos índices para evaluar el ajuste global de los modelos a los datos (198). Se utilizó el χ^2 para determinar ajuste absoluto, y CFI (Comparative Fit Index), TLI (Tucker-Lewis Index), y RMSEA (Root Mean Square error of Approximation) para determinar ajuste relativo ().

Análisis de Invarianza Factorial como análisis multigrupo

Finalmente se realizó un análisis de invarianza este procedimiento implicó comparar modelos progresivamente más restringidos que prueban la invarianza en 4 niveles. Se utilizó el modelo de Widaman y Reise (199) para realizar este análisis, estos autores señalan que la invarianza factorial corresponde a un caso especial de la invarianza de medición, que se preocupa específicamente del modelo factorial.

Consideran 4 niveles de invarianza factorial; Invarianza de configuración, Invarianza métrica débil, Invarianza métrica fuerte e invarianza métrica estricta. A continuación, se describen brevemente cada uno de los niveles

1. Invarianza de configuración: Corresponde a un tipo de invarianza no-métrica. Constituye una línea base del análisis, ya que solo señala que las variables latentes medidas entre los grupos son similares, pero no idénticas. En consecuencia, en este nivel la estructura factorial es la misma para ambos grupos, pero las cargas, errores y todo el resto puede ser

distinto. Lo interesante aquí es notar si hay un índice de modificación muy fuerte, que ya debería haberse visualizado en los parciales.

2. Invarianza métrica débil: En este nivel, se asume que la relación entre los ítems y sus variables latentes es la misma entre grupos. Es decir, las cargas factoriales son idénticas entre los grupos. Este nivel implica que existe invarianza de las matrices de correlación dentro de los grupos, así como sus desviaciones estándar relativas son iguales. En este nivel se obliga a que las cargas factoriales (no estandarizadas) sean igual entre ambos grupos. Todo el resto puede variar.

3. Invarianza en umbrales: métrica fuerte: En este momento, con variables categóricas se unifica los umbrales de corte de ítems. En este punto, se puede verificar si los puntajes más altos en los ítems de los universitarios se deben a que tienen más del factor, o a que los ítems están 'inflados', es decir, tienen un promedio más alto, pero que no es atribuible al factor.

4. Invarianza en error de medición: métrica estricta: En este momento, se prueban que los errores de medición sean los mismos. Si es así, la escala tiene la misma confiabilidad en ambos grupos.

Se realizó una revisión a través del formulario de COSMIN (206) esta es una herramienta válida y confiable para evaluar la calidad metodológica de los instrumentos de medición en salud. Fue diseñado para proporcionar un marco claro para evaluar las propiedades psicométricas de las medidas y se ha utilizado para realizar una serie de revisiones sistemáticas. La lista de verificación contiene estándares que se refieren a requisitos de diseño y métodos estadísticos preferidos para estudios sobre propiedades de medición. Para cada propiedad de medición, se desarrolló un cuadro de riesgo de sesgo COSMIN que contiene todos los estándares necesarios para evaluar la calidad de un estudio sobre esa propiedad de medición específica

Los análisis de confiabilidad se llevaron a cabo mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

La información se codificó y procesó usando los paquetes estadísticos R 2.15.2. y el paquete Lavaan (200) para el análisis de invarianza.

3.6 Aspectos éticos

Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina (Anexo 11) y el Comité Ético, Bioético y Bioseguridad Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción (Anexos 12 y 13)

Luego de la aprobación de los respectivos comités de ética, se solicitaron las autorizaciones a los directores de ambos establecimientos educacionales. Una vez obtenidas en reuniones con los padres y apoderados se les informó sobre el estudio y se solicitó el consentimiento informado. Los asentimientos entregaron a los estudiantes el día de la aplicación de la batería de instrumentos.

En el caso de los estudiantes universitarios una vez se contó con las autorizaciones correspondientes de las unidades académicas de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán respectivas, en la persona de sus respectivos decanos y directores de escuela, el proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad del Bío-Bío (Anexo 14 y Anexo 15).

PARTE IV

4. RESULTADOS

Se llevó a cabo la administración del TMHHSCG-CL y 5 instrumentos más en un primer piloto (n=249) en adolescentes escolarizados en un primer establecimiento educacional, que estuvo destinado a verificar las propiedades psicométricas de la batería de instrumentos. El segundo estudio piloto (n=205) se realizó con una segunda versión mejorada del Test, a partir de los resultados del primer piloto en un segundo establecimiento.

Con los resultados de esta primera muestra (n= 454) se procedió a realizar el Análisis Factorial exploratorio (AFE). Luego de este análisis se procedió a realizar el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) en una segunda muestra (n=434) en estudiantes universitarios.



4.1 Análisis descriptivo.

Prueba de comparación de medias y Desviación Estándar entre pilotos por ítem.

Para comenzar, la **sección A**, cuenta con 28 ítems. En el piloto 1, la media de los ítems está entre 1.43 y 1.99 con excepción de nueve ítems, que están sobre 2 (entre el 2.03 y 2.21). El promedio global de todos los ítems es $M=1.85$. En esta misma sección, en el piloto 2, la media de los ítems está entre 1.21 y 1.95. Existen 6 ítems sobre 2 (Entre el 2.00 y 2.25). El promedio global de todos los ítems es $M=1.69$. Se pudo observar estadísticamente que este patrón de respuestas refleja que los ítems muestren promedios en general uniformes.

Tabla.5 Prueba de comparación de medias y Desviación Estándar entre pilotos por ítem

Ítems	Media Piloto 1	DS Piloto 1	Media Piloto 2	DS Piloto 2
1. Salud mental como enfermedad mental involucran al cerebro y su funcionamiento	1.67	0.89	1.28	0.66
2. El cerebro puede influir en la forma en que funciona el cuerpo, pero el cuerpo no puede influir en la forma en que funciona el cerebro.	1.76	0.91	1.71	0.79
3. Las diferentes formas en que funciona el cerebro están controladas por diferentes redes neuronales que se comunican entre sí.	1.51	0.85	1.21	0.60
†4. La mayoría de las personas que han experimentado eventos traumáticos, como, por ejemplo, un accidente automovilístico, desarrollan un trastorno de estrés postraumático	1.88	0.93	1.49	0.82
5. El estado de ánimo de cada persona puede cambiar de forma natural de bueno a malo y viceversa.	1.53	0.85	1.30	0.67
6. El cerebro ayuda a controlar el funcionamiento de órganos como corazón y los pulmones y extremidades como los dedos.	1.69	0.88	1.34	0.69
†7. Tanto los problemas genéticos como las infecciones pueden hacer que el cerebro se enferme y deje de funcionar de forma normal.	2.14	0.90	1.90	0.93
8. La forma en que pensamos, cómo se mueven nuestros cuerpos, nuestras señales verbales y nuestros gestos están TODOS controlados por el cerebro.	1.43	0.78	1.32	0.67
†9. Los sentimientos son controlados principalmente por el corazón.	2.04	0.72	2.12	0.52
†10. La mayoría de las personas con enfermedades mentales nunca mejoran. El tratamiento solo los mantiene estables.	2.11	0.84	1.95	0.85
†11. Las vitaminas y la meditación son buenos tratamientos para la mayoría de las enfermedades mentales.	2.18	0.93	2.00	0.92
12. Las personas con esquizofrenia a menudo tienen una doble personalidad.	1.99	0.96	1.91	0.96
13. La depresión y el trastorno bipolar son dos ejemplos del tipo de enfermedad mental llamada trastorno del estado de ánimo.	1.61	0.89	1.50	0.85
14. Un trastorno de ansiedad ocurre cuando una persona detecta la presencia de peligro, como, por ejemplo, el ataque de un perro.	2.19	0.87	2.06	0.89
†15. Las personas con trastorno de ansiedad tienen ataques de pánico causados por su entorno estresante.	1.81	0.94	1.51	0.85
†16. Las personas con fobia social sienten un miedo intenso y persistente de ser observadas y juzgadas por otros.	1.66	0.89	1.48	0.84
†17. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad está compuesto por tres elementos que incluyen problemas para prestar atención, actividad excesiva y ansiedad.	1.80	0.94	1.51	0.86
†18. El suicidio en los jóvenes es causado principalmente por la presión del medio, que se vive de una manera especial	1.70	0.92	1.56	0.85

cuando se es adolescente.

19. Las conductas autolesivas (daño hacia sí mismo) son las mismas que los intentos de suicidio.	1.68	0.83	1.73	0.78
20. El tratamiento de la enfermedad mental tiene tres objetivos: aliviar los síntomas, restablecer la buena salud y ayudar a la persona a recuperarse.	1.77	0.95	1.56	0.89
21. Las enfermedades mentales son causadas por el estrés habitual de la vida diaria	1.95	0.89	2.00	0.86
22. Con el tiempo, toda angustia o preocupación se convertirá en enfermedad mental.	2.21	0.85	2.25	0.75
†23. La salud mental puede mejorarse al llevar una vida físicamente saludable.	2.08	0.89	1.95	0.87
24. Si una persona se siente triste por varios días seguidos, probablemente tenga depresión.	1.85	0.86	1.95	0.73
25. Las personas con bulimia nerviosa (preocupación excesiva por el peso corporal) a menudo se mueren de hambre y hacen ejercicio en exceso.	2.03	0.92	1.87	0.91
26. Las buenas relaciones con los demás y el ejercicio ayudan a las personas a tener buena salud mental.	1.70	0.90	1.41	0.75
27. Sentir tristeza y enojo de forma ocasional es signo de una mala salud mental.	2.13	0.82	2.09	0.71
28. El deseo intenso de consumir drogas lleva al abuso de estas sustancias.	1.68	0.89	1.34	0.72

Nota: (†) Ítems Eliminados. Piloto 1, n=234. Piloto 2, n=204.



La **sección B** cuenta con 12 ítems, en el piloto 1 la media de los ítems está entre 2.05 y 2.81. Existen 3 ítems 1.85, 1.90 y 1.97 y dos ítems sobre 3 (3.47 y 3.79). El promedio global de todos los ítems es $M=2.47$. Se observa un patrón sin uniformidad debido a valores dispersos. En el piloto 2, la media de los ítems está entre 1.56 y 1.82 y 2.02 y 2.76. Existe 1 ítem sobre 3 (3.98) y uno sobre 4 (4.07). El promedio global de todos los ítems es $M=2.34$. Se observa un patrón sin uniformidad debido a valores dispersos.

Tabla.6 Prueba de comparación de medias y Desviación Estándar entre pilotos por ítem

Ítems	Media Piloto 1	DS Piloto 1	Media Piloto 2	DS Piloto 2
1. La mayoría de las personas con una enfermedad mental se encuentran incapacitadas para trabajar.	2.81	0.97	2.76	0.99
2. Las personas con una enfermedad mental tienden a causarla ellas mismas.	2.59	1.00	2.33	1.00
3. Las personas con una enfermedad mental no se esfuerzan lo suficiente para mejorar.	2.45	1.02	2.07	0.96
4. La mayoría de los delitos violentos son cometidos por personas con una enfermedad mental.	2.43	1.17	2.32	1.08
5. No puedes confiar en las personas que tienen una enfermedad mental.	2.35	1.05	2.02	0.96
6. Me molestaría si alguien con una enfermedad mental se sentara siempre a mi lado en clases.	1.85	1.01	1.57	0.89
7. Si supiera que alguien tiene una enfermedad mental, no tendría una amistad cercana con esa persona.	1.90	1.04	1.56	0.80
8. Si supiera que alguien tiene una enfermedad mental, no saldría con esa persona.	1.93	1.02	1.71	0.87
9. No me gustaría tener clases con un profesor que ha estado en tratamiento debido a una enfermedad mental.	2.05	1.08	1.82	1.01
†10. Ayudaría a un compañero de clase si se atrasara en sus estudios debido a una enfermedad mental.	3.79	1.28	4.07	1.12
†11. No me importaría si alguien con una enfermedad mental viviera al lado de mi casa.	3.47	1.31	3.98	1.16
12. Evitaría a alguien con una enfermedad mental.	1.97	1.05	1.81	0.96

Nota: (†) Ítems Eliminados. Piloto 1, n=234. Piloto 2, n=204.

La **sección C** cuenta con cinco ítems, en el piloto 1, la media de los ítems está entre 3.47 y 4.36 El promedio global es $M= 4.01$. En caso del piloto 2, la media de los ítems está entre en 3.18 y 4.63. El promedio global es $M= 4.08$. Se puede observar en ambos pilotos valores son uniformes

Tabla.7 Prueba de comparación de medias y Desviación Estándar entre pilotos por ítem

Ítems	Media	DS	Media	DS
	Piloto 1	Piloto 1	Piloto 2	Piloto 2
1. Si pensara que algún miembro de mi familia necesita ayuda con un problema o trastorno de salud mental (como depresión), los alentaría a que buscaran ayuda.	4.36	1.8	4.63	0.74
2. Si pensara que uno de mis amigos o compañeros necesita ayuda con algún problema o trastorno de salud mental (como depresión), los alentaría a que buscaran ayuda.	4.35	1.02	4.59	0.69
3. Si pensara que tengo un problema o trastorno de salud mental (como depresión, fobia social, etc.), buscaría ayuda.	3.92	1.16	3.85	1.09
4. Me siento cómodo al buscar ayuda debido a un problema o trastorno mental.	3.47	1.29	3.18	1.11
5. En general, buscar ayuda debido a un problema o trastorno mental es beneficioso.	3.97	1.03	4.14	0.95

Piloto 1, n=234. Piloto 2, n=204.

La **sección D** cuenta con 10 ítems, en el piloto 1, cinco ítems la media está entre 2.73 y 2.92 y los cinco restantes la media está entre 3.02 y 3.22. El promedio global es $M= 2.97$. En el piloto 2, en seis ítems la media está entre 3.01 y 3.86 y en cuatro ítems la media está entre 2.77 y 2.99. El promedio global es $M= 3.10$.

Tabla.8 Prueba de comparación de medias y Desviación Estándar entre pilotos por ítem

Ítems	Media Piloto 1	DS Piloto 1	Media Piloto 2	DS Piloto 2
1. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has estado molesto por algo que pasó de forma inesperada?	2.88	1.23	3.15	1.07
2. Durante el último mes, ¿qué tan seguido has sentido que eras incapaz de controlar las cosas importantes en tu vida?	2.86	1.21	3.01	1.26
3. Durante el último mes, ¿qué tan seguido te has sentido nervioso y “estresado”?	3.22	1.26	3.86	1.11
4. Durante el último mes, ¿qué tan seguido te has sentido seguro de tus habilidades para enfrentar tus problemas personales?	3.21	1.21	3.15	1.05
5. En el último mes, ¿qué tan seguido has sentido que las cosas salían como tú querías?	2.92	1.13	2.93	1.02
6. Durante este último mes, ¿con qué frecuencia te has dado cuenta de que no pudiste hacer frente a todo lo que tenías que hacer?	2.84	1.02	3.13	1.03
7. Durante el último mes, ¿qué tan seguido has sido capaz de controlar las cosas que te molestan en tu vida?	3.09	1.10	2.99	0.99
8. Durante el último mes, ¿qué tan seguido has sentido que tienes todo bajo control?	2.90	1.18	2.77	1.09
9. Durante el último mes, ¿qué tan seguido has estado enojado debido a situaciones que estaban fuera de tu control?	3.02	1.19	3.13	1.12
10. Durante este último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que tus problemas se estaban volviendo tan difíciles de resolver que no podías enfrentarlos?	2.73	1.34	2.86	1.28

Nota: Piloto 1, n=234. Piloto 2, n=204

La **sección E** cuenta con 5 ítems, en el piloto 1, la media de los ítems está entre 3.10 y 3.44, a diferencia de solo un ítem en 2.75. El promedio global es $M= 3.13$. En el piloto 2, la media está entre 2.49 y 2.93 a diferencia de dos ítems entre 3.10 y 3.38. El promedio global es $M= 2.94$

Tabla.9 Prueba de comparación de medias y Desviación Estándar entre pilotos por ítem

Ítems	Media	DS	Media	DS
	Piloto 1	Piloto 1	Piloto 2	Piloto 2
1. Me he sentido alegre y de buen ánimo.	3.44	1.20	3.38	0.95
2. Me he sentido tranquilo y relajado.	3.21	1.14	2.93	1.05
3. Me he sentido activo y enérgico.	3.15	1.17	3.10	1.16
4. Me he despertado con la sensación de haber descansado.	2.75	1.19	2.49	1.12
5. Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan.	3.10	1.24	2.78	1.13

Nota: Piloto 1, n=234. Piloto 2, n=204



4.2. Análisis factorial confirmatorio de unidimensionalidad

Dado que sólo la sección E cumple la unidimensionalidad, se realizó un AFE en todas las secciones.

Tabla.10 Indicadores de ajuste para el Modelo Unidimensional según Análisis Factorial Confirmatorio

	X ²	Valor. p	gl	TLI	CFI	RMSEA	Valor p
Sección: A1: A28 (Conocimiento)							
Piloto 1	585.872	0.000	350.0	0.537	0.571	0.042	< 0,001
Piloto 2	457.079	0.000	350.0	0.528	0.563	0.039	< 0,001
Muestra total	693.341	0.000	350.0	0.652	0,678	0.047	< 0,001
Sección: B1:B12 (Estigma)							
Piloto 1	377.450	0.000	54	0.875	0.897	0.172	< 0,001
Piloto 2	194.481	0.000	54	0.922	0.936	0.116	< 0,001
Muestra Total	515.739	0.000	54	0.896	0.915	0.147	< 0,001
Sección: C14: C18 (Búsqueda de ayuda)							
Piloto 1	77.946	0.000	5.0	0.912	0.956	0.270	< 0,001
Piloto 2	101.466	0.000	5.0	0.721	0.861	0.315	< 0,001
Muestra Total	165.812	0.000	5.0	0.849	0.924	0.285	< 0,001
Sección: D1: D10 (Percepción de stress)							
Piloto 1	581.378	0.000	35	0.475	0.591	0.283	< 0,001
Piloto 2	191.343	0.000	35	0.862	0.892	0.153	< 0,001
Muestra Total	700.851	0.000	35	0.673	0.746	0.221	< 0,001
Sección: E1: E5 (Índice de Bienestar)							
Piloto 1	57.380	0.000	5.0	0.931	0.966	0.228	< 0,001
Piloto 2	14.600	0.012	5.0	0.979	0.990	0.098	< 0,001
Muestra Total	64.530	0.000	5.0	0.950	0.975	0.172	< 0,001

Piloto 1, n=234. Piloto 2, n=204.

4.3. Análisis factorial exploratorio (AFE).

Se realizó en todas las secciones del TMHSCG-CL

Tabla.11 Estructura Factorial de la Sección A

Iteración 10	Piloto 1		Piloto 2		Muestra Total	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
Neuropsicología						
A1	0,37	0,12	0,62	0,12	0,50	0,15
A3	0,57	0,08	0,58	-0,06	0,60	0,04
A5	0,40	-0,11	0,48	0,05	0,60	0,02
A6	0,53	0,00	0,47	0,03	0,60	0,02
A8	0,75	-0,29	0,53	0,06	0,67	-0,19
A13	0,53	-0,01	0,71	0,06	0,60	-0,02
A20	0,72	0,18	0,32	0,20	0,61	0,10
A26	0,58	0,10	0,19	-0,05	0,55	0,02
A28	0,54	-0,09	0,24	0,24	0,56	0,05
Conductas de enfermedad mental						
A2	-0,28	0,53	0,24	0,14	0,03	0,41
A12	-0,22	0,41	0,19	0,58	-0,19	0,51
A14	0,20	0,36	-0,24	0,57	0,04	0,39
A17	-0,16	0,59	-0,58	0,32	-0,13	0,66
A19	-0,09	0,58	0,00	0,51	0,00	0,56
A21	0,15	0,48	-0,10	0,60	0,13	0,62
A22	0,24	0,60	0,08	0,58	0,21	0,54
A24	0,34	0,57	-0,03	0,50	-0,16	0,58
A25	-0,16	0,70	0,20	0,30	0,24	0,53

Nota: En negrita cargas superiores a 0.39

(KMO) fue de 0.76, lo cual indica que es factible realizar análisis factorial. El Análisis Paralelo de Horn, basado en un remuestreo no paramétrico de 5000 muestras bootstrapping. Usando el percentil 95. Como resultado, se obtienen dos factores en ambos pilotos.

Para llegar al análisis factorial final, se realizaron 10 iteraciones buscando soluciones comunes para ambos pilotos, dando como resultado una solución única. El test en esta

sección constaba de 28 ítems. De las iteraciones realizadas se eliminaron 10 ítems, entre los motivos, estaban cargas cruzadas y valores bajo 0,3.

Esta sección evalúa el nivel de los conocimientos generales de salud mental. El modelo final quedó compuesto por dos factores;

El primer factor; neuropsicología, busca medir conocimientos sobre el funcionamiento del cerebro, conocimientos sobre enfermedades mentales comunes, y conocimiento sobre conductas que llevan a tener una buena salud mental. Los ítems que conforman este factor son A1, A3, A5, A6, A8, A13, A20, A26, A28.

El segundo factor; conductas de enfermedad mental, conformado por los ítems A2, A12, A14, A19, A21, A22, A24, A25, A27; se refieren específicamente a proposiciones que buscan medir los conocimientos sobre conductas que inducen a pensar que una persona tiene problemas con su salud mental.



Tabla.12 Estructura Factorial de la Sección B

Iteración 3	Piloto 1		Piloto 2		Muestra Total	
	F1	F 2	F1	F 2	F1	F2
sentimientos de prejuicios						
B6	0,77	-0,01	0,75	0,02	0,76	0,01
B7	0,85	0,00	0,89	-0,06	0,87	-0,02
B8	0,83	0,00	0,87	0,01	0,86	-0,01
B9	0,74	-0,02	0,47	0,07	0,63	0,02
B12	0,66	-0,02	0,75	-0,02	0,70	-0,03
estereotipos						
B1	-0,09	0,40	0,02	0,45	-0,05	0,40
B2	-0,05	0,61	-0,13	0,57	-0,09	0,60
B3	0,02	0,72	0,11	0,55	0,05	0,68
B4	0,10	0,39	0,03	0,43	-0,05	0,40
B5	0,45	0,29	0,52	0,32	0,48	0,30

Nota: En negrita cargas superiores a 0.39

En la sección B, el AFE, del piloto 1 y 2 el valor del Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0.83, lo cual indica que es factible realizar análisis factorial. El Análisis Paralelo de Horn, basado en un remuestreo no paramétrico de 5000 muestras bootstrapping. Usando el percentil 95. Como resultado, se obtienen dos factores en ambos pilotos.

Para llegar al análisis factorial final, se realizaron 3 iteraciones buscando soluciones comunes para ambos pilotos, dando como resultado una solución única. El test en esta sección constaba de 12 ítems. De las iteraciones realizadas se eliminaron 2 ítems de la sección, entre los motivos, estaban valores bajo 0,3. Esta sección aborda constructos de estigma, como la distancia social y el estigma personal y percibido. El modelo final quedo compuesto por dos factores;

El primer factor, sentimientos de prejuicios compuesto por los ítems B6, B7, B8, B9, B12, que se refieren a sentimientos ("prejuicios") de miedo, rechazo, desconfianza hacia las personas con enfermedad mental.

El segundo factor, estereotipos conformado por los ítems B1, B2, B3, B4, B5 se refieren específicamente a patrones que la población mantiene hacia a las personas con enfermedad

mental que sesgan la percepción y la valoración de las características y conductas de estas personas. La carga cruzada del ítem B5 se justifica porque el factor es común a la pregunta.

Tabla.13 Estructura Factorial de la Sección C

Iteración 1	Piloto 1		Piloto 2		Muestra Total	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
	búsqueda de ayuda para otro					
C14	0,99	-0,03	0,94	-0,004	0,97	-0,02
C15	0,77	0,08	0,72	0,07	0,78	0,05
	búsqueda de ayuda individual					
C16	0,16	0,57	0,21	0,64	0,17	0,61
C17	-0,05	0,82	-0,08	0,97	-0,07	0,89
C18	0,01	0,66	-0,30	0,43	0,18	0,50

Nota: En negrita cargas superiores a 0.39

En la sección C, el AFE del piloto 1 el valor del Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0.71, y en el piloto 2 fue de 0.63, lo cual indica que es factible realizar análisis factorial. El Análisis Paralelo de Horn, basado en un remuestreo no paramétrico de 5000 muestras bootstrapping. Usando el percentil 95 dio como resultado dos factores en ambos pilotos.

Para llegar al análisis factorial final, se realizó solo una iteración buscando soluciones comunes para ambos pilotos, dando como resultado una solución única. El test en esta sección consta de 5 ítems y no fue necesario eliminar ítems, las cargas factoriales son homogéneas

Las preguntas están enfocadas a conocer sobre la búsqueda de ayuda tanto para los adolescentes como para algún familiar y/o amigo.

El modelo final quedo compuesto por dos factores; El primer factor búsqueda de ayuda para otro compuesto por los ítems C14, y C15.

El segundo factor, búsqueda de ayuda individual conformado por los ítems C16, C17 y C18.

Tabla.14 Estructura Factorial de la Sección D

Iteración 1	Piloto 1		Piloto 2		Muestra Total	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
incapacidad de enfrentar problemas						
D1	0,66	0,01	0,58	-0,03	0,64	0,02
D2	0,67	0,03	0,72	-0,10	0,71	-0,03
D3	0,73	0,00	0,65	0,00	0,70	0,02
D6	0,49	0,17	0,50	-0,07	0,53	0,07
D9	0,82	0,00	0,85	0,12	0,81	0,05
D10	0,68	-0,12	0,64	-0,21	0,68	-0,15
seguridad y control sobre las cosas						
D4	0,08	0,74	0,12	0,70	0,10	0,73
D5	-0,17	0,71	-0,10	0,61	-0,13	0,66
D7	0,06	0,70	-0,04	0,68	0,01	0,70
D8	-0,01	0,61	-0,09	0,71	-0,07	0,65

Nota: En negrita cargas superiores a 0.39

En la sección D, el AFE del piloto 1 el valor del Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0.80, y en el piloto 2 fue de 0.88, lo cual indica que es factible realizar análisis factorial. El Análisis Paralelo de Horn, basado en un remuestreo no paramétrico de 5000 muestras bootstrapping. Usando el percentil 95 dio como resultado dos factores en ambos pilotos.

Para llegar al análisis factorial final, se realizó solo una iteración buscando soluciones comunes para ambos pilotos, dando como resultado una solución única. En el test esta sección consta de 10 ítems y no fue necesario eliminar ninguno, ya que las cargas factoriales son similares.

Esta sección es una Escala de estrés percibido, que incluye una serie de consultas directas sobre los niveles actuales de estrés experimentado. El modelo quedo compuesto por:

El primer factor, incapacidad de enfrentar problemas conformado por los ítems D1, D2, D3, D6, D9, D10 con preguntas que se refieren a la Percepción de sentir estrés e incapacidad de enfrentar problemas.

El segundo factor, seguridad y control sobre las cosas lo componen los ítems D4, D5, D7, D8 con preguntas dirigidas a conocer la Percepción de sentir seguridad.

Tabla.15

Estructura Factorial de la Sección E

	Piloto 1	Piloto 2	Muestra total
	F1	F1	F1
E1	0,82	0,78	0,80
E2	0,82	0,68	0,76
E3	0,80	0,80	0,80
E4	0,56	0,64	0,61
E5	0,68	0,68	0,68

Nota: En negrita cargas superiores a 0.39

En la sección E, el AFE del piloto 1 el valor del Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0.81, y en el piloto 2 fue de 0.82, lo cual indica que es factible realizar análisis factorial. El Análisis Paralelo de Horn, basado en un remuestreo no paramétrico de 5000 muestras bootstrapping. Usando el percentil 95 dio como resultado un factor en ambos pilotos.

Esta sección corresponde al Índice de Bienestar (WHO-5) es una medida breve y auto-informada del bienestar mental, que consta de 5 preguntas. Se puede observar que el análisis factorial indaga sobre la presencia de aspectos relacionados con bienestar emocional medidos en un solo factor cuyos ítems son E1, E2, E3, E4, E5

Tabla.16

Estructura final del TMHHSCG-CL

TMHHSCG-CL	Factores	Ítems
Sección A: Conocimiento	Con.1: Neuropsicología.	9
	Con.2: conductas de enfermedad mental.	9
Sección B: Estigma	es.1: sentimientos de prejuicios	5
	es.2: estereotipos	5
Sección C: Búsqueda de ayuda	Bu.1: búsqueda de ayuda para otro	2
	Bu.2: búsqueda de ayuda individual.	3
Sección D: Estrés Percibido	est.1: incapacidad de enfrentar problemas.	6
	est.2: seguridad y control sobre las cosas.	4
Sección E: Índice de Bienestar	OMS: Bienestar emocional	5

4.4. Análisis de correlación entre secciones del TMHHSCG-CL

En análisis presentados en Tabla 17, se observa que existe una correlación negativa y débil entre el factor, neuropsicología y el factor, sentimientos de prejuicio, $r=-0,25$, $p < 0,001$. Se observan correlaciones positivas y débiles entre neuropsicología y búsqueda de ayuda para otros, $r=0,24$, $p < 0,001$, búsqueda de ayuda individual, $r=0,14$, $p=0,005$, y la incapacidad de enfrentar problemas, $r=0,11$, $p=0,033$. En cuanto al factor; conductas de enfermedad mental, se observa una correlación negativa y débil con los dos factores de estigma: sentimientos de prejuicios, $r=-0,17$, $p < 0,001$ y estereotipos, $r=-0,28$, $p < 0,001$. La relación entre neuropsicología y conductas de enfermedad mental es débil y positiva, $r=0,12$, $p=0,011$. En cuanto al factor; conductas de enfermedad mental, se observa una correlación negativa y débil con los dos factores de estigma: sentimientos de prejuicios, $r=-0,17$, $p < 0,001$ y estereotipos, $r=-0,28$, $p < 0,001$.

Al analizar la correlación de la sección de estigma, se aprecia una relación moderada y positiva de $r=0,41$, $p < 0,001$ entre sentimientos de prejuicios y estereotipos. Se observan correlaciones negativas y débiles entre los factores; sentimientos de prejuicios y búsqueda de ayuda para otros $r= -0,32$, $p < 0,01$, incapacidad de enfrentar problemas $r=-0,19$, $p < 0,001$ con estereotipos $r=-0,1$, $p=0,034$. Se presentan correlaciones positivas y débiles

entre los factores estereotipo con búsqueda de ayuda individual de $r=0,11$, $p=0,021$, y el factor de seguridad y control sobre las cosas de $r=0,13$, $p=0,007$.

Otros resultados de esta matriz, muestran relaciones fuertes y positivas entre el factor de Incapacidad de enfrentar problemas y Bienestar emocional $r= 0,52$, $p < 0,001$, entre Seguridad y control sobre las cosas y Bienestar emocional de $r= 0,51$, $p < 0,001$. Se aprecian correlaciones positivas y moderadas entre los factores; búsqueda de ayuda para otro y búsqueda de ayuda individual $r=0,42$, $p < 0,001$; entre búsqueda de ayuda individual y Seguridad y control sobre las cosas $r= 0,33$, $p < 0,001$; y entre búsqueda de ayuda individual y Bienestar emocional, $r=0,37$, $p < 0,001$.

Las correlaciones positivas y débiles se presentan entre búsqueda de ayuda para otros y los factores incapacidad de enfrentar problemas $r=0,1$, $p=0,049$, Seguridad y control sobre las cosas, $r= 0,2$, $p < 0,001$ y satisfacción con la vida $r= 0,15$, $p=0,002$. Se observa una relación negativa y débil entre búsqueda de ayuda individual e incapacidad de enfrentar problemas $r= -0,16$ $p < 0,001$. Finalmente, se presenta una correlación negativa y moderada entre los factores incapacidad de enfrentar problemas y seguridad y control sobre las cosas $r= -0,34$, $p < 0$

Tabla 17.
Análisis de correlación entre secciones del TMHHSCG-CL

	Con.2	es.1	es.2	Bu.1	Bu.2	est.1	est.2.	OMS.
Con.		-						
1	0.12 *	0.25 **	-0.09	0.24 **	0.14 **	0.11 *	0.02	-0.02
Con.		-						
2	1 **	0.17 **	-0.28 **	-0.02	0.02	0.08	0.01	-0.04
es.1		1 **	0.41 **	-0.32 **	-0.07	-0.19 **	0.09	0.04
es.2			1 **	-0.04	0.11 *	-0.1 *	0.13 **	0.05
Bu.1				1 **	0.42 **	0.1 *	0.2 **	0.15 **
Bu.2					1 **	-0.16 **	0.33 **	0.37 **
est.1						1 **	-0.34 **	-0.52 **
est.2							1 **	0.51 **

Notas: Neuropsicología; Conductas de enfermedad mental; Sentimientos de prejuicios; Estereotipos; Búsqueda de ayuda para otros; Búsqueda de ayuda individual; Incapacidad de enfrentar problemas; Seguridad y control sobre las cosas; Bienestar emocional

4.5. Análisis de correlación entre las secciones del TMHHSCG-CL y las cinco escalas que conforman la validez de constructo y de criterio

Los análisis de confiabilidad se llevaron a cabo mediante el coeficiente alfa de Cronbach. La consistencia interna de cada sección presentó valores alfa de Cronbach y Omega de 0.83 para la sección A; para la sección B, 0.69 y 0.70, sección C; 0.78 y 0.72, sección D; 0.56 y 0.51, sección E, alfa y Omega de 0.84. La sección D, si bien la confiabilidad que presenta es baja, su relación con otras escalas es alta, particularmente con el Cuestionario GHQ-12 y SWLS.

En análisis que se presenta en Tabla.18, se observa que la Escala de Distancia Social se relaciona con las secciones de Conocimiento, Búsqueda de ayuda y Estrés Percibido del TMHHSCG-CL, de forma más bien débil y con mayor fuerza con la sección de Estigma. Específicamente, los factores, cercanía e interacción social con Neuropsicología $r=0,14$, $p=0,006$; búsqueda de ayuda para otros, $r=0,27$, $p < 0,001$; búsqueda de ayuda individual $r=0,1$, $p =0,049$ e incapacidad de enfrentar problemas, $r=0,12$, $p=0,002$ y entre el factor, intimidad y confianza con el factor estereotipos, $r=-0,18$, $p < 0,001$; y cercanía e interacción con estereotipos, $r= -0,26$, $p < 0,001$. En tanto, se presenta una correlación negativa y fuerte entre, cercanía e interacción social y sentimientos de prejuicios, $r= -0,58$, $p < 0,001$ e intimidad y confianza y sentimientos de prejuicio $r=-0,32$, $p < 0,001$.

En cuanto al análisis de la correlación entre Cuestionario GHSQ-V y sus dos factores, búsqueda de ayuda formal e informal y la sección de búsqueda de ayuda del TMHHSCG-CL podemos observar relaciones moderadas y débiles positivas. En el primer caso, búsqueda de ayuda formal y búsqueda de ayuda individual, con ansiedad $r=0,42$, $p < 0,001$, depresión, $r=0,35$, $p < 0,001$, e ideación suicida $r=0,4$, $p < 0,001$. Asimismo, se presenta una relación moderada entre búsqueda de ayuda informal y búsqueda de ayuda individual con ansiedad, $r=0,31$ $p < 0,001$; depresión, $r=0,3$, $p < 0,001$, e ideación suicida, $r=0,35$, $p < 0,001$. En cuanto a la segunda relación, búsqueda de ayuda formal y búsqueda de ayuda para otros, se observa débil y positiva con ansiedad $r=0,14$, $p=0,006$ e ideación suicida, $r=0,2$, $p < 0,001$. Así también entre búsqueda de ayuda informal y búsqueda de ayuda para

otros, con ansiedad $r=0,22$, $p < 0,001$, depresión, $r=0,19$, $p < 0,001$ e ideación suicida, $r=0,2$, $p < 0,001$,

Se aprecian relaciones positivas y negativas débiles entre el Cuestionario GHSQ-V y la sección de Conocimiento del TMHHSCG-CL, particularmente entre búsqueda de ayuda informal, y el factor neuropsicología la relación con ansiedad, $r= 0,19$, $p < 0,001$; depresión, $r=0,2$, $p < 0,001$ e ideación suicida, $r=0,15$, $p=0,003$. En tanto la relación entre búsqueda de ayuda formal y neuropsicología los valores también se presentan positivos y débiles para ansiedad. $r=0,17$, $p < 0,001$; depresión, $r=0,13$, $p=0,013$; e ideación suicida, $r=0,19$, $p < 0,001$. La correlación entre búsqueda de ayuda informal y formal y el segundo factor conductas de enfermedad mental, es negativa débil con ideación suicida, $r=-0,13$, $p=0,008$ y $r=-0,11$, $p=0,028$.

De igual forma se observan relaciones positivas y negativas débiles entre el Cuestionario GHSQ -V y la sección de Estigma del TMHHSCG-CL, con el factor, estereotipos con un valor para la relación con ansiedad $r=0,14$, $p=0,007$, y depresión, $r= 0,12$, $p=0,019$ y entre el factor sentimientos de prejuicios y depresión, $r= -0,12$, $p=0,023$.

Los resultados entre el GHSQ-V y la sección de Estrés Percibido del TMHHSCG-CL muestran relaciones negativas y positivas débiles; entre el factor, incapacidad de enfrentar problemas y ansiedad, $r=-0,15$, $p=0,004$; depresión, $r=-0,13$, $p=0,015$; e ideación suicida, $r=-0,17$, $p < 0,001$. La relación entre el factor de seguridad y control sobre las cosas, y GHSQ-V, los valores con ansiedad, $r=0,24$, $p < 0,001$, depresión, $r=0,21$, $p < 0,001$; e ideación suicida $r=0,24$, $p < 0,001$ y $r=0,29$, $p < 0,001$, y una relación positiva y moderada con este mismo factor y depresión $r=0,3$, $p < 0,001$.

Se observan correlaciones positivas; moderadas y débiles entre el cuestionario GHSQ-V y la sección, Índice de Bienestar de Test; específicamente entre el factor del cuestionario, búsqueda de ayuda formal, y la sección mencionada del Test con ansiedad $r= 0,3$, $p < 0,001$; depresión, $r=0,31$, $p < 0,001$; e ideación suicida, $r=0,35$, $p < 0,001$ y $r=0,3$, $p < 0,001$. En cuanto a relación entre el factor de búsqueda de ayuda informal y el Índice los valores que se observan son con ansiedad, $r= 0,25$, $p < 0,001$ y depresión, $r=0,27$, $p < 0,001$.

Con respecto a al análisis de correlación del Cuestionario de Salud de Goldberg- GHQ-12; y la sección de Estrés percibido del TMHHSCG-CL se aprecian relaciones positiva y negativa, fuertes y moderada; concretamente entre bienestar psicológico y malestar psicológico e incapacidad de enfrentar problemas $r=0,57$, $p < 0,001$ y seguridad y control sobre las cosas, $r=-0,49$ $p < 0,001$. Se observa una relación positiva y fuerte entre el GHQ-12 y la sección de Índice de Bienestar del TMHHSCG-CL de $r=0,54$, $p < 0,001$.

En el caso de la Escala univariada, The Mental Health Literacy Scale (MHLS) y las secciones del TMHHSCG-CL se observan relaciones positivas y negativas débiles entre neuropsicología, $r=0,22$, $p < 0,001$ y conductas de enfermedad mental, $r=0,24$, $p < 0,001$ y con búsqueda de ayuda para otros, $r=0,16$, $p=0,002$. De igual forma la relación entre esta escala y los factores sentimientos de prejuicio, $r=-0,25$, $p < 0,001$ y estereotipos y $r=-0,23$, $p < 0,001$, seguridad y control sobre las cosas $r=-0,11$, $p=0,002$ y satisfacción con la vida $r=-0,19$, $p < 0,001$ e incapacidad de enfrentar los problemas $r=0,21$, $p=0,032$.

Para terminar, la relación entre la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y TMHHSCG-CL. Se observan relaciones positivas y negativas moderadas, específicamente entre satisfacción vital y búsqueda de ayuda individual $r=0,35$, $p < 0,001$, seguridad y control de las cosas $r=0,45$, $p < 0,001$ e incapacidad de enfrentar los problemas $r=0,43$, $p < 0,001$ y positiva y débil con búsqueda de ayuda para otros $r=0,15$, $p=0,005$. Entre SWLS y la última sección del Test, que corresponde a Índice de Bienestar se aprecia una relación positiva y fuerte $r=0,59$, $p < 0,001$

Tabla 18. Análisis de correlación entre las secciones del TMHHSCG-CL y las cinco escalas que conforman la validez de constructo y de

	Con.1	Con.2	es.1	es.2	Bu.1	Bu.2	est.1	est.2	OMS
DS.1	0.09	0.14 **	-0.58 **	-0.26 **	0.27 **	0.1 *	0.12 *	-0.04	0.04
DS.2	-0.07	0.09	-0.32 **	-0.18 **	0.08	0	0.08	-0.08	0.06
Ol.1.1	0.19 **	-0.09	-0.1	0.01	0.22 **	0.31 **	-0.07	0.24 **	0.25 **
Ol.1.2	0.17 **	-0.03	-0.07	0.14 **	0.14 **	0.42 **	-0.08	0.2 **	0.3 **
Ol.2.1	0.2 **	-0.09	-0.12 *	0	0.19 **	0.3 **	-0.15 **	0.3 **	0.27 **
Ol.2.2	0.13 *	-0.1	-0.01	0.12 *	0.1	0.35 **	-0.13 *	0.21 **	0.31 **
Ol.3.1	0.15 **	-0.13 **	-0.05	-0.01	0.2 **	0.35 **	-0.17 **	0.29 **	0.35 **
Ol.3.2	0.19 **	-0.11 *	-0.08	0.07	0.2 **	0.4 **	-0.09	0.24 **	0.3 **
Goldberg	0.01	0.09	-0.13 *	-0.14 **	-0.07	-0.27 **	0.57 **	-0.49 **	-0.54 **
Oconnors	0.22 **	0.24 **	-0.25 **	-0.23 **	0.16 **	0.03	0.21 **	-0.11 *	-0.19 **
Vida	0.1	-0.02	0.07	0.08	0.15 **	0.35 **	-0.43 **	0.45 **	0.59 **

criterio

Notas: Distancia social (DS); Cercanía e interacción social; Intimidad y confianza; GHSQ-V(OI); Búsqueda de ayuda informal (familiares y amigos) (OI1); Búsqueda de ayuda formal (profesional)(OI2); para ansiedad (1), Depresión (2), Ideación suicida (3); GHQ-12(Golberg): Bienestar psicológico y malestar psicológico; The Mental Health literacy scale (Oconnors) Conocimientos sobre enfermedad mental y estigma; Escala de Satisfacción con la vida(vida); Satisfacción Vital.

4.6. Análisis descriptivos Muestra secundarios y Universitarios

De acuerdo a la Teoría Clásica de los Tests, se examinaron en primer término las características de cada ítem por sección, así como del puntaje total del TMHHSCG-CL, con el fin de evaluar la distribución de su normalidad (201).

Tabla.19

Diferencias en Medias y Desviación estándar sección A, entre secundarios y universitarios

vars	Secundario			Universitario			Diferencias entre Secundarios y Universitarios		
	n	M	DE	n	M	DE	estadístico	valor. p	ES(d)
A1	437	0.7048	0.4567	433	0.806	0.3959	t (853.0) =-3.49	0.0005013	0.24
A2	437	0.1991	0.3998	433	0.6005	0.4904	t (831.2) =13.23	< 0,001	0.9
A3	437	0.7849	0.4114	433	0.9353	0.2462	t (714.1) =6.55	< 0,001	0.44
A4	437	0.7437	0.4371	433	0.8176	0.3867	t (857.1) =2.64	0.008443	0.18
A5	437	0.6659	0.4722	433	0.8891	0.3143	t (759.8) =8.22	< 0,001	0.56
A6	437	0.7597	0.4277	433	0.8684	0.3385	t (827.6) =-4.16	< 0,001	0.28
A7	437	0.0778	0.2682	433	0.2656	0.4422	t (710.7) =7.57	< 0,001	0.51
A8	437	0.6865	0.4644	433	0.7529	0.4318	t (864.5) =2.18	0.02926	0.15
A9	437	0.2014	0.4015	433	0.3903	0.4884	t (833.8) =6.23	< 0,001	0.42
A10	437	0.254	0.4358	433	0.5335	0.4995	t (850.2) =8.79	< 0,001	0.6
A11	437	0.6316	0.4829	433	0.7921	0.4062	t (845.8) =5.31	< 0,001	0.36
A12	437	0.2265	0.4191	433	0.4758	0.5	t (839.6) =7.96	< 0,001	0.54
A13	437	0.2998	0.4587	433	0.4203	0.4942	t (862.0) =3.73	< 0,001	0.25
A14	437	0.3364	0.473	433	0.5982	0.4908	t (866.2) =8.01	< 0,001	0.54
A15	437	0.151	0.3585	433	0.4711	0.4997	t (783.1) =10.85	< 0,001	0.74
A16	437	0.6568	0.4753	433	0.9307	0.2542	t (667.9) =10.61	< 0,001	0.72
A17	437	0.3913	0.4886	433	0.7252	0.4469	t (862.5) =10.52	< 0,001	0.71
A18	437	0.6842	0.4654	433	0.8291	0.3769	t (835.0) =5.05	< 0,001	0.34

Se observan los promedios y desviación estándar para los ítems de la sección A del TMHHSCG.CL. de ambas muestras. Se aprecia que los estudiantes secundarios presentan un bajo nivel de conocimiento en el factor 2 que corresponde al reconocimiento de conductas de enfermedad mental con 40% de respuestas contestadas correctamente, no así en los estudiantes universitarios que, si bien presentan valores bajos, las respuestas correctas alcanzan un 64%. El promedio global de todos los ítems de la sección es M= 0.46 en estudiantes secundarios, que representa un bajo nivel de conocimiento, y de M= 0.67,

que permite inferir que los estudiantes universitarios presentan un buen nivel de conocimiento sobre salud mental.

Tabla.20

Diferencias en Medias y Desviación estándar sección B entre secundarios y universitarios

vars	Secundarios			Universitarios			Diferencias entre Secundarios y Universitarios		
	N	M	DE	N	M	.DE	estadístico	valor. P	ES(d)
B1	428	2,787	0.9771	432	2,211	0.9188	t(853.7)=8.92	< 0,001	0.61
B2	427	2,468	1.007	432	1,833	0.8563	t(832.2)=9.95	< 0,001	0.68
B3	424	2,269	1.01	432	1,725	0.8318	t(818.0)=8.60	< 0,001	0.59
B4	425	2,376	1.13	432	2,167	1.042	t(847.0)=2.82	0.004856	0.19
B5	425	2,191	1.018	432	1,894	0.8631	t(828.2)=4.60	< 0,001	0.32
B6	424	1,717	0.9652	432	1,516	0.7398	t(792.8)=3.41	0.000679	0.24
B7	424	1,733	0.9464	432	1,528	0.7611	t(810.1)=3.50	0.0004897	0.24
B8	424	1,825	0.9566	432	1,678	0.8485	t(838.0)=2.38	0.0175	0.16
B9	425	1,944	1.054	432	1,553	0.7897	t(786.0)=6.13	< 0,001	0.42
B10	422	1,891	1.009	432	1,528	0.7488	t(776.2)=5.96	< 0,001	0.41

En la sección B el factor 1 (**sentimiento de prejuicio**) en promedio las respuestas están en 2,4 en estudiantes secundarios, que en promedio está más cercana a la respuesta 3, que indica “no estoy seguro”, se puede inferir que existe un leve prejuicio respecto de algunas actitudes que se perciben desde la población hacia las personas con enfermedad mental. En universitarios el promedio está en 1.9. En cuanto al factor 2 (**estereotipos**) las respuestas están en 1,8 para secundarios y en 1.5 en universitarios que tributan a menor estigma. El promedio global de todos los ítems de esta sección es M= 2,1 en secundarios y M= 1,7 en universitarios.

Tabla. 21

Diferencias en Medias y Desviación estándar sección C entre secundarios y universitarios

vars	Secundarios			Universitarios			Diferencias entre Secundarios y Universitarios		
	n	M	DE	n	M	DE	estadístico	valor. p	ES(d)
C1	415	4.487	0.9996	432	4,671	0.8794	t(822.0)=2.85	0.004504	0.2
C2	414	4.471	0.8818	432	4,65	0.862	t(840.4)=2.99	0.002856	0.21
C3	410	3.885	1.127	432	4,225	1.03	t(823.4)=4.55	< 0,001	0.32
C4	405	3.331	1.21	432	3,75	1.196	t(830.2)=5.03	< 0,001	0.36
C5	413	4.053	0.9913	432	4,5	0.9658	t(838.8)=6.63	< 0,001	0.46

Se observa en esta **sección C (Búsqueda de ayuda)**, que las medias se encuentran entre 4.3. Los valores infieren que los estudiantes universitarios en general presentan actitudes positivas hacia buscar ayuda. No obstante, se observa que el ítem 4, cuya afirmación es “sentirse cómodo al buscar ayuda debido a un problema o trastorno mental”, la media de la respuesta indica “no estoy seguro”. La media para el factor 2 (búsqueda de ayuda individual) en estudiantes secundarios es de 3.7, lo que indica que al igual que los estudiantes universitarios no se sienten cómodos pidiendo ayuda para ellos mismos debido a un problema de salud mental. Sin embargo, buscar ayuda para otros se visualiza la tendencia en la respuesta “de acuerdo”, aun cuando no es la respuesta con más alto puntaje.

Tabla. 22.
Diferencias en Medias y Desviación estándar sección D entre secundarios y universitarios

vars	Secundarios			Universitarios			Diferencias entre Secundarios y Universitarios		
	n	M	DE	n	M	DE	estadístico	valor. p	ES(d)
D1	409	3,015	1.159	432	3,197	0.9344	t(783.7)=2.50	0.01262	0.18
D2	413	2,935	1.24	432	3,116	1.15	t(831.1)=2.20	0.02816	0.15
D3	412	3,534	1.229	432	3,856	1.005	t(794.3)=4.16	< 0,001	0.29
D4	409	3,178	1.135	432	3,34	0.9645	t(801.7)=2.22	0.02661	0.16
D5	409	2,924	1.076	432	3,164	0.9156	t(802.2)=3.48	0.0005363	0.24
D6	410	2,98	1.035	432	3,13	1.02	t(836.3)=2.10	0.03561	0.15
D7	410	3,039	1.051	432	3,204	0.9064	t(808.2)=2.43	0.01532	0.17
D8	411	2,835	1.14	432	2,822	0.9552	t(800.8)=0.18	0.8602	0.01
D9	411	3,073	1.156	432	3,132	0.9795	t(804.4)=0.80	0.4257	0.06
D10	411	2,793	1.312	432	2,78	1.199	t(825.1)=0.15	0.88	0.01

En **sección D**, la media del factor 1, (incapacidad de enfrentar problemas) es de 3,2 en universitarios y 3.0 en secundarios, más puntuaciones cercanas a 4 en esta sección indican más estrés. El factor 2 (seguridad y control sobre las cosas) es de 2.9 en estudiantes secundarios y 3.1 en universitarios, de igual forma las medias indican más stress.

Tabla.23

Diferencias en Medias y Desviación estándar sección B entre secundarios y universitarios

vars	Secundarios			Universitarios			Diferencias entre Secundarios y Universitarios		
	n	M	DE	n	M	DE	estadístico	valor. p	ES(d)
E1	410	3,415	1.083	432	3,183	0.8488	t(775.0)=3.44	0.000603	0.24
E2	411	3,068	1.102	432	2,81	0.9321	t(803.8)=3.66	0.0002687	0.26
E3	409	3,13	1.163	432	2,65	0.9491	t(788.0)=6.52	< 0,001	0.46
E4	407	2,617	1.164	432	2,6	0.9985	t(801.3)=0.23	0.8192	0.02
E5	409	2,944	1.198	432	2,894	1.025	t(804.0)=0.65	0.5147	0.05

3En **sección E** (Índice de Bienestar) presenta un solo factor, cuya media total para universitarios es de 2,8, lo que indica que los estudiantes universitarios en general presentan un bajo índice de bienestar. La media para los estudiantes secundarios es de 3.0, también es un valor que indica un bajo índice de bienestar.

4.7 Análisis factorial confirmatorio

Para evaluar la estructura factorial, realizada en la muestra de secundarios, se realizó un AFC sobre la segunda muestra, N=434 (estudiantes universitarios). Con esta segunda muestra se probó los modelos de cada una de las secciones del TMHHSCG-CL.

Tabla.24
Indicadores de ajuste Universitarios

Muestra Estudiantes Universitarios N=434	X ²	Valor p	gl (X ² /gl)	TLI	CFI	RMSEA	Valor p
Sección: A1: A18 (Conocimiento)	229.41	<0.001	1.712	0.715	0.75	0.041	0.961
Sección: B1: B10 (Estigma)	113.75	<0.001	3.346	0.983	0.987	0.074	0.005
Sección: C1: C5 (Búsqueda de ayuda)	90.21	<0.001	18.041	0.982	0.991	0.199	<0.001
Sección: D1: D10 (Percepción de stress)	144.93	<0.001	4.263	0.959	0.969	0.087	<0.001
Sección: E1: E5 (Índice de Bienestar)	42.92	<0.001	8.983	0.977	0.988	0.136	<0.001
Total, TMHHSCG-CL	1376	<0.001	1.318	0.977	0.979	0.027	>0.999

Luego se realizó un AFC en la muestra de estudiantes secundarios

Tabla.25
Indicadores de ajuste secundarios

Muestra Estudiantes Secundarios N=438	X ²	Valor p	gl (X ² /gl)	TLI	CFI	RMSEA	Valor p
Sección: A1: A28 (Conocimiento)	356.17	<0.001	2.658	0.668	0.709	0.062	0.007
Sección: B1: B12 (Estigma)	236.26	<0.001	6.949	0.949	0.962	0.121	<0.001
Sección: C1: C5 (Búsqueda de ayuda)	26.15	<0.001	5.229	0.98	0.99	0.103	<0.001
Sección: D1: D10 (Percepción de stress)	156.29	<0.001	4.597	0.938	0.953	0.096	<0.001
Sección: E1: E5 (Índice de Bienestar)	64.53	<0.001	12.906	0.95	0.975	0.172	<0.001
Total TMHHSCG-CL	1471.66	<0.001	1.414	0.945	0.949	0.034	>0.999

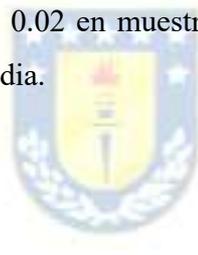
El indicador de ajuste absoluto Chi-Cuadrado (χ^2) muestra que los datos se ajustan al modelo, con valores entre $\chi^2= 1.378$, $p=0.000$, para la muestra de estudiantes universitarios y $\chi^2= 1.477$, $p=0.000$ en estudiantes secundarios.

En cuanto a los índices de ajuste CFI y del RMSEA son una buena guía en la búsqueda del modelo que mejor se ajusta a los datos (202). En general, se considera que el CFI debe estar en torno a .95 para considerar que el modelo se ajusta adecuadamente a los datos. La interpretación de este índice, se debe valorar conjuntamente con otros índices y teniendo en

cuenta el tipo de modelo que se está analizando. De acuerdo con Hu y Bentler (202), se establecieron los siguientes valores CFI y $TLI \geq .90$ (aceptable), y TLI y $CFI \geq .95$ (bueno) para valorar el ajuste de los datos a los modelos.

El índice CFI (Comparative Fit Index) se presenta en muestra de universitarios en un 0.979 y un 0.949 en estudiantes de enseñanza media, total del Test. En cuanto al valor TLI (Tucker-Lewis Index) alcanza un 0.977, en total del Test en estudiantes universitarios, y un 0.945, en estudiantes de enseñanza media, lo que se considera bueno.

El índice de bondad de ajuste RMSEA o Error cuadrático, los valores de este decrecen conforme aumenta el número de grados de libertad o el tamaño muestral (202). En general, valores RMSEA menores de .05 indican un buen ajuste y los valores comprendidos entre .05 y .08 un ajuste razonable (202). Considerando lo anterior se puede observar los valores RMSEA total se encuentran entre un 0.02 en muestra de estudiantes universitarios y un 0.034 en estudiantes de enseñanza media.



Se observa en los gráficos, que los promedios de residuos por ítems en AFC, se presentan más estables en la muestra de universitarios. No obstante, en la sección A de conocimiento se aprecian ítems inestables, en ambas muestras.

Fig. 3 Residuos promedios por ítem en Universitarios Secundarios

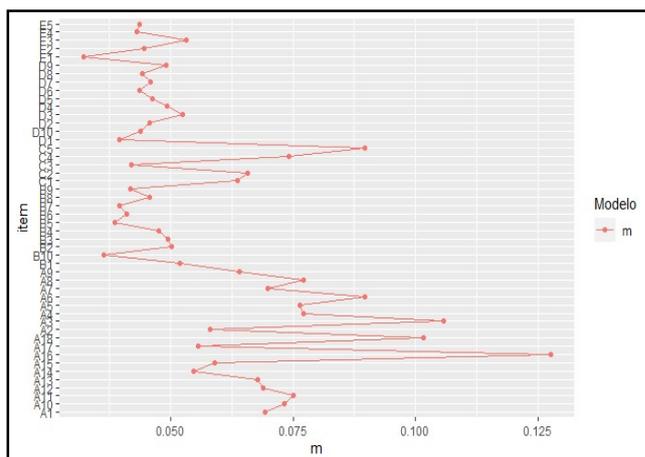


Fig.4 Residuos promedios por ítem en

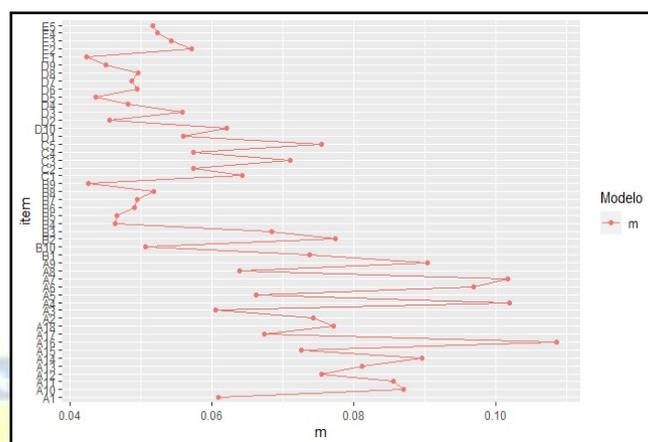


Tabla.26

Índice de modificación por muestra AFC

Índice de Modificación Universitarios			
C.f1	≈	C5	84.16
C.f1	≈	C4	63.17
B.f1	≈	C4	60.56
B.f1	≈	C5	59.93
B.f2	≈	C5	58.17
B.f2	≈	C4	57.63
A.f1	≈	C5	50.59
D.f2	≈	C5	41.72
D.f2	≈	A16	41.07
C.f2	≈	A18	37.54

Tabla.27

Índice de modificación por muestra AFC

Índice de Modificación Secundarios			
C.f2	≈	A16	72.67
B. f1	≈	B5	68.37
E	≈	A4	62.89
E	≈	A16	62.4
D.f1	≈	A4	59.22
D.f2	≈	A16	57.18
A. f2	≈	C5	56.38
C.f2	≈	B1	55.45
D.f2	≈	A4	53.57
A. f1	≈	C5	52.04

No se observan cambios relevantes que requiera el modelo en ambas muestras

4.8. Análisis de Invarianza

4.8.1 Análisis de Invarianza de Configuración

Tabla.28

Prueba Estadística para cada grupo

	Estándar	Secundarios	Universitarios
Sección A	596.980	367.017	229.963
Sección B	197.817	150.298	47.519
Sección C	238.382	131.187	107.195
Sección D	167.936	95.447	72.488
Sección E	51.575	31.313	20.262

En esta prueba se puede observar el aporte al chi-cuadrado de cada grupo

Tabla. 29 Solución Estandarizada sección A en ambas muestras

	Est.Univer		Est. Media
f1	A1	0.3356	0.5502
f1	A2	0.3258	0.2459
f1	A3	0.4339	0.6357
f1	A4	0.06718	0.4288
f1	A5	0.4095	0.601
f1	A6	0.1662	0.5923
f1	A7	0.7078	0.108
f1	A8	0.01691	0.5768
f1	A9	0.4141	0.228
f2	A10	0.538	0.2866
f2	A11	0.3266	0.6461
f2	A12	0.5884	0.3499
f2	A13	0.5948	0.5244
f2	A14	0.5507	0.5545
f2	A15	0.4087	0.2347
f2	A16	0.1587	0.5229
f2	A17	0.5858	0.5655
f2	A18	0.07959	0.5448

Se observan diferencias significativas en los ítems entre ambas muestras, especialmente en el factor 1.

Tabla.30

Solución Estandarizada sección B en ambas muestras

		Est.Univer	Est. Media
f1	B6	0.8729	0.8437
f1	B7	0.9022	0.9166
f1	B8	0.851	0.9138
f1	B9	0.8343	0.7329
f1	B10	0.903	0.7635
f2	B1	0.4204	0.2988
f2	B2	0.5883	0.4129
f2	B3	0.7331	0.5996
f2	B4	0.5057	0.3954
f2	B5	0.8285	0.9185

La solución estandarizada en sección B, se aprecia que la estructura funciona el modelo se presenta homogéneo con menos diferencias entre ambas muestras.

Tabla.31

Solución Estandarizada sección C en ambas muestras

		Est. Univer.	Est. Media
f1	C1	0.978	0.9263
f1	C2	0.978	0.9263
f2	C3	0.9183	0.7993
f2	C4	0.8204	0.7866
f2	C5	0.8645	0.7089

Tabla 32

Solución Estandarizada sección D

		Est.Univer	Est. Media
f1	D1	0.7453	0.6638
f1	D2	0.7993	0.7529
f1	D3	0.7604	0.724
f1	D6	0.5724	0.5018
f1	D9	0.7272	0.8025
f1	D10	0.8446	0.8146
f2	D4	0.6171	0.67
f2	D5	0.6592	0.788
f2	D7	0.6425	0.7133
f2	D8	0.8578	0.725

Tabla 33

Solución Estandarizada E

		Est. Univer	Est.Media
f1	E1	0.8951	0.841
f1	E2	0.8274	0.8169
f1	E3	0.8226	0.8114
f1	E4	0.7459	0.6136
f1	E5	0.7078	0.6891

Solución en sección D y E se aprecian sin diferencias en el modelo entre ambas muestras.

4.8.2 Análisis de Niveles de Invarianza del TMHHSCG-CL

Los análisis de invarianza se llevaron a cabo por nivel, los resultados por sección se observan en la Tabla 34, se aplica la diferencia para variables no categóricas, donde el CFI es el indicador de invarianza, cuya diferencia no debe ser de 0.01(203) y esta regla se visualiza entre Invarianza de configuración e Invarianza de cargas factoriales: métrica débil. En dos secciones se aprecia con valores idénticos.

En cuanto a la sección A se realiza primero una invarianza parcial que corresponde a la liberar ciertos parámetros en la invarianza de cargas factoriales; donde ciertos ítems tienen distinta carga entre los grupos; en la invarianza de umbrales; donde los ítems tienen umbrales de respuesta / puntaje de corte latente distinto y en la Invarianza de error; el error de medida es distinto entre grupos.

Se liberan los ítems 7 y 18 en invarianza de carga factorial porque estos ítem tienen una carga factorial muy baja en los estudiantes de media y bastante alta en universitarios y viceversa en el caso del ítem 18. Esto sucede por la capacidad discriminativa de los ítems que genera que funcionen de manera distinta en ambos grupos. Luego, se observan que aún persisten diferencias relevantes, por lo que se prueba una segunda invarianza, donde se liberan ítems 11 y 8. En la invarianza de umbrales, se liberan los ítems 15 y 16, por lo que se dejan umbrales distintos para secundarios y universitarios.

Luego, se realiza un análisis confirmatorio y de invarianza en un modelo con los ítems comunes que no presentaron incompatibilidad, es decir no se incorporan los ítems liberados en el proceso anterior y se logra que el modelo sea invariante.

Tabla. 34 Análisis de Niveles de Invarianza del TMHHSCG-CL

Modelo Invarianza <i>Widaman y Reise</i> (1997)			Índices de Ajuste			
	X ²	Valor p	g ^l (X ² /g ^l)	CFI	RMSEA	Valor p
Invarianza Sección A Muestra Total						
Invarianza de configuración	139.12	0.000	1.618	0.915	0.038 [0.026, 0.049]	0.965
Invarianza en cargas factoriales: métrica débil	148.02	0.000	1.558	0.915	0.036 [0.024, 0.047]	0.985
Invarianza en umbrales: métrica fuerte	159.61	0.000	1.716	0.894	0.041 [0.030, 0.051],	0.927
Invarianza en error de medición: métrica estricta	216.94	0.000	2.086	0.82	0.050 [0.041, 0.059],	0.485
Invarianza Sección B Muestra Total						
Invarianza de configuración	368.30	0.000	5.416	0.974	0.103 [0.093, 0.113]	0.000
Invarianza en cargas factoriales: métrica débil	376.32	0.000	4.952	0.974	0.097 [0.088, 0.107],	0.000
Invarianza en umbrales: métrica fuerte	657.63	0.000	6.323	0.952	0.113 [0.105, 0.121]	0.000
Invarianza en error de medición: métrica estricta	752.20	0.000	6.598	0.945	0.116 [0.108, 0.124]	0.000
Invarianza Sección C Muestra Total						
Invarianza de configuración	281.75	0.000	28.175	0.977	0.256 [0.231, 0.283]	0.000
Invarianza en cargas factoriales: métrica débil	309.31	0.000	22.094	0.975	0.226 [0.204, 0.248],	0.000
Invarianza en umbrales: métrica fuerte	228.49	0.000	9.139	0.983	0.140 [0.124, 0.157]	0.000
Invarianza en error de medición: métrica estricta	238.14	0.000	7.938	0.982	0.130 [0.115, 0.145]	0.000
Invarianza Sección D Muestra Total						
Invarianza de configuración	301.12	0.000	4.428	0.962	0.091 [0.081, 0.102]	0.000
Invarianza en cargas factoriales: métrica débil	302.83	0.000	3.985	0.963	0.085 [0.075, 0.096]	0.000
Invarianza en umbrales: métrica fuerte	372.30	0.000	3.58	0.957	0.079 [0.071, 0.088],	0.000
Invarianza en error de medición: métrica estricta	515.61	0.000	4.523	0.935	0.093 [0.085, 0.101]	0.000
Invarianza Sección E Muestra Total						
Invarianza de configuración	110.09	0.000	11.009	0.983	0.155 [0.130, 0.182]	0.000
Invarianza en cargas factoriales: métrica débil	112.02	0.000	8.002	0.983	0.130 [0.108, 0.152]	0.000
Invarianza en umbrales: métrica fuerte	196.24	0.000	7.009	0.971	0.120 [0.105, 0.136]	0.000
Invarianza en error de medición: métrica estricta	384.61	0.000	11.655	0.939	0.160 [0.146, 0.174]	0.000

Tabla.35 Diferencias en CFI y X^2 en Niveles de Invarianza

	Cheung y Rensvold (2002) (-0,01) (Meade y cols., 2008) (< 0;002)	(Bollen, 1989).
	Diff CFI	Diff X^2
Invarianza Sección A Muestra Total		
Invarianza de configuración	NA	NA
Invarianza en cargas factoriales: métrica débil	0	(9) =9.14
Invarianza en umbrales: métrica fuerte	-0.022	(2) =-6.20
Invarianza en error de medición: métrica estricta	-0.074	(11) =46.01
Invarianza Sección B Muestra Total		
Invarianza de configuración	NA	NA
Invarianza en cargas factoriales: métrica débil	-0.022	(8) =37.44
Invarianza en umbrales: métrica fuerte	-0.007	(28) =248.17
Invarianza en error de medición: métrica estricta	-0.007	(10) =92.83
Invarianza Sección C Muestra Total		
Invarianza de configuración	NA	NA
Invarianza en cargas factoriales: métrica débil	-0.002	(4) =9.38
Invarianza en umbrales: métrica fuerte	-0.008	(14) =78.70
Invarianza en error de medición: métrica estricta	-0.001	(5) =18.72
Invarianza Sección D Muestra Total		
Invarianza de configuración	NA	NA
Invarianza en cargas factoriales: métrica débil	0.001	(8) =24.51
Invarianza en umbrales: métrica fuerte	-0.007	(28) =46.67
Invarianza en error de medición: métrica estricta	-0.022	(10) =119.24
Invarianza Sección E Muestra Total		
Invarianza de configuración	NA	NA
Invarianza en cargas factoriales: métrica débil	0	(4) =10.24
Invarianza en umbrales: métrica fuerte	-0.012	(14) =70.23
Invarianza en error de medición: métrica estricta	-0.032	(5) =150.75

La prueba de invarianza entre niveles se puede realizar analizando las diferencias en el estadístico Chi-Cuadrado entre un nivel y otro, ya que los modelos se encuentran anidados (204). Cheung y Rensvold (203), proponen que una diferencia igual o superior a -0,01 entre el CFI restringido y el no restringido, indicaría la existencia de invarianza para efectos prácticos. Meade et al. (205) sugieren un criterio más exigente, de $CFI < 0,002$.

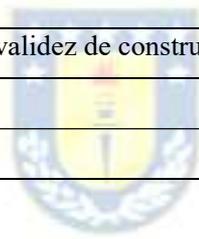


4.9 Estándares consensuados para la selección de instrumentos de salud (COSMIN)

A continuación, se presenta verificación COSMIN Risk of Bias (206) www.cosmin.nl

Tabla. 36 Lista de verificación de riesgo de sesgo de COSMIN

✓	Validez del contenido
✓	Validez estructural
✓	Consistencia interna
✓	Validez cultural/Invariancia de medida
✓	Confiabilidad
X	Error de medición
✓	Validez del criterio
✓	Prueba de hipótesis para la validez de constructo
X	Sensibilidad
✓	Proceso de traducción



PARTE V

5. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue Traducir, adaptar y validar el instrumento Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHHSCG) al contexto cultural local en jóvenes de enseñanza media y universitarios, junto con ello determinar los indicadores de validez, de contenido, criterio y de constructo y determinar la multidimensionalidad del Test que abarca todas las dimensiones de la ASM.

Los resultados, del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) se discutirán de acuerdo a la lógica de la técnica Multirasgo - Multimétodo (207), debido a que las cinco dimensiones del TMHHSCG-CL están formadas por ítems que miden diferentes constructos (múltiples rasgos), lo que permite diferenciar entre dos tipos de validez. Por una parte, la validez convergente determina que diferentes pruebas miden el mismo constructo y, por otra parte, la validez discriminante (divergente), que viene determinada por la medida de diferentes constructos dentro de la misma prueba (208).

El análisis factorial Confirmatorio (AFC) generalmente sigue a la AFE e incluye conocimientos teóricos para probar aún más la validez de constructo del Test. Este valida la medida en que el modelo estadístico se ajusta a los datos reales (198).

En las ciencias sociales y del comportamiento, los cuestionarios de autoinforme se utilizan a menudo para evaluar diferentes aspectos del comportamiento humano (209). Para ser válido para tal comparación, un cuestionario debe medir constructos idénticos con la misma estructura en diferentes grupos. Cuando este es el caso, el cuestionario posee Invarianza de medición (209). Si se puede demostrar la invarianza de medición, los participantes de todos los grupos interpretan las preguntas individuales, así como el factor latente subyacente, de la misma manera (210). Habiendo determinado la invarianza de medición, los estudios futuros pueden comparar la ocurrencia, los determinantes y las consecuencias de las puntuaciones de los factores latentes (210). De ahí que para finalizar se llevó a cabo un análisis de invarianza entre ambas muestras.

5.1 Dimensión estructural del TMHHSCG-CL

El AFE se llevó a cabo en la primera muestra de estudiantes de enseñanza media diurna. El análisis de factores dio como resultado dos factores en casi todas las secciones con excepción de la sección 5 (Índice de Bienestar).

El AFE permitió probar la validez de constructo y de criterio ya que, al no existir un Gold Estándar, la correlación del Test se vinculó con un criterio externo aceptado y validado que se tomó como referencia, para ello se utilizó como método estadístico correlaciones con otras medidas ya validadas en población adolescente y jóvenes chilenos. Este análisis permitió la evaluación de la validez de constructo y de criterio a nivel de matriz multirasgos/múltimétodos (Tabla 18).

Cuando hablamos de la validez de un Test, la validez no es una propiedad de la prueba en sí. La validez es la medida en que se justifican las interpretaciones de los resultados de una prueba, que dependen del uso previsto del Test, es decir, la medición del constructo subyacente (238). La medición de un constructo requiere que la definición conceptual se traduzca en una definición operativa. La capacidad de definir y cuantificar operativamente un constructo es el núcleo de la medición, de ahí que toda la evidencia de validez, incluida la validez relacionada con el criterio y el contenido contribuyen a la evidencia de la validez de constructo (238).

Los resultados de las correlaciones muestran que la sección de Conocimiento comprende dos factores, neuropsicología y conductas de trastorno mental. Muchas investigaciones indican que menos del 50% de los jóvenes de entre 12 y 25 años son capaces de identificar correctamente la depresión (211-212), de acuerdo con estos datos la ASM de los adolescentes y adultos jóvenes es baja. En cuanto a la correlación entre la Escala de Mental Health Literacy Scale (177) que también mide conocimiento, su relación es más bien baja con la sección conocimiento del TMHHSCG-CL, esta relación se podría dar porque las variables a medir en la escala de O'connors están centradas en los conocimientos sobre síntomas de trastorno mental en cambio la sección de conocimiento del TMHHSCG-CL está centrado en reconocer conductas que se vinculen con trastornos mentales comunes y

conocimientos sobre el funcionamiento del cerebro vinculado a la salud mental. La sección 2 del TMHHSCG-CL corresponde a Estigma, presenta dos factores, sentimientos de prejuicios y estereotipos. En el marco de la ASM se considera la reducción del estigma como uno de sus constructos centrales y enfatiza cómo la disminución del estigma y el incremento del conocimiento en salud mental pueden mejorar las conductas de búsqueda de ayuda, disminuyendo el estigma relacionado con los trastornos mentales (50).

Estudios destacan la presencia de estereotipos negativos en la población, que funcionan como un obstáculo importante para que las personas con algún trastorno mental busquen un tratamiento adecuado y sean socialmente integrados y aceptados (105). La etiquetación es señalada como principal fenómeno sociológico en el proceso de construcción social de la dolencia mental (65). Pescosolido (213) señala que son los “patrones construidos, socialmente para tomar decisiones” de salud, los que explican el comportamiento individual (1992, p. 1096), no la atribuida racionalidad. Pescosolido menciona cómo el estigma asociado a las dolencias mentales media en la percepción que tenemos sobre ellas, pero también en las campañas diseñadas para paliarlo (65). Es decir, la decisión de acudir o no a un especialista está mediada por las reacciones del medio y los otros significativos del individuo, sin que el cálculo racional se muestre en las encuestas como el procedimiento decisivo en la toma de decisiones. Son las reacciones al estigma percibido, argumenta Pescosolido (213), las que explican la decisión de no acudir al especialista médico antes los primeros síntomas, o la decisión de no contar lo que estamos viviendo a nuestra familia o amigos (65). La ausencia de conocimiento (sobre dolencias mentales) es considerada como un factor conducente al prejuicio (actitudes negativas) que posteriormente influye en los comportamientos (discriminación) (214).

Los resultados presentan una correlación negativa y fuerte entre la sección 2 y su primer factor, sentimientos de prejuicios y la Escala de Distancia social, en relación al factor Cercanía e interacción social, que expresa una disposición a aceptar una relación con una persona con trastorno mental, en una variación desde mayor cercanía (amistad) hasta conversar con alguien (179), lo que indicaría una disposición a aceptar a otros en distintos niveles de proximidad, de acuerdo al grado de contacto que considera aceptable (215). En

tanto el factor de sentimiento de prejuicio, está relacionado con la percepción popular de los trastornos mentales, es importante evaluar la información disponible y la presencia de estereotipos negativos en la población. Este tipo de estereotipos también deben examinarse más detenidamente con los instrumentos adecuados, ya que podrían ser obstáculos importantes para buscar tratamiento desde el punto de vista de la discriminación y el estigma (105). Por otro lado, se observa una relación negativa y moderada entre el factor, Cercanía e interacción social de la sección 2 del test y el factor Intimidación y confianza de la Escala de Distancia social; que indicaría que una actitud de aceptación hacia las personas con un trastorno mental se relaciona con el establecimiento de una relación de intimidad y confianza (216). En cuanto al sentimiento de prejuicio, las actitudes de la población hacia las personas con un trastorno mental, se relacionan con comportamientos discriminatorios, fundamentados en los prejuicios y estereotipos, hacia esta población, el cual se denomina estigma público (214).

La sección de Búsqueda de ayuda del TMHHSCG-CL consta de dos factores; Búsqueda ayuda para otros y Búsqueda ayuda individual. La Organización Mundial de la Salud (217) destaca la importancia de la búsqueda de ayuda tales como; los comportamientos y las intenciones de buscar ayuda, el conocimiento y las actitudes hacia la búsqueda de ayuda como un componente clave de la ASM (49). De ahí, que es clave el factor de Búsqueda de ayuda individual. No obstante, existen barreras que condicionan a buscar ayuda, jóvenes que perciben el estigma y la vergüenza, que presentan problemas para reconocer los síntomas y la preferencia por la autosuficiencia. (82). En cuanto a los facilitadores, existe evidencia que los jóvenes perciben el apoyo social y el aliento de los demás como una manera de auxilio para el proceso de búsqueda de ayuda (61).

Las creencias sobre la etiología de los trastornos mentales también pueden ser un factor de influencia adicional relacionado con las preferencias de búsqueda de ayuda, por lo que, a pesar de reconocer correctamente el trastorno, las creencias etiológicas también podrían verse influenciadas culturalmente (132). Estos hallazgos son importantes, ya que sugieren que aquellos que pueden identificar correctamente los signos y síntomas de trastornos mentales específicos, son más propensos a recomendar la búsqueda de ayuda de

profesionales de la salud mental (218), que se relaciona con el factor ayuda para otros del TMHHSCG-CL. Sin embargo, también es importante reconocer que la relación entre la ASM y la búsqueda de ayuda es compleja y multifactorial y, por lo tanto, las preferencias o conductas de búsqueda de ayuda pueden no estar únicamente influenciadas por la capacidad para reconocer signos y síntomas (218). De ahí, la necesidad de educar a los adolescentes y jóvenes sobre los trastornos mentales, sus signos y síntomas y la importancia de una ayuda adecuada y oportuna.

En cuanto al análisis de la relación entre el Cuestionario GHSQ-V Búsqueda de ayuda (búsqueda de ayuda formal e informal) y la sección 3 del TMHHSCG-CL, se observan relaciones positivas y moderadas cuando se presenta ansiedad, depresión, e ideación suicida. El favorecer una oportuna búsqueda de ayuda puede contribuir a disminuir el desarrollo de problemas en salud mental, donde, por ejemplo, se ha determinado que el incentivar a los jóvenes a buscar ayuda cuando se sienten depresivos, es una importante estrategia para reducir el riesgo suicida (79). La ayuda, puede ser obtenida desde una diversidad de fuentes variando el nivel de formalidad, desde fuentes informales (ejemplo: amigos y familia), a fuentes formales (ejemplo: profesional de la salud). La fuente de ayuda más comúnmente reportada para la depresión y la esquizofrenia es la familia y los amigos (216), de acuerdo a ello hay estudios que sugieren que la capacidad de reconocer o etiquetar un trastorno influye en las preferencias de búsqueda de ayuda (218). De acuerdo con lo señalado anteriormente, se infiere que el motivo de la correlación positiva y moderada entre estos dos instrumentos, es que apuntan al mismo indicador, búsqueda de ayuda. No obstante, el Cuestionario GHSQ-V, sus factores indican ayuda en otros ya sea en familiares y amigos o en profesionales y en el caso del TMHHSCG-CL la búsqueda de ayuda es para otros e individual.

La sección 5 del TMHHSCG corresponde a Índice de Bienestar WHO-5. El concepto de bienestar tiene un carácter multidisciplinario complejo, que comprende diferentes dimensiones tanto a nivel individual como social, económico, físico y psicológico (219). Este Índice consta de 5 preguntas positivas, están orientadas a medir la alegría y el nivel de energía, funcionan en el cribado de la depresión con tanto éxito como las preguntas

estrechamente orientadas a los síntomas depresivos, que los pacientes podrían ocultar debido a la vergüenza y el estigma, asociado con la enfermedad mental (220). Los instrumentos o escalas para identificar jóvenes en riesgo de presentar un trastorno depresivo, son de gran utilidad en la práctica clínica y en investigación, dado que aproximadamente el 10% de los adolescentes pueden reunir criterios para uno de estos trastornos durante el último mes (221-222).

Con respecto a la relación entre Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y la sección 5 del TMHHSCG-CL, se presenta positiva y fuerte. En el constructo de bienestar subjetivo se han identificado dos componentes notoriamente diferenciados; un componente emocional, en el que se identifican dos subcomponentes, afectos positivos y afectos negativos y un componente cognitivo, al cual se le ha denominado satisfacción con la vida (223). Las reacciones afectivas son, con frecuencia, respuestas de corta duración que se producen ante estímulos inmediatos, mientras que la satisfacción con la vida es una evaluación que refleja una perspectiva a largo plazo (223). La evaluación que realiza conscientemente la persona sobre las circunstancias de su vida puede ser la manifestación de valores y objetivos conscientes. Por el contrario, las reacciones afectivas pueden reflejar en mayor medida, factores inconscientes y estar más influidas por los estados corporales. En cualquier caso, debe existir algún grado de convergencia entre la satisfacción con la vida y el bienestar emocional porque ambos requieren de una apreciación evaluativa (223). En cuanto al factor cognitivo, la satisfacción con la vida se describe como una evaluación global que la persona hace sobre su vida (224). Esta definición señala que al realizar esta evaluación la persona indaga los aspectos perceptibles de su vida, considera lo bueno contra lo malo, lo compara con un patrón o juicio elegido por ella y llega a un juicio sobre la satisfacción con su vida (224). Por tanto, los juicios sobre la satisfacción dependen de las comparaciones que el sujeto hace entre las circunstancias de su vida y un modelo que considera apropiado (225).

En el caso de la sección 4 del TMHHSCG-CL, que corresponde a Estrés percibido, sus ítems interrogan sobre el grado en que las personas sienten que ejercen control sobre las situaciones impredecibles o inesperadas, o, por el contrario, las sienten como incontrolables

y, en tal medida, experimentan un estrés que se traduce en malestar (226). Permite evaluar las experiencias subjetivas de situaciones estresantes percibidas y reacciones de estrés, enfatizando las percepciones cognitivas más que los estados emocionales o eventos específicos de la vida (226).

Conviene subrayar que existe un conocimiento insuficiente sobre los requisitos para la salud y el bienestar en los jóvenes y su desarrollo, y cómo el estrés puede influir y predecir este desarrollo (227-228). Considerando que el estrés persistente puede ser motivo de deterioro de la función y discapacidad a más largo plazo es que se estima que esta respuesta no se basa únicamente en la intensidad o cualquier otra cualidad inherente del evento, sino que también depende de factores personales y contextuales (228-229).

La relación entre la sección 4 y el Cuestionario de Salud de Goldberg- GHQ-12) se presenta positiva y fuerte entre los factores; bienestar psicológico y malestar psicológico e incapacidad de enfrentar problemas y, por otro lado, una relación positiva y moderada con el segundo factor de esta sección, seguridad y control sobre las cosas. Esta relación se debe a que el GHQ -12 al igual que el Estrés percibido explora dos tipos de fenómenos: la percepción de incapacidad para funcionar desde el punto de vista psíquico a nivel “normal” y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico (230). Evalúa la dimensión general de la salud auto percibida, pero, además, permite distinguir dos subdimensiones: bienestar psicológico, que se define como un constructo que “expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva de vivencia y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social” (231) que estaría relacionado con el primer factor del Estrés percibido. En tanto la segunda subdimensión de GHQ-12, hace mención al funcionamiento social y afrontamiento, que se refiere a “la autoevaluación sobre la propia percepción de capacidad para atender los asuntos personales, afrontar las preocupaciones, decidir y atender los asuntos de la vida” (231), subdimensión que se vincula con el segundo factor del Estrés percibido.

Por otro lado, en los análisis de resultados se dio una relación de las escalas con otras secciones del TMHHSCG-CL, distintas al constructo para el cual fueron asignadas, que es importante mencionar.

Se observan correlaciones positivas y moderadas entre el Cuestionario GHSQ-V y la sección 5 del TMHHSCG-CL que corresponde a Índice de Bienestar, la relación se da específicamente con el factor 2 del GHSQ-V que corresponde a búsqueda de ayuda formal, vinculado con ansiedad, depresión e ideación suicida. Se podría señalar que, para comprender la gravedad del intento de suicidio, las escalas que miden el estado emocional podrían servir como instrumentos útiles. De acuerdo con esto, preferir escalas cortas y con carga positiva como el Índice de Bienestar que miden los factores de protección para la evaluación preliminar del riesgo de suicidio especialmente en entornos sin experiencia psicológica / psiquiátrica (232), sería una alternativa para la búsqueda de ayuda profesional. Sin embargo, el Índice de Bienestar al ser un instrumento de detección para seleccionar sujetos vulnerables, requeriría de una evaluación obligatoria más específica del riesgo de suicidio (232).

Se aprecia una relación positiva y fuerte entre el Cuestionario de Salud de Goldberg- GHQ-12 y la sección 5 del TMHHSCG-CL. Martin et al. (233), indica que el GHQ-12, no clasifica a las personas como sanas o enfermas, puesto que el contenido de los ítems hace referencia a conductas, emociones o pensamientos que se pueden encontrar en personas “sanas. Por otro lado, el Índice de Bienestar, se puede utilizar como herramienta para detectar síntomas depresivos, monitorear el bienestar emocional y psicológico, y también para evaluar la gravedad de los intentos de suicidio (234). De acuerdo con lo señalado, se observa que ambos factores presentan un componente de bienestar psicológico y emocional, que están influenciados por el afecto positivo y negativo y el bienestar evaluativo.

Entre los análisis de resultados se observa una relación positiva moderada entre la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y la sección 3 (búsqueda ayuda) del TMHHSCG-CL, específicamente con el factor 2, que corresponde a búsqueda de ayuda individual. La

satisfacción con la vida se puede definir como un "proceso de juicio, en el que los individuos evalúan la calidad de sus vidas sobre la base de sus propios criterios únicos ..." (235). Estudio realizado por McKnight et al. (236) mostró que los adolescentes que experimentaron eventos más estresantes estaban menos satisfechos con la vida y, en consecuencia, tenían más probabilidades de tener respuestas internas desadaptativas (por ejemplo, ansiedad y depresión). Se requiere evaluar a través de la ASM la eficacia de la búsqueda de ayuda, el conocimiento y las actitudes hacia la búsqueda de ayuda, considerando como una alta satisfacción con la vida resulta ser un factor protector potencial contra la desesperanza (237), que impide buscar ayuda cuando se presenta un problema de salud mental.

Se presenta una relación moderada entre la Escala de Satisfacción con la vida y los dos factores de la sección 4 del TMHHSCG-CL que corresponden, al factor seguridad y control de las cosas e incapacidad de enfrentar los problemas. La satisfacción con la vida entre los adolescentes, ha demostrado que las transiciones educativas pueden actuar como un punto de inflexión (237), un alto nivel de satisfacción con la vida puede disminuir el estrés y la ansiedad en situaciones de logro, en tanto, el bajo rendimiento académico y los fracasos académicos están relacionados con el estrés psicológico y el afecto negativo (237). El estrés se experimenta cuando una persona percibe que las demandas sobrecargan o exceden los recursos personales y sociales que es capaz de movilizar (236). Desde esta perspectiva la percepción de la situación por parte de los individuos es el factor crítico que se relacionaría con un bajo nivel de satisfacción con la vida (236).

Esta sección de la discusión, el análisis de coeficiente de correlación entre diferentes herramientas, permitió probar la validez constructo y de criterio de cada sección con las escalas asignadas. Kimberlin & Winterstein (238) señalan la importancia de una base teórica al señalar que "los constructos no se pueden definir solo en términos de definiciones operativas, sino que también deben haber demostrado relaciones con otros constructos o fenómenos observables". De ahí que seleccionar una medida de criterio adecuada y significativa puede ser un desafío (239). En este sentido, la evidencia de validez se

construye a lo largo del tiempo, con validaciones que ocurren en una variedad de poblaciones.

Otro hallazgo relevante al realizar los análisis de resultados de acuerdo a la lógica del método multirasgo- multimétodo, es que se logró demostrar la validez divergente o discriminante por las relativamente bajas correlaciones entre rasgos diferentes, medidos con el mismo método (fuente o instrumento), de acuerdo con García-Ramos (240) esto permite probar el carácter multidimensional del constructo, que en nuestro estudio quedaría reflejado en el TMHHSCG-CL que consigue medir la ASM, de manera global.

5.2. Confirmación de la estructura factorial del TMHHSCG-CL en adolescentes escolarizados y jóvenes universitarios.

El análisis factorial es el método más aplicado para obtener evidencias sobre validez de constructo, dado que informa sobre la estructura interna de los instrumentos de medida.

El TMHHSCG-CL evalúa la ASM en torno a cinco dimensiones importantes; conocimiento, estigma, búsqueda de ayuda, estrés percibido y bienestar. Los factores dan cuenta de las relaciones entre los 48 ítems del Test que comparten entre sí una estructura latente que está configurada en torno a un sólo constructo que es la ASM, que explica en buena parte (varianza explicada) las correlaciones entre los ítems.

Se han optado por complementar los índices de ajuste basados en la significación estadística del χ^2 con otro conjunto de indicadores de ajuste que se han ido proponiendo para determinar cuándo es adecuado un determinado modelo (241-242).

En este contexto, el índice RMSEA o Error cuadrático medio de aproximación por grado de libertad está reconocido como uno de los más informativos. En general, valores en RMSEA menores de .05 indican un buen ajuste y los valores comprendidos entre .05 y .08 un ajuste razonable (243). Al llevar a cabo un AFC es preciso que haya consistencia entre los métodos de estimación y el instrumento de medida para que los modelos teóricos propuestos reproduzcan las relaciones entre las variables de un constructo con la mayor

fidelidad posible (243). Con el índice RMSEA el porcentaje de rechazo de los modelos disminuye a medida que se incrementa el número de sujetos (243).

En este sentido, cuanto mayor sea el tamaño muestral y los grados de libertad del modelo teórico a prueba, menor será el valor de RMSEA y, por consiguiente, el ajuste será mayor (244-245). De acuerdo con RMSEA, se aceptan modelos teóricos cuyo tamaño muestral oscila entre 450 y 850 sujetos, con independencia del grado de asimetría que presente la distribución de respuestas (243). En tanto, el indicador de ajuste CFI debe estar en torno a .95 para considerar que el modelo se ajusta adecuadamente a los datos. Este valor, sin embargo, es relativo ya que, en modelos de gran complejidad el χ^2 siempre se alejará de cero, lo que hace disminuir el CFI. Se considera por tanto aconsejable presentar estos dos índices de ajuste junto con el χ^2 del modelo propuesto, sus grados de libertad y la probabilidad asociada (245).

En la práctica, si un modelo presenta un buen ajuste a través del CFI y del RMSEA conjuntamente, es muy poco probable que el modelo no sea adecuado a los datos. Estos índices de ajuste son, por tanto, una buena guía en la búsqueda del modelo que mejor se ajusta a los datos.

El RMSEA de la muestra total resultó entre un 0.02 en muestra de estudiantes universitarios y un 0.034 en estudiantes de enseñanza media. El CFI total del Test se presenta en muestra de universitarios en un 0.979 y un 0.949 en estudiantes de enseñanza media.

Un valor χ^2 cercano a cero indica poca diferencia entre las matrices de covarianza esperadas y observadas (244). El indicador de ajuste absoluto χ^2 muestra que los datos se ajustan al modelo, con valores entre $\chi^2= 1.378$, $p=0.000$, para la muestra de estudiantes universitarios y $\chi^2= 1.477$, $p=0.000$ en estudiantes secundarios.

Otra perspectiva importante a tener en cuenta es lo que señalan, Morata et al. (243) respecto a las características de un instrumento de recogida de datos con escalas tipo Likert y los requisitos del AFC, cobra importancia en la fase de este análisis de estimación de

parámetros elegir el método adecuado, pues de él dependerá en gran medida que al evaluar el ajuste del modelo tenga lugar una mayor aproximación a la realidad empírica medida mediante los índices globales de bondad de ajuste.

O ‘Connors (146) en revisión sistemática sobre medición de la ASM, señala que la mayoría de los estudios no muestran con suficiente detalle la información sobre la construcción del cuestionario y las pruebas posteriores para demostrar la validez y confiabilidad, cada estudio de ASM proporciona una metodología única para medirla. De igual forma señala, que, aunque la metodología de viñeta se utiliza con mayor frecuencia, varios estudios utilizaron diferentes formatos (por ejemplo, preguntas de verdadero / falso y respuestas tipo Likert de 5 puntos), lo que hace que la comparación entre diferentes estudios sea muy difícil. El autor señala que la falta de una evaluación exhaustiva tiene implicaciones para la interpretación de los resultados, ya que existen pruebas limitadas en todos los estudios de que la validez se haya evaluado adecuadamente (146). Por consiguiente, la falta de medición de todos los atributos relacionados con la ASM, infiere que estas medidas pueden estar evaluando solo aspectos selectos de esta.

5.3 Perfil de Alfabetización en Salud Mental en ambas muestras

Estos análisis muestran que los estudiantes secundarios presentan un bajo nivel de conocimiento en el factor 2 del TMHHSCG-CL con un 40% que corresponde al reconocimiento de conductas de enfermedad mental, en tanto los estudiantes universitarios presentan un nivel más alto, 64% de conocimientos en ambos factores. Estudio realizado por Kutcher et al. (154) en estudiantes entre 13 a 15 años donde se aplicó el TMHHCG-CL como pre y post test en la intervención en aula, “Guía Curricular de ASM”, los estudiantes respondieron correctamente en un promedio del 55% de 28 preguntas relativas al conocimiento de la salud mental. Después de la exposición de la Guía de ASM, las respuestas correctas mejoraron a un promedio del 69% de las 28 preguntas, lo que mejoró significativa y sustancialmente con respecto a las puntuaciones iniciales. De acuerdo con estos resultados, se plantea la necesidad de llevar a cabo intervenciones como la Guía

curricular en ASM en estudiantes de enseñanza media como medida de promoción y prevención en salud Mental. En cuanto a los porcentajes de conocimiento de los estudiantes universitarios es importante señalar que un alto porcentaje son de carreras del área de la salud, por lo que sus conocimientos previos en salud mental pudieran deberse a ello.

En la dimensión estigma los estudiantes secundarios, en promedio sus respuestas están más cercana a la respuesta 3, que indica “no estoy seguro”, se puede inferir que existe un leve sentimiento de prejuicio hacia las personas con trastorno mental. Los estudiantes universitarios en promedio no presentan niveles altos de estigma. Los resultados de estudio de Kutcher et al. (154) señalado anteriormente, en la dimensión de estigma muestran que al igual que en conocimiento, después de la exposición de la Guía curricular en ASM, los estudiantes mostraron mejoras significativas y sustanciales en la actitud (media 42,56, DE 6,08) y las encuestas posteriores a la prueba (media 46,42, DE 5,67). Estos hallazgos corroboran los de un estudio anterior realizado en Canadá (150), estos resultados sugieren que un enfoque simple, pero eficaz para mejorar la ASM en los jóvenes, se presenta mediante la incorporación de un recurso en el aula impartido por los profesores habituales en los entornos escolares habituales.

Los resultados del estudio de Milin et al., (139) el conocimiento y el estigma se correlacionaron positivamente ($r = 0,28$, $p = .000$), lo que sugiere que la mejora del conocimiento puede cambiar las actitudes de los participantes hacia los trastornos mentales de forma positiva. Este hallazgo está respaldado por otras investigaciones donde el conocimiento es clave para cambiar las actitudes de las personas hacia las enfermedades mentales, especialmente en los jóvenes (54, 101, 125,127,246).

Sin embargo, la correlación entre el conocimiento y el estigma hacia los trastornos mentales no es una relación de uno a uno, lo que sugiere que puede haber otros factores en juego. Este hallazgo es consistente con investigaciones previas que, además del conocimiento, otros factores a nivel individual, comunitario y del sistema pueden jugar un papel importante en la reducción del estigma hacia estos trastornos (247). Las estrategias para la reducción del estigma pueden incluir el contacto con personas con trastorno mental.

educación pública, redes sociales, defensa comunitaria y cambios de políticas públicas (104).

En la sección 3 se observa que tanto estudiantes universitarios como secundarios en el ítem 4, cuya afirmación es “sentirse cómodo al buscar ayuda debido a un problema o trastorno mental”, refiere a búsqueda de ayuda individual, la media de la respuesta indica “no estoy seguro” lo que permite inferir que no se sienten cómodos pidiendo ayuda para ellos mismos debido a un problema de salud mental. No así al pedir ayuda para otros. En estudio realizado por Picco et al. (218), sus resultados indicaron que, para la depresión y la esquizofrenia, el reconocimiento se asocia con una menor preferencia por buscar ayuda de familiares y amigos, mientras que una mayor probabilidad de buscar ayuda de fuentes profesionales como un psiquiatra, psicólogo o un hospital psiquiátrico, para la depresión. En un estudio entre jóvenes australianos de 12 a 25 años, el reconocimiento se asoció con una menor preferencia por buscar ayuda de amigos (248).

Las creencias sobre la etiología de las enfermedades mentales también pueden ser un factor de influencia adicional relacionado con las preferencias de búsqueda de ayuda, por lo que, a pesar de reconocer correctamente el trastorno, los jóvenes pueden tener creencias diferentes sobre las causas de estas enfermedades mentales y, en consecuencia, esto también influye en la preferencia de búsqueda de ayuda (249-250). Las creencias respecto de etiologías también podrían estar influenciadas culturalmente y, por lo tanto, esto da mérito para investigar más a fondo el impacto de tales creencias en las preferencias de búsqueda de ayuda.

El rechazo social y las actitudes estigmatizadoras hacia las personas con trastornos mentales se ha mantenido bastante estancado durante los últimos 20 años. En revisión sistemática y el metaanálisis de Schomerus et al. (215) encontraron que, si bien la ASM ha mejorado, las actitudes negativas hacia las personas con un trastorno mental, ha sido más difícil disminuir las actitudes estigmatizantes hacia la esquizofrenia.

5.4. Similitud de la estructura factorial del TMHHSCG-CL en ambas muestras.

El análisis de invarianza busca reconocer en qué medida las relaciones existentes entre distintas medidas permanece invariante. Para que las medidas sean comparables entre distintos grupos, las relaciones entre los ítems observados y los constructos que miden deben ser las mismas entre los grupos. A esto se le denomina invarianza de medición (IM), la que puede ser estudiada mediante extensiones del AFC. Los artículos de revisión recientes proporcionan una descripción general de una multitud de estudios sustantivos que probaron la IM (251).

Van de Schoot, Lugtig, & Hox, (204) señalan que al establecer si las cargas factoriales, las intersecciones y las varianzas residuales son equivalentes en un modelo factorial que mide un concepto latente, podemos asegurar que las comparaciones que se hacen en la variable latente son válidas entre grupos. Por consiguiente, establecer la IM implica ejecutar un conjunto de modelos de ecuaciones estructurales cada vez más restringidos y probar si las diferencias entre estos modelos son significativas (204).

Reise, Widaman y Pugh, (252), mencionan que hay dos clases de métodos para probar la IM; uno se basa en el AFC y el otro se basa en la teoría de respuesta al ítem (IRT). Los modelos AFC se basan en una relación lineal entre la variable latente y sus indicadores. Por otro lado, los modelos IRT se basan en una función no lineal que da cuenta de la relación entre el nivel del sujeto en una variable latente y la probabilidad de las respuestas del ítem. Como mencionan Vandenberg y Lance (251) el enfoque AFC es capaz de manejar múltiples variables latentes y múltiples poblaciones simultáneamente más fácilmente que la TRI. Dada la naturaleza multidimensional, del TMHHSCG-CL en este estudio se utilizó el método AFC de IM.

El análisis se realizó según el Modelo de Widaman, y Reise, (199) que consideran 4 niveles de invarianza factorial. Los resultados presentan que en los dos primeros niveles de Invarianza de configuración e Invarianza de cargas factoriales: métrica débil; se obtuvo los criterios de IM propuestos por estos autores, quienes sugieren que si el cálculo de la diferencia de los CFI de ambos modelos anidados disminuye en .01 o menos, se da por

bueno el modelo restringido y por tanto el cumplimiento de la invarianza factorial; la diferencia entre CFIs obtenida permite aceptar el modelo de IM (Tabla 34 y Tabla 35).

En la sección 1, al ser una dimensión que mide conocimiento y presentar respuestas categóricas se llevó a cabo una IM parcial la cual permite liberar ítems (no eliminar) para lograr la invarianza. El objetivo de las pruebas de IM parcial es averiguar cuál de las cargas o las intersecciones difieren entre los grupos (253). Si solo uno de estos es diferente entre los grupos, sabemos que cualquier diferencia en la variable latente puede ser causada por una diferencia en esta carga / intersección, o por la verdadera diferencia de grupo de la variable latente (253). Siempre que haya al menos dos cargas e intersecciones que estén restringidas por igual en todos los grupos, podemos hacer inferencias válidas sobre las diferencias entre las medias de los factores latentes en el modelo (253). De acuerdo con lo anterior, una vez realizada la IM parcial se liberaron 6 ítems, y se realizó una IM total con los ítems que no presentaban incompatibilidad para poder comparar las puntuaciones totales en los 4 niveles, los resultados mostraron una invarianza factorial en los dos primeros niveles.

Respecto de los resultados de la sección 1, la literatura señala que la capacidad cognitiva que se supone que mide el ítem se puede definir de varias maneras, y aquí es donde reside la mayor parte de la controversia en los debates sobre la prueba de equidad y la validez de las pruebas que miden conocimiento. El problema comienza con el hecho de que cualquier elemento cognitivo depende en gran medida de una serie de procesos cognitivos de una manera multivariante compleja, que cubre una gran cantidad de factores de capacidad cognitiva (254).

Cuando la invarianza falla, sabemos que la capacidad cognitiva latente que se supone que mide la (sub) prueba (o ítem) no puede explicar todas las diferencias de grupo observadas en esa (sub) prueba (o ítem) dado el modelo psicométrico particular utilizado para probar la invarianza (254). En un sentido general, esto significa que en algún lugar el modelo psicométrico muestra desajuste.

Para un uso válido de pruebas y para el desarrollo de pruebas (posteriores), es bastante informativo saber por qué ciertos elementos o (sub) pruebas fallan en las pruebas de invariancia. Los factores que causan sesgos en una subprueba completa pueden ser diversos y estar relacionados con cuestiones culturales relacionadas con el elemento o el contenido de la prueba, diferencias educativas, problemas de lenguaje, factores cognitivos o emocionales (253).

En consecuencia, señala Hayduk, (253) antes de pasar a cualquier otro paso en la evaluación de IM, como investigadores debemos asegurarnos de que el modelo de configuración causal sea apropiado para la teoría y los métodos sean consistentes con sus indicadores. El punto importante sigue siendo que por muy compleja que se presente la especificación causal adecuada o válida, constituye un requisito fundamental obligatorio para las evaluaciones de IM (253).

La IM de múltiples grupos del Test alcanzó buenos resultados entre los grupos, en las secciones 2, 3, 4 y 5 lo que demuestra una invariancia estructural, lo que brinda apoyo psicométrico a la comparabilidad de los estudios transversales utilizando el TMHHSCG-CL. Se presenta una propuesta específica para la sección 1 (conocimiento) en la que se puede aplicar tanto en estudiantes universitarios como en secundarios, con la posibilidad de agregar estos ítems liberados de acuerdo al tipo de muestra (sección A con 12 o 18 ítems). Según Lugtig, Boeije y Lensvelt-Mulders, (255), si se puede establecer qué elemento específico es problemático, los cuestionarios se pueden modificar en el futuro.

La comparabilidad de estos resultados deberá evaluarse en estudios con muestras con un número mayor de participantes, para contrastar y verificar estos resultados. Asimismo, realizar una normalización / estandarización de los valores del TMHHSCG -CL.

5.5 Limitaciones

Dentro de las limitaciones de este estudio está el muestreo por conveniencia, para lo cual se debería hacer en una próxima investigación, un muestreo aleatorizado para asegurar representatividad.

Originalmente este estudio sería llevado a cabo completamente en estudiantes de enseñanza media, sin embargo, producto de la emergencia sanitaria, no se tuvo acceso a completar el total de la muestra que ya estaba autorizada por los colegios y liceos respectivos. En este contexto se amplía la muestra con estudiantes universitarios, con quienes se consiguió terminar el estudio de acuerdo a lo establecido en el proyecto de investigación.

Otra limitación es no haber podido realizar la comparación de resultados con el Test Original ya que no alcanzaron a estar listos al finalizar esta investigación

5.6. Fortalezas

Se logro un proceso de adaptación y validación, a través de la aplicación de múltiples instrumentos, un método que asegura la validez convergente y discriminante. Sin dejar de mencionar que los instrumentos utilizados para la validez, en su mayoría estaban validados en jóvenes estudiantes chilenos, con sus respectivos estudios de validación, lo que asegura un instrumento válido, lo que es óptimo desde el punto de vista del rigor metodológico. Teniendo en cuenta que no hay un instrumento sobre ASM en nuestro país, y en países latinoamericanos esto representa un hito muy relevante.

Asimismo, importante es haber realizado un análisis de invarianza dando la posibilidad que sea un instrumento generalizable en muestras similares.

Otra fortaleza del estudio son el tamaño de la muestra, $N= 872$, que permitió dividirla en dos porcentajes similares para realizar los análisis respectivos

Dadas las fortalezas de nuestro estudio, confiamos en recomendar que las investigaciones futuras se centren en el desarrollo de una medida que sea psicométricamente sólida e, idealmente desarrollada de acuerdo con pautas metodológicas tales como COSMIN. Sin embargo, consideramos que más estudios son necesarios con el fin de corroborar o refutar los datos obtenidos en la presente investigación.

PARTE VI

6.1 Conclusiones.

La ASM ha proporcionado un desarrollo conceptual importante para comprender los factores que impactan en la salud mental de un individuo y su comportamiento de búsqueda de ayuda. Sin embargo, algunos estudios han dejado en evidencia que la medición actual de ASM aun es deficitaria y se deben seguir desarrollando y validando pruebas psicométricamente robustas para evaluar este importante constructo.

La aplicación y el uso de Test construidos en otros contextos culturales, se observa como una práctica frecuente en investigación en todas partes del mundo. De ahí que, el proceso de validación y adaptación requiera de rigor metodológico, especialmente cuando se trata de evaluar para indagar manifestaciones o conocimientos para llevar a cabo estrategias de promoción y prevención, tal él es caso de esta investigación en el área de salud mental.

Para ello la adaptación y validación debe cumplir con los parámetros y directrices internacionales para lo cual existen diferentes formas de revisar y comprobar estos datos.

También es preciso destacar que esta investigación constituye un primer paso para comparar resultados entre los estudiantes de dos países distintos, especialmente en el contexto latinoamericano en el tema de ASM. De igual forma, resulta importante destacar el aporte que este estudio hace al ámbito investigativo en Salud Mental y Educacional, ya que, hasta ahora, la ASM ha sido evaluada en escuelas y colegios de habla inglesa, en países de Norteamérica y Europa, ante esto, se pueden indicar dos hitos importantes, uno de ellos es que el TMHHSCG-CL ha sido adaptado y validado en población similar a los estudios llevados a cabo en países de habla inglesa. El otro hito relevante es para el ámbito educativo, ya que se visualiza la posibilidad de realizar promoción y prevención en ASM y poder evaluar estas intervenciones con un instrumento válido y confiable.

De acuerdo con los hallazgos de esta investigación se puede señalar respecto a las hipótesis planteadas al comienzo de este estudio, que el TMHHSCG-CL cuenta con un lenguaje comprensible y adecuado al contexto cultural en adolescentes de enseñanza media y

jóvenes universitarios chilenos. De igual manera presenta indicadores de validez y confiabilidad, estables y coherentes requeridos para la medición de un constructo, puesto que se llevó a cabo todo el proceso de acuerdo a lo que se señala en la literatura científica respecto de un análisis psicométrico. En relación con la multidimensionalidad del constructo, el TMHHSCG-CL mide todas las dimensiones que componen la ASM.

De acuerdo al primer objetivo específico, Traducir, adaptar el lenguaje y al contexto cultural el TMHHSCG en jóvenes de enseñanza media y universitarios, se realizó de acuerdo a los parámetros del Proceso de traducción, retrotraducción, evaluación de jueces y entrevista cognitiva.

En lo que respecta al segundo objetivo; Determinar los indicadores de validez (de contenido, criterio y constructo) y confiabilidad (consistencia interna) de la versión adaptada del TMHHSCG-CL, los resultados del análisis exploratorio, confirmatorio y de invarianza permitieron establecer los indicadores antes mencionados.

En cuanto al tercer objetivo, Determinar la multidimensionalidad del TMHHSCG-CL es relevante, las revisiones sistemáticas indican la importancia de medir la ASM con instrumentos que contengan subescalas con todas las dimensiones del constructo.

Finalmente, señalar que se deben aplicar instrumentos en ASM que consideren las necesidades psicosociales y contextuales únicas de los adolescentes y jóvenes.

A modo de reflexión final mencionar que el campo de la ASM posiblemente continúe el modelo del etiquetado psiquiátrico (como señalan algunos estudios) dada la influencia de Jorm en sus primeros estudios sobre este tema. De igual forma, la definición de la ASM de Wei, Kutcher y col. (creadores del TMHHSCG) tiene su origen en la psiquiatría, sin embargo, incluye de manera explícita la comprensión de la promoción de la salud mental y la reducción del estigma como medida de prevención (256).

6.2. Proyecciones

Como proyección de este estudio, se espera poder realizar un estudio en más regiones del país para medir el nivel de ASM, y de acuerdo a estos resultados, desarrollar intervenciones que permitan aumentar el nivel de ASM, como un medio de prevención y promoción en salud mental. De igual forma se proyecta adaptar y validar el Test en versión para los profesores.

Asimismo, se espera poder compartir el TMHHSCG-CL en Latinoamérica para poder comenzar a reunir investigaciones que permitan conocer el nivel de ASM en países de América Latina.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M.J., Hidalgo Vicario, M.I. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr. Integral* 2017; 21 (4): 233 – 244
2. Ministerio de Salud (MINSAL). Gobierno de Chile “Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Orientaciones para los equipos de Atención Primaria”, 2016
3. Krauskopf D., Los marcadores de juventud: la complejidad de las edades. *Ultima Década*, 2015, 42: 115-128.
4. Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, & Kohn R, Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev. Méd. Chile*, 2012; 140(4), 447-457.
5. De la Barra F, Vicente B, Saldivia S, Melipillán R, Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Rev. Med. Clin. Condes -* 2012; 23(5) 521-529
6. Cova F, Melipillán R, Valdivia M, Bravo E, y Valenzuela B. Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista Chilena de Pediatría*, 2007; 78(2), 151-159
7. Culp AM, Clyman, MM, & Culp RE, Adolescent depressed mood, reports of suicide attempts, and asking for help. *Adolescence*, 1995; 30(120): 827-837
8. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Fischer SA. Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *J Abnorm Psychol*. 1993; 102(1):110-20.
9. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*.2015; 56(3):345-65. doi:10.1111/jcpp.12381.

10. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet*. 2013; 382(9904):1575–86.
11. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011; 378:1515–25.
12. Hoagwood K, Olin S. The NIMH blueprint for change report: research priorities in child and adolescent mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002; 41:760–7.
13. Fuchs M, Kemmler G, Steiner H, Marksteiner J, Haring C, Miller C, Hausmann A, Sevecke K. Child and adolescent psychiatry patients coming of age: a retrospective longitudinal study of inpatient treatment in Tyrol. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:225
14. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, He JP, Koretz D, McLaughlin KA, Petukhova M et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2012; 69(4):372–80.
15. Copeland WE, Adair CE, Smetanin P, Stiff D, Briante C, Colman I, Fergusson D, Horwood J, Poulton R, Costello EJ et al. Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(7):791–9.
16. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(7):709–17.
17. Christiana JM, Gilman SE, Guardino M, Mickelson K, Morselli PL, Olfson M, Kessler Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: An international survey of members of mental health patient advocate groups. *RC Psychol Med*. 2000; 30(3):693-703.
18. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, et al. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20:359–64.

19. Eckersley, R, Troubled youth: an island of misery in an ocean of happiness, or the tip of an iceberg of suffering? *Early Intervention in Psychiatry* 2011; 5 (Suppl. 1): 6–11
20. Ordóñez, A, and Collins, P, Advancing Research to Action in Global Child Mental Health. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2015 Oct; 24(4): 679–697. doi: 10.1016/j.chc.2015.06.002
21. Cuenta Pública CNED 2015 <https://www.cned.cl/publicacion/cuenta-publica-2015>
22. Instituto Nacional de la Juventud, INJUV (2020). Novena Encuesta Nacional de la Juventud 2020. Recuperado de <http://www.injuv.gob.cl/9encuesta>
23. Barrera-Herrera, A. Vinet, E. Adulthood Emergent and cultural characteristics of the stage in university students in Chile. *Terapia psicológica* 2017, 35(1), pp. 47-56
24. Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol.* 2000 May;55(5):469-80. PMID: 10842426.
25. Lee, C., Dickson, D.A., Conley, C.S. and Holmbeck, G.N.A Closer Look at Self-Esteem, Perceived Social Support, and Coping Strategy: A Prospective Study of Depressive Symptomatology across the Transition to College. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2014, 33, 560-585
26. Bewick, B., Koutsopoulou, G., Miles, J., Slaa, E. and Barkham, M. Changes in Undergraduate Students' Psychological Wellbeing as They Progress through University. *Studies in Higher Education*, 2010, 35, 633-645.
27. Varghese, R.P., Normal, S. J. & Thavaraj, H. M. Perceived stress and self-efficacy among college students: a global review. *International Journal of Human Resource Management and Research*, 2015, 5(3), 15-24.
28. Pidgeon, A., McGrath, S., Magya, H., Stapleton, P. and Lo, B. Psychosocial Moderators of Perceived Stress, Anxiety and Depression in University Students: An International Study. *Open Journal of Social Sciences*, 2014, 2, 23-31.
29. Eisenbarth, C.A., Champeau, D.A. and Donatelle, R.J. Relationship of Appraised Stress, Coping Strategies, and Negative Affect among College Students. *Int J Psychol Behav Sci*, 2013, 3, 131-138.

30. Stallman, H.M. Psychological Distress in University Students: A Comparison with General Population Data. *Australian Psychologist*, 2010, 45, 249-257.
31. Eisenberg, D., Speer, N. and Hunt, J.B. Attitudes and Beliefs about Treatment among College Students with Untreated Mental Health Problems. *Psychiatric Services*, 2012, 63, 711-713
32. Wong, J.G.W.S., Cheung, E.P.T., Chan, K.K.C., Ma, K.K.M. and Tang, S.W. (2006) Web-Based Survey of Depression, Anxiety and Stress in First-Year Tertiary Education Students in Hong Kong. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2006, 40, 777-782.
33. Chau, C. y Vilela, P. Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco, *Revista de Psicología* 2017, 35 (2)
34. Pozos-Radillo, B. E., Preciado-Serrano, M. L., Plascencia-Campos, A. R., Acosta Fernández, M. & Aguilera-Velasco, M. A. Estrés académico y síntomas físicos, psicológicos y comportamentales en estudiantes mexicano de una universidad pública. *Ansiedad y estrés*, 2015, 21(1), 35-42.
35. Barrera, A. (2019) Primera Encuesta Nacional de Salud Mental Universitaria. Concurso Inserción en la Academia del Programa de Atracción e Inserción (PAI) de CONICYT.
36. Rossi L. Jiménez J. P, Barros P., Assar R., Jaramillo K., Herrera L. et al. Sintomatología depresiva y bienestar psicológico en estudiantes universitarios chilenos. *Rev. méd. Chile*, 2019, 147(5): 579-588.
37. Basagoiti I. (2012) Alfabetización en salud. De la información a la acción [pdf]. Valencia: ITACA/TSB; 2012. Disponible en <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>
38. Simonds S. Health Education as Social Policy. *Health Education Research*. 1974; 2, 1-10. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10901981740020S102>
39. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Ottawa; 1986.

40. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion International. 1998; Vol 13 (4) Oxford University Press.
41. Nutbeam D, Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century Health Promot Int., 2000; 15: 259-267
42. Bas P, Fernández M, Poza M, y Pelicano N. Propuestas de evaluación de la Alfabetización en Salud. Psychologia Latina. 2015; 6 (1): 1-11
43. Falcón M, y Luna A. Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. Revista Comunicación y Salud. 2012;2(2): 91-98.
44. Falcón M, y Basagoiti I. El paciente y la alfabetización en salud. En Basagoiti I. Alfabetización en salud. De la información a la acción [pdf]. Valencia: ITACA/TSB; 2012. Disponible en <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>
45. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical Journal of Australia 1997; 166:182–186.
46. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. Am Psychol. 2012 Apr;67(3):231-43. doi: 10.1037/a0025957. Epub 2011 Oct 31. PMID: 22040221.
47. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes, and help-seeking: A scoping review. BMC Psychiatry, 2015,15, 291.
48. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: A systematic review. BMC Psychiatry, 2016, 16, 297.
49. Wei Y. The assessment of the quality of mental health literacy measurement tools: A scoping review and three systematic reviews (unpublished doctoral dissertation). (2017). Halifax, Nova Scotia: Dalhousie University.
50. Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental health literacy: past, present and future. Can J Psychiatr. 2016;61(3):154–8. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>.

51. Bjørnsen HN, Eilertsen MB, Ringdal R, Espnes GA, Moksnes UK. Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*. 2017;17(1):717. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4733-6>.
52. Kusan S. Dialectics of mind, body, and place: Groundwork for a theory of mental health literacy. *Sage Open*, 2013, 3, <https://doi.org/10.1177/2158244013512131>
53. World Health Organization. Mental health: strengthening our response. 2018. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.
54. Coles ME, Ravid A, Gibb B, et al. Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *J Adolesc Health*, 2016, 58, 57–62.
55. Mansfield, R., Patalay, P., & Humphrey, N. A systematic literature review of existing conceptualisation and measurement of mental health literacy in adolescent research: current challenges and inconsistencies. *BMC public health*, 2020, 20(1), 607. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08734-1>
56. Spiker DA, Hammer JH. Mental health literacy as theory: current challenges and future directions. *J Ment Health*. 2018:1–5. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437613>
57. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.
58. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo . Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001 Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf
59. Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S. & Mendes, A. Reconhecimento da depressão e crenças sobre procura de ajuda em jovens portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (2012). 7, 13-17.
60. Santor, D.; Poulín, C.; LeBlanc, J.; Kusumakar, V. Facilitating Help Seeking Behavior and Referrals for Mental Health Difficulties in School Aged Boys and Girls: A School-Based Intervention. *Journal of Youth and Adolescence*, 2007, 36(6): 741-752.

61. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010 Dec 30; 10:113. doi: 10.1186/1471-244X-10-113.
62. Angermeyer MC, Matschinger H (2005). Labelingstereotype- discrimination. An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005, 40, 391–395.
63. Jorm AF, Griffiths KM. The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations? *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Oct;118(4):315-21. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01251.x.
64. Levav I, Lima BR, Lennon MS, Kramer M, González R. Salud mental para todos em América Latina y el Caribe: bases epidemiológicas para la acción. *Bol of Sanit Panam*; 1989; 107(3): 196–219
65. Torres M, Alfabetización en salud mental, estigma e imaginarios sociales. *imagonautas Revista Interdisciplinaria sobre Imaginarios Sociales* 2016; 8: 50-63
66. Jorm A, Barney L, Christensen H, Highet N, Kelly C, Kitchener B. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40:3–5
67. Wahl O. Depictions of mental illnesses in children's media. *J Ment Health* 2003; 12:249-58.
68. Adler A, Wahl O. Children's beliefs about people labelled mentally ill. *Am J Orthopsychiat* 1998; 68:321–326.
69. Schulze B, Richter-Werling M, Matschinger H. Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107:142-50.
70. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen H-U, Carter R. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104(5):332– 339
71. Yang CK. Sociopsychiatric characteristics of adolescents who use computers to excess. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104:217–222.

72. Maggini C, Ampollini P, Gariboldi S, Cella PL, Peqlizza L, Marchesi C. The Parma high school epidemiological survey: obsessive-compulsive symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103:441–446
73. Hyejin J. Von Sternberg K. & Davis K. The impact of mental health literacy, stigma, and social support on attitudes toward mental health help-seeking, *International Journal of Mental Health Promotion*, 2017: DOI: 10.1080/14623730.2017.1345687
74. Downs, M. F., & Eisenberg, D. Help seeking and treatment use among suicidal college students. *Journal of American College Health*, 2012 60, 104–114. doi:10.1080/07448481.2011.619611
75. González, J., Alegría, M., Prihoda, T., Copeland, L., & Zeber, J. How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity/race and education. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 2011, 46, 45–57. doi:10.1007/s00127-009-0168-4
76. Smith, C. L., & Shochet, I. M. The Impact of mental health literacy on help-seeking intentions: Results of a pilot study with first year psychology students. *International Journal of Mental Health Promotion*, 2011, 13, 14–20. doi:10.1080/14623730.2011.9715652
77. Gibbons, C. Stress, Eustress and the National Student Survey. *Psychology Teaching Review*, 2015, 21(2) 86-92
78. Thorsteinsson, E. Loi, N. and Moulynox, A. Mental Health Literacy of Depression and Postnatal Depression: A Community Sample. *Open Journal of Depression*, 2014, 3, 101-111. doi: 10.4236/ojd.2014.33014.
79. Olivari C, Guzmán-González M, Validación del cuestionario general de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. *Rev Chil Pediatr*. 2017; 88(3):324-331 DOI: 10.4067/S0370-41062017000300003
80. Unrau YA, Grinnell RM. Exploring outof- home placement as a moderator of help-seeking behavior among adolescents who are high risk. *Res Soc Work Pract*. 2005;15(6):516-30.

81. Rickwood D, Deane F, Wilson C: When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust* 2007, 187(7 Suppl):S35-39.
82. Rickwood D, Deane F, Wilson C, Ciarrochi J: Young people's help-seeking for mental health problems. *AeJAMH (Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health)* 2005, 4(3).
83. Barker G, Olukoya A, Aggleton P: Young people, social support and help-seeking. *Int J Adolesc Med Health*. 2005;17 (4): 315-335. 10.1515/IJAMH.2005.17.4.315.
84. Lindsey MA, Korr WS, Broitman M, Bone L, Green A, Leaf PJ: Help-seeking behaviors and depression among African American adolescent boys. *Soc Work* 2006, 51(1):49-58.
85. Kelly C, Jorm A, Wright A: Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Aust* 2007, 187(7 Suppl):S26-30.
86. Gallardo G. (2019) Educación Superior y Salud Mental Juvenil: Perspectiva relacional. En Revista RT - Instituto Nacional de la Juventud, Programa Observatorio de Juventud del Departamento de Planificación y Estudios.
87. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, Bellon-Saameno JA, Moreno B, Svab I, Rotar D, Rifel J, Maarros HI, Aluoja A, Kalda R, Neeleman J, Geerlings MI, Xavier M, de Almeida MC, Correa B, Torres- Gonzalez F: Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry* 2008, 192(5):362-367.
88. Farrand P, Perry J, Lee C, Parker M: Adolescents' preference towards selfhelp: Implications for service development. *Primary Care & Community Psychiatry* 2006, 11(2):73-79.
89. Helms JL: Barriers to Help Seeking Among 12th Graders. *Journal of Educational & Psychological Consultation* 2003, 14:27-40.
90. Jagdeo A, Cox BJ, Stein MB, Sareen J. Negative attitudes toward help seeking for mental illness in 2 population-based surveys from the United States and Canada. 2009, *Can J Psychiatry*. 54:757-766.

91. Jorm AF, Wright A, Morgan AJ: Where to seek help for a mental disorder? National survey of the beliefs of Australian youth and their parents. *Med J Aust* 2007, 187(10):556-560.
92. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*. 2010, 10, 80. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/80>.
93. Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 1987, 92, 1461–1500.
94. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*. 2003, 44, 162–179.
95. Thornicroft G (2006). *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*. OUP Oxford: London.
96. Jones EE, Farina A, Hastorf AH, Marcus H, Miller DT, Scott RA (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. Freeman and Company: New York.
97. Corrigan PW, Watson AC, Warpinski AC, Gracia G. Stigmatizing attitudes about mental illness and allocation of resources to mental health services. *Community Mental Health Journal*, 2004, 40, 297–307.
98. Corrigan PW, Michaels PJ, Vega E, Gause M, Watson AC, Rusch N. Self-stigma of mental illness scale-short form: reliability and validity. *2012 Psychiatry Research* 199, 65–69. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.009.
99. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010, 71(12):2150-61. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030.
100. Mojtabai R, Olfson M, Sampson NA, Jin R, Druss B, Wang PS, Wells KB, Pincus HA, Kessler RC. Barriers to Mental Health Treatment: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys *Psychol Med*. 2011; 41 (8): 1751-61. doi: 10.1017 / S0033291710002291.

101. Calear, A, Griffiths, K & Christensen, H. 'Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents: Magnitude and predictors', *Journal of Affective Disorders*, 2011,129(1-3) 104-108.
102. Kaushik, A., Kostaki, E., and Kyriakopoulos, M. The stigma of mental illness in children and adolescents: a systematic review. *Psychiatry Res.* 2016 243, 469–494. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.042
103. Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L., & Hackler, A. H. Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *Journal of Clinical Psychology*, 2007, 63, 233–245. doi:10.1002/jclp.20345
104. Mascayano, F., Toso-Salman, J., Ho, Y., Dev, S., Tapia, T., Thornicroft, G., et al. Including culture in programs to reduce stigma toward people with mental disorders in low- and middle-income countries. *Transcult. Psychiatry*, 2020, 57, 140–160.
105. De Toledo, E, Blay S. Community perception of mental disorders A systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 955–961 DOI 10.1007/s00127-004-0820-y
106. Mascayano, F., Tapia, T., Schilling, S., Alvarado, R., Tapia, E., Lips, W., et al. Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Braz. J. Psychiatry.* 2016, 38, 73–85. doi: 10.1590/1516-4446-2015-1652
107. Sapag, J., Sena, B., Bustamante, I., Bobbili, S., Velasco, P., Mascayano, F., et al. Stigma towards mental illness and substance use issues in primary health care: challenges and opportunities for Latin America. *Glob. Public Health.* 2018, 13, 1468–1480. doi: 10.1080/17441692.2017.1356347
108. Mascayano, F., Toso-Salman, J., Ruiz, B., Warman, K., Jofré, A., Alvarado, R., et al. What matters most: stigma towards severe mental disorders in Chile, a theory-driven, qualitative approach. *Rev. Fac. Cien. Med. Univ. Nac. Cordoba.* 2015, 72, 25–260.
109. Yang, L. H., Valencia, E., Alvarado, R., Link, B., Huynh, N., Nguyen, K., et al. A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma

- instruments for Chile. *Cad. Saude Colet.* 2013; 21, 71–79. doi: 10.1590/S1414-462X201300010001
110. Martínez V, Crockett MA, Jiménez-Molina Á, Espinosa-Duque HD, Barrientos E, Ordóñez-Carrasco JL. Creencias y actitudes estigmatizantes hacia la depresión en escolares adolescentes de Chile y Colombia. *Psicol delantero.* 2020; 11 doi: 10.3389 / fpsyg.2020.577177.
111. Schulz, A., and Vögele, C. Interoception and stress. *Front. Psychol.* 2015, 6:993. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00993
112. Østerås B, Sigmundsson H and Haga M. Psychometric Properties of the Perceived Stress Questionnaire (PSQ) in 15–16 Years Old Norwegian Adolescents. *Front. Psychol.* 2018, 9:1850. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01850
113. Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping.* New York, NY: Springer.
114. Kocalevent, R. D., Hinz, A., Brähler, E., and Klapp, B. F. Determinants of fatigue and stress. *BMC Res. Notes.* 2011, 4:238. doi: 10.1186/1756-0500-4-238
115. Peters A, McEwen BS, Friston K. Uncertainty and stress: Why it causes diseases and how it is mastered by the brain. *Prog Neurobiol.* 2017; 156:164-188. doi: 10.1016/j.pneurobio.2017.05.004.
116. Jayanthi, P., Thirunavukarasu, M., & Rajkumar, R. (2015). Academic stress and depression among adolescents: A cross-sectional study. *Indian Pediatrics*, 52(3), 217–219. doi:10.1007/s13312-015-0609-y
117. Huppert, F.A., and Whittington, J.E. (2003). Evidence for the independence of positive and negative well-being: implications for quality of life assessment. *Br. J. Health Psychol.* 8(Pt 1),107–122. doi:10.1348/135910703762879246
118. Diener, E. Subjective well-being. *Psychol. Bull.* 1984 95, 542–575. doi: 10.1037/0033-2909.95.3.542
119. Moreira, P. Cloninger, R. Dinis, L. Sá, L. Oliveira, J. Dias, A. and Oliveira, J. Personality and well-being in adolescents. *Journal Frontiers in Psychology*, 2015; 5: 1494 doi=10.3389/fpsyg.2014.01494

120. Castellá, J. Saforcada, E. Tonon, G. Rodríguez, L. Mozobancyk, S. & Bedin, L. Subjective well-being of the Adolescents: A Comparative Study between Argentina and Brazil. *Psychosocial Intervention*. 2012 ,21(3), pp. 273-280
121. Ross DA, Hinton R, Melles-Brewer M, Engel D, Zeck W, Fagan L, Herat J, Phaladi G, Imbago-Jácome D, Anyona P, Sanchez A, Damji N, Terki F, Baltag V, Patton G, Silverman A, Fogstad H, Banerjee A, Mohan A. Adolescent Well-Being: A Definition and Conceptual Framework. *J Adolesc Health*. 2020 67(4):472-476. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.06.042.
122. Kessler RC, Foster C L, Saunders WB, Stang PE. Social consequences of psychiatric disorders I: educational attainment. *The American Journal of Psychiatry*. 1995; 152(7): 1026-32.
123. Wright A, Harris MG, Wiggers JH, Jorm AF, Cotton SM, Harrigan SM, Hurworth RE, McGorry PD. Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment. *Med J* 2005; 183(1):18-23.
124. Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. *Psychiatr Serv* 2004; 55(1):71-76.
125. Loureiro LM, Jorm AF, Mendes AC, et al. Mental health literacy about depression: A survey of Portuguese youth. *BMC Psychiatry* 2013 ;13:129.
126. Furnham A, Annis J, Cleridou K. Gender differences in the mental health literacy of young people. *Int J Adolesc Med Health* 2014; 26:283e92.
127. Reavley NJ, Jorm AF. Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian survey. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45:890e8.
128. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2000; 177:396–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>.
129. Skre I, Friborg O, Breivik C, Johnsen LI, Arneson Y, Wang CE. A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster-controlled trial. *BMC Public Health*, 2013, 13:873. doi:10.1186/1471-2458-13-873

130. Wei Y, Kutcher S, Szumilas M. Comprehensive school mental health: an integrated “school-based pathway to care” model for Canadian secondary schools. *McGill J Educ* 2011, 46(2):213–229
131. Gagnon MM, Gelinas BL, Friesen LN. Mental Health Literacy in Emerging Adults in a University Setting: Distinctions Between Symptom Awareness and Appraisal. *Journal of Adolescent Research*. 2017;32(5):642-664. doi:10.1177/0743558415605383
132. Chen, J. I. (2013). The influence of campus culture on mental health help-seeking intentions (Master’s thesis). Graduate Theses and Dissertations. Retrieved from <http://scholarcommons.usf.edu/etd/4809>
133. Kutcher S, Bagnell A, Wei Y. Mental Health Literacy in Secondary Schools. A Canadian Approach *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2015; 24: 233–244
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.007>
134. Wei Y, and Kutcher S. International School Mental Health: Global Approaches, Global Challenges, and Global Opportunities. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2012; 21:11–27 doi: 10.1016/j.chc.2011.09.005
135. Hendren R, Weisen R, Birrell OJ. Mental health programmes in schools. 1994. Available from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62308/WHO_MNH_PSF_93.3_Rev.1.pdf?sequence=1
136. Stewart S. What is the evidence of school health promotion in improving health, or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006. Available from: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf.
137. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. World declaration on education for all and framework for action to meet basic learning needs. 1990. Available from: http://www.unesco.org/education/pdf/JOMTIE_E.PDF.
138. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. A compendium of good practices of National Commissions for UNESCO. 2004. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001354/135478e.pdf>

139. Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S, Wei Y, Ferrill N, Armstrong MA, Impact of a Mental Health Curriculum for High School Students on Knowledge and Stigma: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 55(5):383-391
140. Wilson CJ, Bushnell JA, Caputi P. Early access and help seeking: practice implications and new initiatives. *Early Intervention in Psychiatry*. 2011; 5(s1):34–9.
141. Merikangas KR, He J-P, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication– Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010; 49 (10):980–9.
142. Salerno J. Effectiveness of universal school-based mental health awareness programs among youth in the US: a systematic review. *J Sch Health*. 2016; 86(12): 922–931. doi:10.1111/josh.12461.
143. Irarrázaval M, Prieto F, Armijo J. Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional *Acta Bioethica* 2016; 22 (1): 37-50
144. Wei, Y., Hayden, J., Kutcher, J., Zygmunt, A., and McGrath P., The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Intervention in Psychiatry* 2013; 7: 109–121 doi:10.1111/eip.12010
145. Kutcher, S. Bruce, V. Faber, S. Elliot, K. Comeau, M. Transitions: Making the most of your campus experience. 2017, CreateSpace Independent Publishing Platform, Canada
146. O'Connor M, Casey L, & Clough B. Measuring mental health literacy – a review of scale-based measures, *Journal of Mental Health*. 2014; 23(4): 197-204
147. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: Changes in Australia over 8 years. *Australia New Zealand J Psychiatr*. 2005; 40, 36–41.

148. Andrich D. Componentes de la varianza de escalas con una estructura de subescalas empleando dos cálculos de coeficiente α . *Pensamiento Educativo. Revista de Investigación Educativa Latinoamericana* 2015;52(2): 6-33
149. Compton MT, Hankerson-Dyson D, Broussard B. Development, item analysis, and initial reliability and validity of a multiple-choice knowledge of mental illnesses test for lay samples. *Psychiatr Res.*2011; 189: 141–8.
150. Kutcher S, and Wei Y. Challenges and solutions in the implementation of the school-based pathway to care model: the lessons from Nova Scotia and beyond. *Can J Sch Psychol.* 2013;28(1):90–102.
151. Wei Y., Kutcher S., Blackwood A., Glover D., Weaver C., MacKay A., Bruce V., Ardath Whynacht, Faten Alshazly, and Mitchell Shea A collaborative and sustainable approach to address mental health promotion and early identification in schools in the Canadian province of Nova Scotia and beyond (Chapter 4) *School Mental Health: Global Challenges and Opportunities*, ed. Stan Kutcher, Yifeng Wei and Marc D. Weist. Published by Cambridge University Press. © Cambridge University Press 2015. available at <https://www.cambridge.org/core/terms>
152. Kutcher S. H. Gilberds H. Morgan C. Greene R. Hamwaka K. and K. Perkins K. Improving Malawian teachers' mental health knowledge and attitudes: an integrated school mental health literacy approach. *Glob Ment Health (Camb).* 2015; 2: e1.
153. Kutcher S, Wei Y, Gilberds H, Brown A, Ubuguyu O, Njau T, Sabuni N, Magimba A, & Perkins K. The African guide: one-year impact and outcomes from the implementation of a school mental health literacy curriculum resource in Tanzania. *Journal of Education and Training Studies*, 2017; 5 (4): 64-73 doi:10.11114/jets.v5i4.2049
154. Ravindran A, Herrera A, da Silva T, Henderson J, Castrillo M, and Kutcher S, Evaluating the benefits of a youth mental health curriculum for students in Nicaragua: a parallel group, controlled pilot investigation. *Global Mental Health*, 2018; 5(e4):1-12 doi:10.1017/gmh.2017.27

155. Casullo M, y Castro A, Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2002; 7(2): 129-140
156. Cuijpers P, Van Straten A, Smits N, y Smit F. A Screening and early psychological intervention for depression in schools. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2006; 15: 300-307.
157. Burns JR, Rapee RM: Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and help seeking. *J Adolesc.* 2006; 29:225-239. 10.1016/j.adolescence.2005.05.004
158. Fresán A, Berlanga C, Robles-García R, Álvarez-Icaza D, Vargas-Huicochea I Alfabetización en salud mental en el trastorno bipolar: Asociación con la percepción de agresividad y el género en estudiantes de medicina. *Salud Mental* 2013; 36:229-234
159. Eisenberg, D., Speer, N. and Hunt, J.B. Attitudes and Beliefs about Treatment among College Students with Untreated Mental Health Problems. *Psychiatric Services*, 2012, 63, 711-713
160. Said D, Kypri K, Bowman J. Risk factors for mental disorder among university students in Australia: findings from a web-based cross-sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2013, 48(6):935–944. doi:10.1007/s00127-012-0574-x
161. Wong, J.G.W.S., Cheung, E.P.T., Chan, K.K.C., Ma, K.K.M. and Tang, S.W. (2006) Web-Based Survey of Depression, Anxiety and Stress in First-Year Tertiary Education Students in Hong Kong. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 777-782.
162. Pozos-Radillo, B. E., Preciado-Serrano, M. L., Plascencia-Campos, A. R., Acosta Fernández, M. & Aguilera-Velasco, M. A. Estrés académico y síntomas físicos, psicológicos y comportamentales en estudiantes mexicano de una universidad pública. *Ansiedad y estrés*, 2015, 21(1), 35-42.
163. Reavley NJ, McCann TV, Cvetkovski S, Jorm AF. A multifaceted intervention to improve mental health literacy in students of a multicampus university: a cluster

- randomised trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014 ;49(10):1655-66. doi: 10.1007/s00127-014-0880-6.
164. Aluh DO, Okonta MJ, Odili VU. Cross-sectional survey of mental health literacy among undergraduate students of the University of Nigeria. *BMJ Open* 2019;9: e028913. doi:10.1136/ bmjopen-2019-028913
165. Salzer MS, Wick LC, Rogers JA. Familiarity with and use of accommodations and supports among postsecondary students with mental illnesses. *Psychiatr Serv.* 2008, 59(4):370–375. doi:10. 1176/appi.ps.59.4.370
166. Hingson RW, Zha W, Weitzman ER. Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18–24, 1998–2005. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, 2009, 16:12–20
167. Wilson CJ, Rickwood DJ, Bushnell JA, Caputi P, Thomas SJ. 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.* 2011; 10(1):29-38.
168. Montero, I. y León, O. Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2005; 5(1): 115-127.
169. Costello, A. B., & Osborne, J. W. Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research, & Evaluation*, 2005, 10, 1-9
170. Lloret-Segura S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza A., e Tomás-Marco, I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 2014 30(3) 1151-1169 <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
171. Guadagnoli, E. y W. F. Velicer. Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 1988, 103(2), 265-275

172. Barrett, P. T. y Kline, P. The observation to variable ratio in factor analysis. *Personality Study in Group Behavior*, 1982, 1, 23-33.
173. Velicer, W. F. y Fava, J. L. Effects of variable and subject sampling on factor pattern recovery. *Psychological Methods*, 1998, 3(2), 231-251
174. Jung, S. (2013). Exploratory factor analysis with small sample sizes: A comparison of three approaches. *Behavioural Processes*, 97, 90–95
175. MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., and Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4, 84–99.
176. Henson, R. K., & Roberts, J. K. Use of Exploratory Factor Analysis in Published Research: Common Errors and Some Comment on Improved Practice. *Educational and Psychological Measurement*, 2006, 66(3), 393–416.
<https://doi.org/10.1177/0013164405282485>
177. O'Connor M, Casey L, The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Res.* 2015 Sep 30; 229(1-2):511-516. doi: 10.1016/j.psychres.2015.05.064.
178. Link B, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The social rejection of former mental patients. Understanding why label matter. *American sociological Review* 1987; 54: 100-123
179. Grandón P, Cova F, Saldivia S, Bustos C, Análisis psicométrico y adaptación de la Escala de Distancia Social (DS) en una muestra chilena. *Salud Mental* 2015; 38(2):117-122
180. Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T., Piccinelli, M., Gureje, O. et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental health. *Psychological Medicine*, 1997, (27), 191-197.
181. Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013
182. Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 1985, 49(1), 71-75.

183. Álvarez CA., Briceño AM., Álvarez K, Abufhele M, Delgado I. Estudio de adaptación y validación transcultural de una escala de satisfacción con la vida para adolescentes. *Rev. chil.*2018 89(1): 51-58. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018000100051>.
184. Cárdenas M, Barrientos J, Bilbao A, Paéz D, Asún D, Estructura Factorial de la Escala de Satisfacción con la Vida en una Muestra de Estudiantes Universitarios Chilenos *Revista Mexicana de Psicología*, 2012;29 (2): 157-164
185. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Rubiales AS. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar* 2011; 34:63-72.
186. Guillemin F, Cross-cultural Adaptation and Validation of Health Status Measures. *Scand J Rheumatol* 1995; 24: 61-3
187. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. Proceso de traducción, adaptación cultural y validación, *Salud Publica Mex* 2013;55: 57-66.
188. Muñiz J., Elosua, P., y Hambleton R., Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición, *Psicothema* 2013,25, (2), 151-157
189. Caicedo Cavagnis, E., & Zalazar-Jaime, M. F. Entrevistas Cognitivas: Revisión, v Directrices de Uso y Aplicación en Investigaciones Psicológicas. *Avaliação Psicológica*, 2018, 17(3), pp. 362-370
190. Niño-Bautista L, Hakspiel-Plata MC, Mantilla-Hernández LC, Cárdenas-Herrera MS, Guerrero-Parra NC. Adaptación y validación de instrumento para evaluar habilidades psicosociales y hábitos saludables en escolares. *Univ. Salud.* 2017;19(3):366-377. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171903.99>
191. Bernal Ruiz D., Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del “Environmental stress Questionnaire – ESQ. Tesis para optar al grado de Magister 2015. Facultad de Enfermería, Universidad de Bogotá, Colombia
192. García de Yébenes MJ, Rodríguez-Salvanés F, Carmona-Ortells L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clin* 2009; 5:171-177.

193. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol* 2010; 63:737-745.
194. Cronbach, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16:297-334.
195. Gorsuch RL. Exploratory factor analysis: its role in item analysis. *J Pers Assess.* 1997 68(3):532-60. doi: 10.1207/s15327752jpa6803_5. PMID: 163728
196. Horn, J. L.A rationale and test for the number of factors in a factor analysis. *Psychometrika*, 1965, 30, 179–185.
197. Clarkson, D. B. y Jennrich, R. I. Quartic rotation criteria algorithms. *Psychometrika*, 1988, 53, 251-259.
198. Herrero, J. El Análisis Factorial Confirmatorio en el estudio de la Estructura y Estabilidad de los Instrumentos de Evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14. *Intervención Psicosocial*, 2010, 19(3), 289-300
199. Widaman, K. F., Reise, S. P. Exploring the measurement invariance of psychological instruments: Applications in the substance use domain. In Bryant, K. J., Windle, M., West, S. G. (Eds.), *The science of prevention: Methodological advances from alcohol and substance abuse research 1997* (pp. 281-324). Washington, DC: American Psychological Association.
200. Rosseel, Y. lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 2012,48(2), 1-36.
201. Alfaro, J., Guzmán, J., García, C., Sirpolú, D., Gaudlitz, L., & Oyanedel, J. C. Propiedades psicométricas de la Escala Breve Multidimensional de Satisfacción con la Vida para Estudiantes (BMSLSS) en población infantil chilena (10-12 años). *Universitas Psychologica*, 2015, 14(1), 29-42. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana>.
202. Hu, L. T., & Bentler, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 1999, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118

203. Cheung, G., y Rensvold, R. Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for Testing Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling*, 2002, 9 (2), 233 – 255.
204. Van de Schoot, R. Lugtig, P. and Hox, J. *Developmental Psychology*. A checklist for testing measurement invariance, *European journal of developmental psychology* 2012, 9 (4), 486–492
205. Meade, A. W., Johnson, E. C., y Braddy, P. W. Power and Sensitivity of Alternative Fit Indices in Tests of Measurement Invariance. *Journal of Applied Psychology*, 2008, 93 (3), 568-592. doi: 10.1037/00219010.93.3.568
206. Mokkink LB, de Vet HCW, Prinsen CAC, Patrick DL, Alonso J, Bouter LM, Terwee CB. COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. *Qual Life Res.* 2018, 27(5):1171-1179. doi: 10.1007/s11136-017-1765-4.
207. Campbell, D.T. y Fiske, D.W. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 1959; 56, 81-105
208. Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L., Turbany, J., Valero, S., *Psicometría* (2013) Barcelona, Editorial UOC.
209. Sass, D. & Schmitt, T. Testing measurement and structural invariance; T. Teo (Ed.), *Handbook of Quantitative Methods for Educational Research*, 315–345. © 2013 Sense Publishers. All rights reserved.
210. Pineda D, Martín-Vivar M, Sandín B, Piqueras JA. Factorial invariance and norms of the 30-item shortened-version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS-30). *Psicothema*. 2018 ;30(2):232-237. doi: 10.7334/psicothema2017.276.
211. Wong DF, Xuesong H, Poon A, Lam AY: Depression literacy among Chinese in Shanghai, China: a comparison with Chinese-speaking Australians in Melbourne and Chinese in Hong Kong. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012; 47: 1235-1242. 10.1007/s00127-011-0430-4.
212. McCann TV, Lu S, Berryman C. Mental health literacy of Australian Bachelor of Nursing students: a longitudinal study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009; 16: 61-67. 10.1111/j.1365-2850.2008.01330. x.

213. Pescosolido, B. A. (1992). Beyond rational choice: The social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociology*, 1992 97(4), 1096–1138. <https://doi.org/10.1086/229863>
214. Echeverría, R. y Flores, M. M. “Distancia social, creencias estereotípicas y emociones hacia las personas con discapacidad en universitarios mexicanos: diferencias por sexo”. *Revista Española de Discapacidad*, 2018 6 (I): 221-239. Doi: <https://doi.org/10.5569/2340-5104.06.01.11>
215. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, Angermeyer MC (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2012 125, 440–452
216. Campo-Arias, A., & Herazo, E. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2015, 44(4), 243–250. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.003>
217. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. <https://www.who.int/whr/2003/es/>
218. Picco L, Abdin E, Pang S, et al. Association between recognition and help-seeking preferences and stigma towards people with mental illness. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(1):84-93. doi:10.1017/S2045796016000998
219. Huppert FA, Baylis N. Well-being: towards an integration of psychology, neurobiology and social science. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2004;359(1449):1447-1451. doi:10.1098/rstb.2004.1520
220. WHO. Info Package: Mastering depression in primary care. Fredriksborg: World Health Organization, Regional Office for Europe, Psychiatric Research Unit; 1998.
221. Gómez-Restrepo C., Bohórquez A., García J., Rodríguez M., Bravo E., Jaramillo L., Palacio C., Sánchez R., Castro S. Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno. *Rev. Colomb. Psiquiat*. 2012, 41 (4) 2012

222. Gómez-Bustamante, E. y Cogollo, Z. Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. 2010, *Rev. salud pública*. 12 (1): 61-70
223. Lucas, R. E., Diener, E. y Suh, E. “Discriminant validity of well-being measures”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996, 71, 616-628.
224. Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M., Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes, *Psicothema* 2000.12, (2), pp. 314-319
225. Pavot, W., Diener, E. y Suh, E. “The Temporal Satisfaction with Life Scale”. *Journal of Personality Assessment*, 1998, 70, 340-354.
226. Pedrero-Pérez, E. Ruiz-Sánchez de León, J. Lozoya-Delgado, P. Rojo-Mota, G. Llanero-Luque, M. y Puerta-García, C. la “escala de estrés percibido”: estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en tratamiento. *Rev. Psicología Conductual*, 23, (2), 2015, pp. 305-324
227. Kocalevent RD, Levenstein S, Fliege H, Schmid G, Hinz A, Brähler E, Klapp BF. Contribution to the construct validity of the perceived stress questionnaire from a population-based survey. *J Psychosom Res.*2007, 63:71–81
228. Moksnes UK, Espnes GA. Stress, sense of coherence and subjective health in adolescents aged 13-18 years. *Scand J Public Health*. 2017;45(4):397-403. doi:10.1177/1403494817694974
229. Cohen S., Janicki-Deverts D., Miller G. E. (2007). Psychological stress and disease. *JAMA* 298, 1685–1687. 10.1001/jama.298.14.1685
230. Goldberg, D. & Blackwell, B. (1970). A standardized psychiatric interview for use in community surveys *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 1970, (24), 18-23.
231. Villa G., I. C., Zuluaga Arboleda, C. & Restrepo Roldán, L. F. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 2013, 31 (3), 532-545.

232. Krieger T, Zimmermann J, Huffziger S, Ubl B, Diener C, Kuehner C, et al. Measuring depression with a well-being index: further evidence for the validity of the WHO Well-Being Index (WHO5) as a measure of the severity of depression. *J Affect Disord.* 2014; 156:240-4.
233. Martín-María N., Caballero F. F., Olaya B., Rodríguez-Artalejo F., Haro J. M., Miret M., et al. Positive affect is inversely associated with mortality in individuals without depression. *Front. Psychol.* 2016, 7:1040. 10.3389/fpsyg.2016.01040
234. Victoria, C. & González, I. La categoría Bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2000, 6 (16), 586-592.
235. Heisel, M. J., & Flett, G. L. Purpose in Life, Satisfaction with Life, and Suicide Ideation in a Clinical Sample. *J Psychopathol Behav Assess*, 2004, 26(2), 127–135. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000013660.22413.e0>
236. McKnight, C. G., Huebner, E. S., & Suldo, S. Relationships among stressful life events, temperament, problem behavior, and global life satisfaction in adolescents. *Psychology in the Schools*, 2002, 39(6), 677–687.
237. Salmela-Aro K, Tynkkynen L. Trajectories of life satisfaction across the transition to post-compulsory education: do adolescents follow different pathways? *J Youth Adolesc.* 2010, 39(8):870-81. doi: 10.1007/s10964-009-9464-2.
238. Kimberlin CL, Winterstein AG. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *Am J Health Syst Pharm.* 2008 Dec 1;65(23):2276-84. doi: 10.2146/ajhp070364.
239. Cresswell SL, Eklund RC. The convergent and discriminant validity of burnout measures in sport: a multi-trait/multi-method analysis. *J Sports Sci.* 2006 24(2):209-20. doi: 10.1080/02640410500131431. PMID: 16368631
240. García Ramos J. análisis multirrasgo-multimétodo en la validación de instrumentos para la evaluación de la calidad docente en instituciones universitarias, *revista española de pedagogía*, 1999, 57(214), 417-444

241. Jackson, D. L. Revisiting sample size and number of parameter estimates: Some support for the $N: q$ hypothesis. *Structural Equation Modeling*, 2003, 10, 128-141.
242. Widaman, K. F. y Thompson, J. S. On specifying the null model for incremental fit indices in structural equation modeling. *Psychological Methods*, 2003, 8, 16-37.
243. Morata-Ramírez M. ^a A., Holgado-Tello Francisco P., Barbero-García Isabel, Mendez Gonzalo. Análisis factorial confirmatorio: recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error Tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción psicol.* [Internet]. 2015, 12(1): 79-90. <http://dx.doi.org/doi.org/10.5944/ap.12.1.14362>.
244. Browne M, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods & Research*. 1992;21(2):230-58.
245. McCallum, R. C., Browne, M. W. y Sugawara, H. M. Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1996, 1(2), 130-149. doi:10.1037/1082-989X.1.2.130
246. Perry Y, Petrie K, Buckley H, et al. Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: A cluster randomised controlled trial. *Journal of Adolescent Health*. 2014, 37(7): 1143–1151.
247. Byrne, P. Stigma of Mental Illness and Ways of Diminishing It. *BJPsych Adv*, 2000, 6, 65-72. <http://dx.doi.org/10.1192/apt.6.1.65>
248. Picco L, Abdin E, Chong SA, Pang S, Vaingankar JA, Sagayadevan V, Kwok KW, Subramaniam M. Beliefs about help-seeking for mental disorders: findings from a Singapore mental health literacy study. *Psychiatr Serv*, 2016, 67, 1246–1253.
249. Chen SX, Mak WW. Seeking professional help: Etiology beliefs about mental illness across cultures. *J Couns Psychol*. 2008 Oct;55(4):442-50. doi: 10.1037/a0012898. PMID: 22017551.
250. Rüsç N, Evans-Lacko S, Thornicroft G. What is a mental illness? Public views and their effects on attitudes and disclosure. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2012;46(7):641-650. doi:10.1177/0004867412438873

251. Vandenberg, R. J., & Lance, C. E. A review and synthesis of the measurement invariance literature: Suggestions, practices, and recommendations for organizational research. *Organizational Research Methods*, 2000, 2, 4-69.
252. Reise, S. P., Widaman, K. F., & Pugh, R. H. Confirmatory factor analysis and item response theory: Two approaches for exploring measurement invariance. *Psychological Bulletin*, 1993, 114, 552-566.
253. Hayduk LA. Improving measurement-invariance assessments: correcting entrenched testing deficiencies. *BMC Med Res Methodol*. 2016 Oct 6;16(1):130. doi: 10.1186/s12874-016-0230-3.
254. Wicherts J. (2016) The importance of measurement invariance in neurocognitive ability testing, *Clin Neuropsychol*, 2016 30:7, 1006-1016, DOI: 10.1080/13854046.2016.1205136
255. Lugtig, P., Boeije, H. R., & Lensvelt-Mulders, G. J. L. M. Change? What change? An exploration of the use of mixed-methods research to understand longitudinal measurement variance. *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 2012 8(3), 115–123. <https://doi.org/10.1027/1614-2241/a000043>
256. Spiker, D. A., & Hammer, J. H. Mental health literacy as theory: Current challenges and future directions. *Journal of Mental Health*, 2019, 28, 238-242. doi: 10.1080/09638237.2018.1437613

ANEXOS

Anexo 1.

Test de alfabetización en salud mental, batería de instrumentos aplicado a estudiantes secundarios




BATERIA DE INSTRUMENTOS APLICADOS EN ESTUDIANTES SECUNDARIOS

Por favor indica: a) Edad _____ b) sexo F M

Sección A: Para cada una de las siguientes afirmaciones elige Verdadero (V) Falso (F) o No lo sé, marcando una X en el casillero que corresponda.	V	F	No lo sé
1. Salud mental como enfermedad mental involucran al cerebro y su funcionamiento.	1	2	3
2. El cerebro puede influir en la forma en que funciona el cuerpo, pero el cuerpo no puede influir en la forma en que funciona el cerebro.	1	2	3
3. Las diferentes formas en que funciona el cerebro están controladas por diferentes redes neuronales que se comunican entre sí.	1	2	3
4. La mayoría de las personas que han experimentado eventos traumáticos, como por ejemplo, un accidente automovilístico, desarrollan un trastorno de estrés posttraumático.	1	2	3
5. El estado de ánimo de cada persona puede cambiar de forma natural de bueno a malo y viceversa.	1	2	3
6. El cerebro ayuda a controlar el funcionamiento de órganos como corazón y los pulmones y extremidades como los dedos.	1	2	3
7. Tanto los problemas genéticos como las infecciones pueden hacer que el cerebro se enferme y deje de funcionar de forma normal.	1	2	3
8. La forma en que pensamos, cómo se mueven nuestros cuerpos, nuestras señales verbales y nuestros gestos están TODOS controlados por el cerebro.	1	2	3
9. Los sentimientos son controlados principalmente por el corazón.	1	2	3
10. La mayoría de las personas con enfermedades mentales nunca mejoran. El tratamiento solo los mantiene estables.	1	2	3
11. Las vitaminas y la meditación son buenos tratamientos para la mayoría de las enfermedades mentales.	1	2	3
12. Las personas con esquizofrenia a menudo tienen una doble personalidad.	1	2	3
13. La depresión y el trastorno bipolar son dos ejemplos del tipo de enfermedad mental llamada trastorno del estado de ánimo.	1	2	3
14. Un trastorno de ansiedad ocurre cuando una persona detecta la presencia de peligro, como por ejemplo, el ataque de un perro.	1	2	3
15. Las personas con trastorno de ansiedad tienen ataques de pánico causados por su entorno estresante.	1	2	3
16. Las personas con fobia social sienten un miedo intenso y persistente de ser observadas y juzgadas por otros.	1	2	3
17. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad está compuesto por tres elementos que incluyen problemas para prestar atención, actividad excesiva y ansiedad.	1	2	3
18. El suicidio en los jóvenes es causado principalmente por la presión del medio, que se vive de una manera especial cuando se es adolescente.	1	2	3
19. Las conductas autolesivas (daño hacia sí mismo) son las mismas que los intentos de suicidio.	1	2	3
20. El tratamiento de la enfermedad mental tiene tres objetivos: aliviar los síntomas, restablecer la buena salud y ayudar a la persona a recuperarse.	1	2	3
21. Las enfermedades mentales son causadas por el estrés habitual de la vida diaria.	1	2	3
22. Con el tiempo, toda angustia o preocupación se convertirá en enfermedad mental.	1	2	3
23. La salud mental puede mejorarse al llevar una vida físicamente saludable.	1	2	3
24. Si una persona se siente triste por varios días seguidos, probablemente tenga depresión.	1	2	3
25. Las personas con bulimia nerviosa (preocupación excesiva por el peso corporal) a menudo se mueren de hambre y hacen ejercicio en exceso.	1	2	3
26. Las buenas relaciones con los demás y el ejercicio ayudan a las personas a tener buena salud mental.	1	2	3
27. Sentir tristeza y enojo de forma ocasional es signo de una mala salud mental.	1	2	3
28. El deseo intenso de consumir drogas lleva al abuso de estas sustancias.	1	2	3

Sección B: Para cada una de las siguientes afirmaciones, marca una X en el casillero que crees que describe mejor cómo te sientes acerca de la afirmación. Por favor, selecciona sólo una respuesta para cada pregunta	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La mayoría de las personas con una enfermedad mental se encuentran incapacitadas para trabajar.	1	2	3	4	5
2. Las personas con una enfermedad mental tienden a causarla ellas mismas.	1	2	3	4	5
3. Las personas con una enfermedad mental no se esfuerzan lo suficiente para mejorar.	1	2	3	4	5
4. La mayoría de los delitos violentos son cometidos por personas con una enfermedad mental.	1	2	3	4	5
5. No puedes confiar en las personas que tienen una enfermedad mental.	1	2	3	4	5
6. Me molestaría si alguien con una enfermedad mental se sentara siempre a mi lado en clases.	1	2	3	4	5
7. Si supiera que alguien tiene una enfermedad mental, no tendría una amistad cercana con esa persona.	1	2	3	4	5
8. Si supiera que alguien tiene una enfermedad mental, no saldría con esa persona.	1	2	3	4	5
9. No me gustaría tener clases con un profesor que ha estado en tratamiento debido a una enfermedad mental.	1	2	3	4	5
10. Ayudaría a un compañero de clase si se atrasara en sus estudios debido a una enfermedad mental.	1	2	3	4	5
11. No me importaría si alguien con una enfermedad mental viviera al lado de mi casa.	1	2	3	4	5
12. Evitaría a alguien con una enfermedad mental.	1	2	3	4	5



Sección C: Con respecto a la búsqueda de ayuda Hablando de salud mental - Por favor selecciona **sólo una respuesta para cada pregunta.**

En general, ¿en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones? Marca con una X	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
14. Si pensara que algún miembro de mi familia necesita ayuda con un problema o trastorno de salud mental (como depresión), los alentaría a que buscaran ayuda.	1	2	3	4	5
15. Si pensara que uno de mis amigos o compañeros necesita ayuda con algún problema o trastorno de salud mental (como depresión), los alentaría a que buscaran ayuda.	1	2	3	4	5
16. Si pensara que tengo un problema o trastorno de salud mental (como depresión, fobia social, etc.), buscaría ayuda.	1	2	3	4	5
17. Me siento cómodo al buscar ayuda debido a un problema o trastorno mental.	1	2	3	4	5
18. En general, buscar ayuda debido a un problema o trastorno mental es beneficioso.	1	2	3	4	5

Sección D: Para cada una de las siguientes preguntas, **marca una X** en el casillero que consideres describe mejor tu respuesta con respecto a la pregunta. Por favor, selecciona sólo una respuesta para cada pregunta.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has estado molesto por algo que pasó de forma inesperada?	1	2	3	4	5
2. Durante el último mes, ¿qué tan seguido has sentido que eras incapaz de controlar las cosas importantes en tu vida?	1	2	3	4	5
3. Durante el último mes, ¿qué tan seguido te has sentido nervioso y "estresado"?	1	2	3	4	5
4. Durante el último mes, ¿qué tan seguido te has sentido seguro de tus habilidades para enfrentar tus problemas personales?	1	2	3	4	5
5. En el último mes, ¿qué tan seguido has sentido que las cosas salían como tú querías?	1	2	3	4	5
6. Durante este último mes, ¿con qué frecuencia te has dado cuenta de que no pudiste hacer frente a todo lo que tenías que hacer?	1	2	3	4	5
7. Durante el último mes, ¿qué tan seguido has sido capaz de controlar las cosas que te molestan en tu vida?	1	2	3	4	5
8. Durante el último mes, ¿qué tan seguido has sentido que tienes todo bajo control?	1	2	3	4	5
9. Durante el último mes, ¿qué tan seguido has estado enojado debido a situaciones que estaban fuera de tu control?	1	2	3	4	5
10. Durante este último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que tus problemas se estaban volviendo tan difíciles de resolver que no podías enfrentarlos?	1	2	3	4	5

Sección E: Para cada una de las siguientes afirmaciones, **marca una X** en el casillero que consideres describe mejor tu respuesta a la afirmación. Por favor, selecciona sólo una respuesta para cada pregunta

	Nunca	Algunas veces	Más de la mitad de las veces	La mayor parte del tiempo	Siempre
1. Me he sentido alegre y de buen ánimo.	1	2	3	4	5
2. Me he sentido tranquilo y relajado.	1	2	3	4	5
3. Me he sentido activo y enérgico.	1	2	3	4	5
4. Me he despertado con la sensación de haber descansado.	1	2	3	4	5
5. Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan.	1	2	3	4	5

Sección F: ESCALA DE DISTANCIA SOCIAL

Instrucciones: Por favor lee la siguiente descripción de una persona con un trastorno mental y contesta las preguntas. Encierre en un círculo la respuesta que mejor indique su opinión.

Juan tiene 28 años de edad. Necesita inyectarse un medicamento una vez al mes por su trastorno mental. Hace tres años atrás fue hospitalizado por varias semanas, porque escuchaba voces y pensaba que tenía el poder de causar terremotos. Ha trabajado de manera ocasional como obrero, pero le cuesta concentrarse y relacionarse con los demás. Su última crisis fue hace un año, luego de creer que las personas que iban por la calle hablaban mal de él y le enviaban mensajes telepáticos.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. ¿Aceptarías como vecino a una persona como Juan?	1	2	3	4	5
2. ¿Serías amigo de una persona como Juan?	1	2	3	4	5
3. ¿Tendrías como pareja a alguien como Juan?	1	2	3	4	5
4. Si tuvieses hijos, ¿Aceptarías que cuidara de ellos una persona como Juan?	1	2	3	4	5
5. ¿Te sentirías cómodo (a) de conversar con alguien como Juan?	1	2	3	4	5

Sección G: CUESTIONARIO GENERAL DE BÚSQUEDA DE AYUDA (GHSQ-V)

Considerando que el 1, significa que es Muy poco Probable que tu busques ayuda desde la persona o fuente de ayuda señalada, y que el 7 indica que es Muy Probable que tu si busques ayuda recurriendo a la persona o fuente de ayuda propuesta. El punto 4, indica que es neutro, es decir que no es ni probable ni improbable que busques ayuda.

Muy Poco Probable Muy Probable
1---2---3---4---5---6---7

1. En las dos semanas recién pasadas Daniela ha notado que se ha sentido preocupada o temerosa sin ninguna razón en particular, y sus manos han estado bastante temblorosas aun cuando no ha tomado café o bebidas con cafeína. En unas pocas ocasiones se ha sentido muy cerca de entrar en pánico,



y al mismo tiempo se ha dado cuenta de que su boca se le ha secado mucho y que tiene dificultades para respirar.
Si te estuvieras sintiendo como Daniela, ¿Cuán probable sería que busques ayuda de las siguientes personas?
 Por favor indica tu respuesta, encerrando en un círculo el número que mejor describa tu intención de buscar ayuda desde cada una de las personas que se señalan en el listado que se presenta a continuación. Para esto utiliza la siguiente pauta:
Muy Poco Probable 1---2---3---4---5---6---7 **Muy Probable**

a. Pololo(a) o Pareja	1	2	3	4	5	6	7
b. Amigo(a)	1	2	3	4	5	6	7
c. Padre / Madre	1	2	3	4	5	6	7
d. Otro pariente o miembro de la familia (tío (a), hermano(a), primo(a), abuela(o) etc)	1	2	3	4	5	6	7
e. Psicólogo (a)	1	2	3	4	5	6	7
f. Médico General o Doctor	1	2	3	4	5	6	7
g. Psiquiatra	1	2	3	4	5	6	7
h. Orientador(a) o algún(a) Profesor(a) de mi establecimiento educacional	1	2	3	4	5	6	7
i. No buscaría ayuda de nadie	1	2	3	4	5	6	7

2. Cristián, se ha estado sintiendo inusualmente triste y bajoneado la mayor parte del día, durante cerca de dos semanas. No tiene ganas de comer y ha perdido peso. No puede concentrarse en sus estudios y sus notas han bajado. Ha pospuesto decisiones y siente que hasta las tareas del día a día son demasiadas para él. Para él, la vida no tiene sentido y no se siente valioso como persona.
Si estuvieras sintiéndote como Cristián, ¿Cuán probable sería que busques ayuda de las siguientes personas?
 Por favor indica tu respuesta, encerrando en un círculo, el número que mejor describa tu intención de buscar ayuda desde cada una de las personas que se enuncian a continuación: Para esto utiliza la siguiente pauta:
Muy Poco Probable 1---2---3---4---5---6---7 **Muy Probable**

a. Pololo(a) o Pareja	1	2	3	4	5	6	7
b. Amigo(a)	1	2	3	4	5	6	7
c. Padre / Madre	1	2	3	4	5	6	7
d. Otro pariente o miembro de la familia (tío (a), hermano(a), primo(a), abuela(o) etc)	1	2	3	4	5	6	7
e. Psicólogo (a)	1	2	3	4	5	6	7
f. Médico General o Doctor	1	2	3	4	5	6	7
g. Psiquiatra	1	2	3	4	5	6	7
h. Orientador(a) o algún(a) Profesor(a) de mi establecimiento educacional	1	2	3	4	5	6	7
i. No buscaría ayuda de nadie	1	2	3	4	5	6	7

3. En las últimas cuatro semanas, Jessica se ha encontrado a sí misma pensando en cuán fácil sería terminar con todo, y al menos una vez por semana durante este tiempo ha pensado en cómo y cuándo quitarse la vida.
Si tu estuvieras teniendo pensamientos parecidos a los de Jessica, ¿Cuán probable sería que busques ayuda de las siguientes personas?
 Por favor indica tu respuesta, encerrando en un círculo el número que mejor describa tu intención de buscar ayuda desde cada una de las personas que se señalan a continuación. Para esto utiliza la siguiente pauta:
Muy Poco Probable 1---2---3---4---5---6---7 **Muy Probable**

a. Pololo(a) o Pareja	1	2	3	4	5	6	7
b. Amigo(a)	1	2	3	4	5	6	7
c. Padre / Madre	1	2	3	4	5	6	7
d. Otro pariente o miembro de la familia (tío (a), hermano(a), primo(a), abuela(o) etc)	1	2	3	4	5	6	7
e. Psicólogo (a)	1	2	3	4	5	6	7
f. Médico General o Doctor	1	2	3	4	5	6	7
g. Psiquiatra	1	2	3	4	5	6	7
h. Orientador(a) o algún(a) Profesor(a) de mi establecimiento educacional	1	2	3	4	5	6	7
i. No buscaría ayuda de nadie	1	2	3	4	5	6	7

Sección H: CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG- GHQ-12		Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
Instrucciones: lee estas preguntas. Nos gustaría saber si has tenido algunas molestias o trastornos y cómo has estado de salud en las últimas semanas. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.					
1. ¿Has podido concentrarte bien en lo que haces?	1	2	3	4	
2. ¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?	1	2	3	4	
3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	1	2	3	4	
4. ¿Te has sentido capaz de tomar decisiones?	1	2	3	4	
5. ¿Te has sentido constantemente agobiado o en tensión?	1	2	3	4	
6. ¿Ha sentido que no puedes superar tus dificultades?	1	2	3	4	
7. ¿Has sido capaz de disfrutar tus actividades normales cada día?	1	2	3	4	
8. ¿Has sido capaz de hacer frente a tus problemas?	1	2	3	4	
9. ¿Te has sentido poco feliz y deprimido?	1	2	3	4	
10. ¿Has perdido confianza en Ti mismo?	1	2	3	4	
11. ¿Has pensado que eres una persona que no vale para nada?	1	2	3	4	
12. ¿Te sientes razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	1	2	3	4	



Sección I: ESCALA DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL				
El objetivo de este cuestionario es obtener una visión de tu conocimiento sobre varios aspectos relacionados con la salud mental. Por lo tanto, al elegir una respuesta, considera que: Muy improbable = Estoy seguro de que NO es probable Improbable = Creo que es improbable pero no estoy seguro Probable = Creo que es probable pero no estoy seguro Muy probable = Estoy seguro de que SÍ es probable				
	Muy improbable	Improbable	Probable	Muy probable
1. Si alguien se sintiera extremadamente nervioso o ansioso por temor a ser juzgado por otros y actuar de una manera que lo haga sentir humillado o avergonzado en una o más situaciones con otras personas (por ejemplo, una fiesta) o donde tenga que ser el centro de atención (por ejemplo, al dar una presentación), ¿en qué medida crees que es probable que padezca fobia social?	1	2	3	4
2. Si alguien se sintiera demasiado ansioso por una serie de eventos o actividades en las que no fuera necesaria tal preocupación, tuviera dificultad para controlar la ansiedad y experimentara síntomas físicos como músculos tensos y fatiga, ¿en qué medida crees que es probable que padezca trastorno de ansiedad generalizada?	1	2	3	4
3. Si alguien se sintiera desanimado durante dos o más semanas, perdiera interés en sus actividades diarias y experimentara cambios de apetito y sueño, ¿en qué medida crees que es probable que padezca trastorno depresivo mayor?	1	2	3	4
4. ¿En qué medida crees que es probable que los trastornos de personalidad sean una categoría de enfermedad mental?	1	2	3	4
5. ¿En qué medida crees que es probable que la distimia (depresión crónica) sea un trastorno?	1	2	3	4
6. ¿En qué medida crees que es probable que el diagnóstico de agorafobia incluya ansiedad en situaciones donde escapar resulte difícil o produzca vergüenza?	1	2	3	4
7. ¿En qué medida crees que es probable que el diagnóstico de trastorno bipolar incluya estados de ánimo en los que la persona se sienta demasiado triste y demasiado contenta?	1	2	3	4
8. ¿En qué medida crees que el diagnóstico de dependencia a las drogas incluya tolerancia física y psicológica de la droga (es decir, consumir más drogas para obtener el mismo resultado)?	1	2	3	4
9. ¿En qué medida crees que en Chile las mujeres tengan MÁS probabilidades de padecer una enfermedad mental de cualquier tipo en comparación con los hombres?	1	2	3	4
10. ¿En qué medida crees que en Chile los hombres tengan MÁS probabilidades de padecer un trastorno de ansiedad en comparación con las mujeres?	1	2	3	4

Indica en qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones:	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
11. Las personas que padecen una enfermedad mental podrían curarse fácilmente si así lo quisieran.	1	2	3	4	5
12. Una enfermedad mental es signo de debilidad	1	2	3	4	5
13. Una enfermedad mental no es una enfermedad verdadera.	1	2	3	4	5
14. Las personas que padecen una enfermedad mental son peligrosas.	1	2	3	4	5
15. Es mejor evitar a las personas que padecen una enfermedad mental para no desarrollar el mismo problema.	1	2	3	4	5
16. Si tuviera una enfermedad mental, no le diría a nadie.	1	2	3	4	5
17. Ir a la consulta de un profesional de salud mental significa que uno no es lo suficientemente fuerte para enfrentar sus propios problemas.	1	2	3	4	5
18. Si tuviera una enfermedad mental, no pediría ayuda a un profesional de salud mental.	1	2	3	4	5
19. Creo que los tratamientos de salud mental, ofrecidos por un profesional de salud mental, no son efectivos	1	2	3	4	5

Sección K: ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA:					
A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que puedes estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala, indique cuan de acuerdo está con cada elemento, eligiendo el número apropiado asociado a cada elemento. Por favor, sea abierto y honesto al responder.					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En la mayoría de los sentidos mi vida se acerca a mi ideal	1	2	3	4	5
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.	1	2	3	4	5
3. Estoy satisfecho/a con mi vida.	1	2	3	4	5
4. Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.	1	2	3	4	5
5. Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.	1	2	3	4	5

Anexo. 2

TMHHSCG original

**School Mental Health & *The MENTAL HEALTH & HIGH SCHOOL CURRICULUM GUIDE*
(STUDENT PRE)**

1. To help us match your anonymous responses between surveys done at the start and end of the course please tell us: a) The **month** you were born _____, b) The **first two letters** of your first name _____, c) The **last two digits/numbers** of your telephone _____, d) The **first three letters** of the city of your birth _____.
2. Today's date: _____; What district is your school in: _____
3. Gender: Male Female Other: _____
4. What Grade are you currently in: _____
5. Have you received any courses/sessions on mental health: Yes No
6. If you have received any courses/sessions on mental health, please specify what it is:

Section A: For each of the following statements select True, False, or Do Not Know by marking an **X** in the appropriate box.

Question	True	False	Do Not Know
1. Mental health and mental illness both involve the brain and how it functions.			
2. People who have mental illness can at the same time have mental health.			
3. The brain can affect the way the body functions but the body can not affect the way the brain functions.			
4. Different brain functions are all controlled by various neuron circuits forming networks communicating with each other.			
5. Most people who experience traumatic events such as a car accident will develop a post traumatic stress disorder.			
6. Every person's mood can fluctuate up and down naturally.			
7. The brain acts to help control the functioning of the heart, lungs, and fingers.			
8. Both genetic problems and infections can cause the brain to get sick and stop functioning normally.			
9. Cognition, body movements and signaling are ALL functions controlled by the brain.			
10. Feelings are controlled mostly by the heart.			
11. Most people who have a mental illness don't get well and stay well with treatment.			
12. Vitamins and meditation are good treatments for most mental illnesses.			
13. People who have schizophrenia often get a split personality.			
14. Depression and Bipolar Disorder are two examples of the type of mental illnesses called mood disorders.			
15. An anxiety disorder happens when a person's brain detects the presence of danger – such as a dog attacking.			
16. Panic attacks in Panic Disorder happen as a result of stresses in the environment.			
17. People with social anxiety disorder often feel as if they are being scrutinized and judged by others.			

09/01/17

1



	True	False	Do Not Know
18. An SSRI medicine and cognitive behavioral therapy are given together to effectively treat Obsessive Compulsive Disorder.			
19. Attention Deficit Hyperactivity Disorder has three components including attention problems, hyperactivity, and anxiety.			
20. Suicide in young people is mostly the result of the stress of being a teenager.			
21. Self-harming behaviors are the same as suicide attempts.			
22. Treatment of mental disorders has three purposes including, relieving symptoms, restoring functioning, and promoting recovery.			
23. Mental illnesses are caused by usual stresses of everyday life.			
24. All mental distress will develop into mental illness overtime.			
25. Mental health can be improved by leading a physically healthy life.			
26. If a person feels sad for a few days in a row, they likely have a Depression.			
27. Young people with Bulimia Nervosa often starve themselves and exercise excessively.			
28. Good social relationships and exercise BOTH help to promote good mental health.			
29. Occasional sadness and anger are signs of poor mental health.			
30. The phenomenon of craving drives substance abuse.			

© Stan Kutcher, 2016

Section B: For each of the following statements please mark an **X** in the box that you feel best describes your attitude toward the statement. Please select only one answer for each statement.

Question	Strongly Disagree	Disagree	Disagree a little	Not sure	Agree a little	Agree	Strongly Agree
1. Most people with a mental illness are too disabled to work							
2. People with a mental illness tend to bring it on themselves							
3. People with mental illnesses don't try hard enough to get better							
4. Most violent crimes are committed by people with a mental illness							
5. You can't rely on people with a mental illness							
6. I would be upset if someone with a mental illness always sat next to me in class							
7. I would not be close friends with someone I knew with a mental illness							
8. If I knew someone had a mental illness, I would not date them.							
9. I would not want to be taught by a teacher who had been treated for a mental illness							
10. I would tutor a classmate who got behind in their studies because of a mental illness							
11. I would not mind it if someone with a mental illness lived next door to me							
12. I would avoid someone with a mental illness							

Revised from Youth Opinion Survey

09/01/17

2



Section C: About help-seeking

Talking about mental health - Please select only one answer for each question.

At any point during the past 3 months, did you ever speak to a health professional about any mental health problem or concern?

- I did not have any mental health problem or concern
- I am waiting to see a health professional about a mental health problem or concern
- I spoke to a health professional about a mental health problem or concern
- I opted not to speak to a health professional although I am concerned about my mental health

In this question, we would like to know who, if anyone, you talked to about or asked for help with a mental health problem you were having (in the past 3 month). Complete only those questions that are relevant to you.

	Asked for help	Wanted to but did not ask for help	Did not feel the need to ask for help
My mom, dad (or legal guardian)			
A sibling (brother, sister, step sibling, etc.)			
Another relative (or equivalent)			
A close friend			
A teacher, guidance counselor, coach (or some other adult who works in my school)			
My minister, priest, rabbi, imam (or some other spiritual or religious leader)			
My regular family health professional (like the doctor or nurse who works at my regular clinic or doctor's office)			
A mental health professional (like a counselor, psychologist, psychiatrist, or mental health nurse)			
A health or mental health professional who works in my school			

In general, how strongly do you agree or disagree with each of the following statements?

	Strongly Disagree	Disagree a lot	Disagree	Not sure	Agree	Agree a lot	Strongly Agree
1. In general, asking for help for a mental health problem or disorder is helpful.							
2. I am comfortable asking for help for a mental health problem or disorder.							
3. If I think I may have a mental health problem or mental disorder (such as depression, social anxiety disorder, etc), I will ask for help.							
4. If I thought one of my friends or peers needed help with a mental health problem or disorder (such as depression), I would encourage them to seek help.							
5. If I thought one of my family members needed help with a mental health problem or disorder (such as depression), I would encourage them to seek help.							

© Stan Kutcher & Yifeng Wei, 2017

Section D: For each of the following statements, please mark an **X** in the box that you feel best describes your response toward the statement. Please select only one answer for each statement.

09/01/17

3



Question	Never	Almost never	Sometimes	Fairly often	Very often
In the last month, how often have you been upset because of something that happened unexpectedly?					
In the last month, how often have you felt that you were unable to control the important things in your life?					
In the last month, how often have you felt nervous and "stressed"?					
In the last month, how often have you felt confident about your ability to handle your personal problems?					
In the last month, how often have you felt that things were going your way?					
In the last month, how often have you found that you could not cope with all the things that you had to do?					
In the last month, how often have you been able to control irritations in your life?					
In the last month, how often have you felt that you were on top of things?					
In the last month, how often have you been angered because of things that were outside of your control?					
In the last month, how often have you felt difficulties were piling up so high that you could not overcome them?					

©Cohen, 1994 Perceived Stress

Section E: For each of the following statements, please mark an **X** in the box that you feel best describes your response toward the statement. Please select only one answer for each statement.

Question	At no time	Some of the time	Less than half of the time	More than half of the time	Most of the time	All of the time
I have felt cheerful and in good spirits						
I have felt calm and relaxed						
I have felt active and vigorous						
I have woke up feeling fresh and rested						
My daily life has been filled with things that interest me						

©WHO, 1998

Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.

09/01/17

4



Anexo 3

Primer Informe en traducción del TMHSCG

Informe sobre traducción Inglés-español: Test de alfabetización en salud mental en adolescentes escolarizados chilenos (TMHSCG-CL)

En el siguiente informe se pretende dar cuenta de los aspectos relevantes y de las dudas, discusiones y soluciones que surgieron antes y durante el proceso de traducción del Test de alfabetización en salud mental en adolescentes escolarizados chilenos (TMHSCG-CL), cuyo nombre original es *School Mental Health & The MENTAL HEALTH & HIGH SCHOOL CURRICULUM GUIDE(STUDENT PRE)*. Este instrumento fue elaborado en Canadá por Stan Kutcher y Yifeng Wei, 2017, con el fin de medir los niveles de alfabetización en salud mental de los estudiantes canadienses.

Uno de los aspectos más importantes que se tuvo en cuenta al momento de comenzar a traducir es que el instrumento está dirigido a jóvenes con una baja comprensión lectora, por lo que los términos empleados en éste debían ser lo más simples posibles para adecuarse al nivel de los jóvenes y facilitar su entendimiento. Sin embargo, al ser un documento ligado a la medicina, el instrumento también cuenta con un vocabulario muy técnico y específico, lo que resultó ser un desafío en cuanto a lograr un punto intermedio en el que convergieran tanto el vocabulario especializado como el lenguaje empleado por los jóvenes.

En este sentido, elegir la terminología adecuada fue fundamental, ya que era necesario que las palabras escogidas tuvieran la misma equivalencia en español para que el sentido del texto fuera el mismo que el del original. Para esto, se utilizaron documentos especializados como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIV), así como también textos paralelos. También se consultó a especialistas que pudieran brindar una idea más clara del lenguaje médico.

A continuación, se presenta una tabla con algunas de las decisiones más relevantes que se tomaron al momento de traducir el instrumento de medición de la alfabetización en salud mental en adolescentes chilenos.

Lengua origen	Lengua meta	Comentario
Sección A, pregunta 27: Starve themselves	“Se mueren de hambre”	Se utilizaron comillas para resaltar que es una expresión que se refiere a pasar hambre.
Sección C, parte 2: A sibling (brother, sister, step sibling, etc.)	Un hermano, hermana, hermanastro, etc.	En español no existe una equivalencia exacta para el término “sibling”, por lo que se optó por sacar el paréntesis y hacer una enumeración.
Sección C, parte 2: My minister, priest, rabbi, imam (or some other spiritual or religious leader)	Un pastor, sacerdote (o algún otro líder espiritual o religioso)	Se suprimió “rabino, imán” y sólo se dejó a los líderes que son más comunes en Chile, ya que entre paréntesis se explicita que también pueden ser otros.
Sección C, parte 2: Health nurse	Enfermera	“Health nurse” no existe como ocupación en Chile, por lo que se adaptó al contexto y se tradujo como “enfermera”.

Anexo 4

Parte del informe preliminar de la retrotraducción

Informe PRELIMINAR_25 MAYO 2019_INFORME VF TEST DE ALFABETIZACIÓN

Spanish (Initial Target Language)	English (Backtranslation Language)	Comments
3. El cerebro puede influir en la forma en que funciona el cuerpo, pero el cuerpo no puede influir en la forma en que funciona el cerebro.	The brain can affect how the body works, but the body can't affect how the brain works.	Use "affect" instead of "influence", and "work" instead of "functions".
4. (a) Las distintas funciones cerebrales	(a) The different functions of the brain	(a) The different ways that the brain works are all controlled by different brain circuits that make up networks that communicate with each other.
(b) son todas controladas por diversos circuitos neuronales	(b) are all controlled by different parts of the brain	"Circuitos neuronales" is a very difficult concept. "Parts of the brain" is easy to grasp.
(c) que forman redes que se comunican entre sí	(c) that are like groups of brain cells that talk to each other	"Redes" or networks is again abstract, "groups" is simpler to understand.
5. La mayoría de las personas que han experimentado eventos traumáticos, como por ejemplo, un accidente automovilístico, desarrollarán un trastorno de estrés posttraumático.	Most people who've gone through terrible experiences, like a car accident, get PTSD or post-traumatic stress disorder.	"Eventos traumáticos" or "traumatic events" can more easily be described as "terrible experiences". The acronym PTSD is commonly heard and used in the media etc., and can be followed by the full term.
9. Los procesos mentales, los movimientos corporales y la señalización son TODAS funciones controladas por el cerebro.	How we think, how our body moves and the signals we give others are ALL controlled by the brain.	Señalización se traduce como signaling en la medicina, pero es muy técnica. Se podría optar por "señas verbales y no verbales". En un informe se utilizó "transmisión de información", que es muy conceptual también. El español es conceptual, pero los jóvenes usan un español más parecido al inglés en el sentido de ocupar imágenes, o palabras simples. I suggest "the signals we give others", "las señales silenciosas que damos a los demás".
14. trastorno bipolar	Bipolar disorder or manic depression.	"or extreme mood swings"

17. fobia social	or fear of being watched, judged or rejected by others,	I would add the explanation of the term “social phobia”.
18. medicamento ISRS y terapia cognitive-conductual	ISRS hormone medication and mental-behavior therapy	To simplify ISRS serotonin therapy and cognitive-behavioral therapy or psychotherapy. I found “mental-behavior therapy” in several websites, for example https://www.centeredhealth.com/deteriorating-mental-health-among-teens/
21. conductas autolesivas	Self-harming (to hurt oneself by cutting, burning oneself, etc.).	To explain “self-harming”. In Spanish: (cortarse, quemarse u otra forma de hacerse daño).
21. suicidio	Killing yourself	Simplify “suicide”.
Sección B: Para cada una de las siguientes afirmaciones, ... que pienses describe mejor tu actitud ...	“...that you think best describes how you feel about...”	In informal speech in English we say, “how do you feel about...” rather than “what is your attitude to”.
27. Los jóvenes con bulimia nerviosa a menudo “se mueren de hambre” y hacen ejercicio en exceso	Teenagers with bulimia often “die of hunger” and do too much exercise.	“Die of hunger” is confusing. People with bulimia don’t die of hunger ---they binge eat then make themselves vomit or use laxatives. The Spanish could say: ...comen descontroladamente/se dan atracones para después vomitar...

Anexo 5

Documento enviado a Juez experto (ejemplo 1 de 10)

INSTRUCCIONES

En su calidad de Experta(o), le solicitamos que evalúe la correspondencia de cada uno de los reactivos con puntaje de 1 a 5 en el espacio asignado. En caso de no encontrar correspondencia de reactivo a dimensión favor señalar la razón en espacio de observaciones.

Sección A: Conocimientos generales en Salud Mental

Conocimientos sobre los trastornos mentales, específicamente causas y síntomas.

ITEM	Pertinente al constructo	Claridad	Lenguaje adecuado al público objetivo	Observaciones
1. Tanto salud mental como enfermedad mental involucran al cerebro y su funcionamiento. FUNCIONAMIENTO	Pertinente	Claro	Adecuado	Sugiero: La salud mental y la enfermedad mental involucran al cerebro y su funcionamiento.
2. Las personas que padecen una enfermedad mental pueden al mismo tiempo tener salud mental. SALUD MENTAL				Redacción (o idea) con un nivel de complejidad no menor, se corre el riesgo de medir capacidad comprensiva y no lo que se busca medir
3. El cerebro puede influir en la forma en que funciona el cuerpo, pero el cuerpo no puede influir en la forma en que funciona el cerebro. CAUSA	Pertinente	Claro	Adecuado	
4. Las diferentes formas en que funciona el cerebro están controladas por diferentes redes que se comunican entre sí. FUNCIONAMIENTO	Pertinente	Quizás sería bueno especificar el tipo de redes, neuronales?		Un poco complejo de entender
5. La mayoría de las personas que han experimentado eventos traumáticos, como por ejemplo, un accidente automovilístico, desarrollarán un trastorno de estrés postraumático. CAUSA				El ítem mezcla tiempo, quizás sería bueno ayudar a al comprensión manteniendo un solo tiempo y simplificando lenguaje: La mayoría de las personas que viven eventos traumáticos (por ejemplo: un accidente automovilístico), desarrollan un trastorno de estrés postraumático.
6. El estado de ánimo de cada persona puede cambiar naturalmente entre bueno y malo y viceversa. FUNCIONAMIENTO	Pertinente	Claro	Adecuado	
7. El cerebro ayuda a controlar el funcionamiento del corazón, los pulmones y los dedos. FUNCIONAMIENTO	Pertinente	Claro	Adecuado	
8. Tanto los problemas genéticos como las infecciones pueden hacer que el cerebro se enferme y deje de funcionar de forma normal. CAUSA	Pertinente	Claro	Adecuado	

ITEM	Pertinente al constructo	Claridad	Lenguaje adecuado al público objetivo	Observaciones
9. La forma en que pensamos, cómo se mueven nuestros cuerpos, nuestras señales verbales y nuestros gestos están TODOS controlados por el cerebro. FUNCIONAMIENTO	Pertinente	Claro	Adecuado	
10. Los sentimientos son controlados principalmente por el corazón. FUNCIONAMIENTO	Pertinente	Claro	Adecuado	Excelente ☺
11. La mayoría de las personas con enfermedades mentales nunca mejoran. El tratamiento solo los mantiene estables. TRATAMIENTO	Pertinente	Claro	Adecuado	Excelente ☺
12. Las vitaminas y la meditación son buenos tratamientos para la mayoría de las enfermedades mentales. TRATAMIENTO	Pertinente	Claro	Adecuado	
13. Las personas con esquizofrenia a menudo poseen una doble personalidad. SINTOMAS	Pertinente	Claro	Adecuado	
14. La depresión y el trastorno bipolar son dos ejemplos del tipo de enfermedad mental llamada trastorno del estado de ánimo. SALUD MENTAL	No sé si es correcto esperar que la población maneje este nivel de precisión	Claro	Adecuado	Si es correcto en general, dudo que este ítem marque mayor diferencia en la población; la probabilidad que alguien cuente con este conocimiento es muy baja. Me atrevo a decir que incluso en estudiantes universitarios de salud mental, sería una pregunta difícil
15. Un trastorno de ansiedad ocurre cuando el cerebro de una persona detecta la presencia de peligro, como por ejemplo, el ataque de un perro. CAUSA	Pertinente	Claro	Adecuado	Si es correcto en general, dudo que este ítem marque mayor diferencia en la población; la probabilidad que alguien cuente con este conocimiento es muy baja. Me atrevo a decir que incluso en estudiantes universitarios de salud mental, sería una pregunta difícil
16. Las personas con trastorno de ansiedad tienen ataques de pánico causados por su entorno estresante SÍNTOMAS	No sé si es correcto esperar que la población maneje este nivel de precisión	Claro	"Entorno estresante" es difícil de comprender	Si es correcto en general, dudo que este ítem marque mayor diferencia en la población; la probabilidad que alguien cuente con este conocimiento es muy baja. Me atrevo a decir que incluso en estudiantes universitarios de salud mental, sería una pregunta difícil
17. Las personas con fobia social sienten un miedo intenso y persistente de ser observadas y juzgadas por otros. SÍNTOMAS	No sé si es correcto esperar que la población maneje este nivel de precisión	Claro	Adecuado	Si es correcto en general, dudo que este ítem marque mayor diferencia en la población; la probabilidad que alguien cuente con este conocimiento es muy baja. Me atrevo a decir que incluso en estudiantes

ITEM	Pertinente al constructo	Claridad	Lenguaje adecuado al público objetivo	Observaciones
28. Las buenas relaciones con los demás y el ejercicio ayudan a las personas a tener salud mental. FUNCIONAMIENTO	Pertinente	Claro	Adecuado	
29. Sentir tristeza y enojo de forma ocasional es signo de una mala salud mental. SALUD MENTAL	Pertinente	Claro	Adecuado	
30. El deseo intenso de consumir drogas conlleva al abuso de estas sustancias. CAUSAS	Pertinente	Claro	Adecuado	Revisar si la palabra "conlleva" es la correcta, creo que se quiere decir "lleva" y no "conlleva"

Los ítems de la sección, son suficientes para dar cuenta del constructo: Sí _____ No: _____

Si la respuesta es no, señale qué debe agregarse: Creo que son excesivos, por su número y complejidad conceptual. Ojalá se pudiera simplificar. Según entiendo esta dimensión se refiere a Causas y Síntomas, y creo que los ítems apuntan a otros elementos generales de conocimiento en salud mental (como tratamiento, funcionamiento o salud mental [lo fui indicando en cada uno]); no creo que sea incorrecto preguntar de estos otros elementos, pero entonces hay que tener muy clara las subdimensiones involucradas en esta dimensión, para tener un número acotado de ítems y con seguridad de que tributen a una de las subdimensiones. El cuestionario, por extensión y nivel de comprensión necesario, es pesado de contestar. Finalmente, veo que existen preguntas para algunos trastornos de salud mental, por qué esos y no otros? No creo que sea correcto o incorrecto, solo quiero relevar la necesidad de tener un criterio para su elección, me imagino que por prevalencia en esta edad.

Sección B: Actitudes relacionadas con trastornos mentales

Estigma contra la persona con enfermedad mental, estigma contra las causas de enfermedad mental, estigma contra la ayuda, búsqueda de ayuda, búsqueda de tratamiento.

ITEMS	Pertinente al constructo	Claridad	Lenguaje adecuado al público objetivo	Observaciones
1. La mayoría de las personas con una enfermedad mental se encuentran incapacitadas para trabajar.	Pertinente	Claro	Adecuado	
2. Las personas con una enfermedad mental tienden a causarla ellas mismas.	Pertinente	Dudo si es completamente claro.	Adecuado	Quizás sería mejor: "Las personas con una enfermedad de salud mental, tienden a causar su propia enfermedad". No sé. Es una excelente pregunta, pero dudo de su completa claridad.
3. Las personas con una enfermedad mental no se esfuerzan lo suficiente para mejorar.	Pertinente	Claro	Adecuado	

ITEMS	Pertinente al constructo	Claridad	Lenguaje adecuado al público objetivo	Observaciones
4. La mayoría de los delitos violentos son cometidos por personas con una enfermedad mental.	Pertinente	Claro	Adecuado	
5. No se puede confiar en las personas que tienen una enfermedad mental.	Pertinente	Claro	Adecuado	
6. Me molestaría si alguien con una enfermedad mental se sentara siempre a mi lado en clases.	Pertinente	Claro	Adecuado	Creo que incorporar el "siempre" puede confundir, suena a doble pregunta.
7. Si supiera que alguien tiene una enfermedad mental, no tendría una amistad cercana con esa persona.	Pertinente	Claro	Adecuado	
8. Si supiera que alguien tiene una enfermedad mental, no saldría con esa persona	Pertinente	Claro	Adecuado	El uso de la palabra "salir", se refiere a salir en plan de relación de pareja o salir en plan social general? Este término puede confundir.
9. No me gustaría tener clases con un profesor que ha estado en tratamiento debido a una enfermedad mental.	Pertinente	Claro	Adecuado	
10. Ayudaría a un compañero de clase si se atrasara en sus estudios debido a una enfermedad mental.	Pertinente	Claro	Adecuado	
11. No me importaría si alguien con una enfermedad mental viviera al lado de mi casa	Pertinente	Claro	Adecuado	
12. Evitaría a alguien con una enfermedad mental.	Pertinente	Claro	Adecuado	

Los ítems de la sección, son suficientes para dar cuenta del constructo: Sí _____ No: ___X___

Si la respuesta es no, señale qué debe agregarse: Según fui entendiendo, todos los ítems apuntan a estigma contra personas con enfermedad mental, ninguno a: causas, ayuda, búsqueda de ayuda y búsqueda de tratamiento.

Sección C: Búsqueda de Ayuda

Preguntas relacionadas con la búsqueda de ayuda; hablar con un profesional sobre algún problema o inquietud de salud mental, si se solicitó ayuda con un problema mental que se haya tenido los últimos tres meses, y la percepción que se tiene respecto de pedir ayuda o ayudar a alguien cuando hay un trastorno mental

ITEMS	Pertinente al constructo	Claridad	Lenguaje adecuado al público objetivo	Observaciones
En algún momento durante los últimos 3 meses, ¿hablaste con un profesional de la salud acerca de algún problema o inquietud relacionada con la salud	Pertinente	Claro	Adecuado	Quizás sería bueno poner en paréntesis algunos ejemplos de profesionales de salud Asumo que la inquietud y

En general, ¿en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones?	Pertinente	Claro	Adecuado	"En general" sobra
1. En general, buscar ayuda debido a un problema o trastorno mental es beneficioso.	Pertinente	Claro	Adecuado	"En general" sobra
2. Me siento cómodo al buscar ayuda debido a un problema o trastorno mental.	Pertinente	Claro	Adecuado	Sugiero: "Me siento -o me sentiría- cómodo al buscar ayuda debido a un problema o trastorno mental.
3. Si pensara que tengo un problema o trastorno de salud mental (como depresión, fobia social, etc.), buscaría ayuda.	Pertinente	Claro	Adecuado	Tengo dudas de que métricamente este ítem se comporte de manera muy diferente al anterior
4. Si pensara que uno de mis amigos o compañeros necesita ayuda con algún problema o trastorno de salud mental (como depresión), los alentaría a buscar ayuda.	Pertinente	Claro	Adecuado	
5. Si pensara que algún miembro de mi familia necesita ayuda con un problema o trastorno de salud mental (como depresión), lo alentaría a buscar ayuda.	Pertinente	Claro	Adecuado	

Los ítems de la sección, son suficientes para dar cuenta del constructo: Sí _____ No: _____

Si la respuesta es no, señale qué debe agregarse: ¿No sería interesante separar la indagación sobre un problema de SM que esté teniendo el adolescente de la búsqueda de información sobre SM, sin tener un problema, sino solo por inquietud? Si el instrumento apunta a la alfabetización, no necesariamente se debe tener un problema, si no que solo una inquietud puede ser suficiente. Al tener ambos temas en los mismos ítems, se pierde.

ección D: Percepción de Estrés: Percepción de estrés y niveles actuales de estrés experimentado

ITEMS	Pertinente al constructo	Claridad	Lenguaje adecuado al público objetivo	Observaciones
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has estado molesto por algo que pasó de forma inesperada?	Pertinente	Claro	Adecuado	
Durante el último mes, ¿qué tan seguido has sentido que eras incapaz de controlar las cosas importantes en tu vida?	Pertinente	Claro	Adecuado	

Anexo 6

Protocolo para realizar entrevista cognitiva

PROTOCOLO PARA REALIZAR LA ENTREVISTA COGNITIVA

Saludo inicial

Antes que nada, quisiera agradecerles su colaboración en este estudio. Para nosotros tu participación es muy importante y nos ayudará a desarrollar nuestra investigación.

Presentación del estudio

“TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN del Uso del Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHSCG) Test de Alfabetización en Salud Mental en adolescentes escolarizados chilenos (TMHSCG –CL).”

Objetivo del estudio

El objetivo de este estudio es adaptar y probar un cuestionario en Alfabetización en Salud Mental en estudiantes adolescentes. La Alfabetización en Salud Mental es el conocimiento sobre los trastornos mentales, que ayuda a la prevención y promoción para una buena salud mental.

Objetivo de la entrevista

En esta entrevista, el objetivo es analizar la comprensión del cuestionario es decir, si las preguntas son claras, si el lenguaje es muy técnico y no se entiende lo que se pregunta, cuál es tu opinión sobre las preguntas.

Confidencialidad y utilización de información personal

Toda la información que nos brindes será tratada de manera anónima y confidencial. La entrevista será grabada para facilitar el análisis de la información que nos entregues y además tomaré notas durante el transcurso de la misma.

Proceso

Primero te daré el cuestionario con las preguntas y las instrucciones sobre cómo responder a ellas. No olvides de leer las instrucciones previas a responder al cuestionario...

¿Dudas Tienen alguna pregunta sobre lo que acabo de decirle?... Comencemos entonces.

ENTREVISTAS COGNITIVAS.

Se llevaron a cabo entrevistas con estudiantes (n = 5) en rangos de edad (12, 15, 16)

Procedimiento

Se dio lectura a al protocolo donde explica que se realizara el objetivo, etc.

Se les pidió a los estudiantes que contestaran el Test de Alfabetización en Salud Mental en Adolescentes escolarizados. Se les solicitó: 1) subrayar las palabras desconocidas o que no entendieran y 2) responder el cuestionario señalando las preguntas de difícil comprensión.

Al concluir se registró el tiempo invertido en la contestación. Luego se utilizó el método “probing” donde se les preguntó dudas y para confirmar la comprensión del sentido de la pregunta, se revisó ítem por ítem. Al finalizar la entrevista se le preguntó cómo se sintió. Todo el material fue audio grabado.

Principales hallazgos

De los extractos se observa que los estudiantes de 12 años son capaces de indicar a la investigadora dónde ellos(os) mismos(as) y otros(as) de su misma edad podrían tener problemas a la hora de contestar los reactivos. Se observa también que requirieron de poco entrenamiento para saber que su tarea consiste en ayudar a mejorar la comprensión del cuestionario.

Sección A:

Solo los estudiantes de 12 años reportan alguna dificultad en la comprensión y significado de algunas palabras.

Pregunta 3: El cerebro puede influir en la forma en que funciona el cuerpo, pero el cuerpo no puede influir en la forma en que funciona el cerebro. No se comprende la palabra **influir**

Pregunta 6: El estado de ánimo de cada persona puede cambiar naturalmente entre bueno y malo y viceversa estudiante relata que no comprendió lo de **estado de ánimo y viceversa**

Pregunta 11: La mayoría de las personas con enfermedades mentales nunca mejoran. El tratamiento solo los mantiene estables. No se comprendió la palabra **estables**

Pregunta 19: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad está compuesto por tres elementos que incluyen problemas para prestar atención, hiperactividad y ansiedad. No sabe que es **ansiedad**

Pregunta 27: Las personas con bulimia nerviosa a menudo se mueren de hambre y hacen ejercicio en exceso. No sabe que es **bulimia nerviosa**

Sección B.

En esta sección estudiantes de 12 años reportan que eran muchas posibilidades de respuesta y eso les causo dificultad para contestar.

Señalan misma opinión estudiantes de 15 y 16 años

Pregunta 10. Ayudaría a un compañero de clase si se atrasara en sus estudios debido a una enfermedad mental. Una de las estudiantes de 12 años señala que **No supo que contestar**

Sección C

Hay una escala de likert con 7 ítems de respuesta que reporta dificultad en todos los (as) estudiantes.

Finalmente, se les consulta a todas(os) los estudiantes participantes que sienten cuando leen o escuchan las palabras Enfermedad Mental o Trastorno Mental, señalan que la palabra Trastorno mental les causa rechazo porque en algunos casos la han escuchado en el colegio decirlo a compañeros de manera despectiva.

Por lo que se les consulta cual de las dos palabras sugieren que les parece mejor aparezca en el cuestionario

Anexo 7

Carta de invitación a estudio Liceo Comercial Talcahuano

	Universidad de Concepción Facultad de Medicina Depto. de Psiquiatría y Salud Mental	
Concepción, 22 de Mayo de 2019		
Sr. Jorge Hernán Sanhueza Jara Director Liceo Comercial Profesor Sergio Moraga Arcil Talcahuano <u>Presente</u>		
Estimado Director:		
Junto con saludar, invitamos a su establecimiento a participar en Proyecto “ TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN del Uso del Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHSCG) Test de Alfabetización en Salud Mental en adolescentes escolarizados chilenos (TMHSCG –CL) ”, Tesis Doctoral de la alumna Ximena Macaya Sandoval que se llevara a cabo en las comunas de Concepción Talcahuano y Santa Juana. Este proyecto es dirigido por el Dr. Benjamín Vicente Parada, Director del Doctorado en Salud Mental de la Universidad de Concepción.		
El objetivo de este estudio es adaptar y probar un cuestionario en Alfabetización en Salud Mental en adolescentes escolarizados chilenos que sería el primero en Chile, por ello su apoyo es muy importante. La Alfabetización en Salud Mental es la capacidad de comprender cómo optimizar y mantener una buena salud mental, comprender los trastornos mentales y su tratamiento, actitudes apropiadas hacia aquellos que viven con trastornos mentales, disminuir el estigma y mejorar la capacidad de buscar ayuda en los servicios de atención en salud mental adecuados. En resumen, es el conocimiento sobre los trastornos mentales, que ayuda a la prevención de estos y promoción para una buena salud mental.		
Al participar en el estudio los beneficios directos que recibirá el establecimiento son los resultados de los cuestionarios que le permitirán conocer el nivel de Alfabetización en Salud Mental de sus estudiantes. También habrá un beneficio a la comunidad, ya que este estudio permitiría a la investigadora proponer la creación de programas de Alfabetización en Salud Mental en colegios y/o Liceos.		
Cabe mencionar que el proyecto fue recibido y está en proceso de evaluación por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, pero para su aprobación se necesita la carta de aceptación preliminar de los o de las directores/ as de los Liceos y/o Colegios . Por lo tanto, solicitamos a Ud. su colaboración para realizar dicha investigación en su establecimiento		
Le saludan cordialmente,		
		
Ximena Macaya Sandoval Dra (c) en Salud Mental Universidad de Concepción	Dr. Benjamín Vicente Parada Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Universidad de Concepción.	

Anexo 8

Consentimiento informado firmado por Director de Liceo Comercial de Talcahuano

**PROTOCOLO ANTEPROYECTO DE INVESTIGACIÓN**
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN


ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (PADRES)

Yo Rut....., acepto que mi hijo/aparticipe voluntaria y anónimamente en la investigación "TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN del Uso del Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHSCG) Test de Alfabetización en Salud Mental en adolescentes escolarizados chilenos (TMHSCG -CL).", realizada por la Tesista Ximena Macaya Sandoval dirigida por el Dr. Benjamín Vicente Parada académico del Depto. De Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se le solicitará a mi hijo/a.

Autorizo que mi hijo/a participe de los siguientes procedimientos:

Se le aplique los cuestionarios señalados anteriormente

SI NO

Declaro haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para la salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a que mi hijo/a participe o dejar en cualquier momento el estudio sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada por la investigadora, la resguardara y sólo se utilizará para los fines de este proyecto de investigación. Este documento se firma en tres ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Padre y/o Apoderado _____ Nombre Investigador Ximena Macaya Sandoval

Firma _____ Firma

Jorge Sandoval Jara
Nombre Director del establecimiento

DIRECTOR

Firma

Fecha: _____



Anexo 9

Consentimiento informado firmado por Director de Liceo La Asunción , Talcahuano

**PROTOCOLO ANTEPROYECTO DE INVESTIGACIÓN**
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (PADRES)

Yo Rut:.....
acepto que mi hijo/aparticipe voluntaria y anónimamente en la investigación "TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN del Uso del Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHSCG) Test de Alfabetización en Salud Mental en adolescentes escolarizados chilenos (TMHSCG -CL).", realizada por la Tesista Ximena Macaya Sandoval dirigida por el Dr. Benjamín Vicente Parada académico del Depto. De Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se le solicitará a mi hijo/a.

Autorizo que mi hijo/a participe de los siguientes procedimientos:

Se le aplique los cuestionarios señalados anteriormente

SI NO

Declaro haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para la salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a que mi hijo/a participe o dejar en cualquier momento el estudio sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada por la investigadora, la resguardara y sólo se utilizará para los fines de este proyecto de investigación. Este documento se firma en tres ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Padre y/o Apoderado _____ Nombre Investigador _____
Firma _____ Firma _____

Nombre Director del establecimiento _____
Firma _____

Fecha: _____



Anexo 10

Carta aprobación Comité de Ética Facultad de Medicina

 UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO 

Concepción, 4 de JULIO de 2019

CEC 101/2018

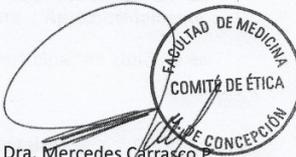
Profesora
Ximena Macaya Sandoval
Tesis Doctorado en Salud Mental
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Presente

Estimada Prof. Macaya:

Junto con saludarle, le comunicamos que tras la primera evaluación del proyecto de investigación a su cargo titulado *"Traducción, adaptación y validación del uso del test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHSCG) test de Alfabetización en Salud Mental en adolescentes escolarizados chilenos (TMHSCG-CL)"*, el Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Medicina APRUEBA SU PROYECTO.

Se le adjunta Consentimiento Informado y Asentimiento timbrado por este Comité.

Le saluda atentamente,

 
Dra. Mercedes Carrasco P.
Presidenta Comité Ético Científico (S)
Facultad de Medicina

Por el desarrollo libre del espíritu
cecmedicina@udec.cl
41 2204935

Anexo 11

Certificado de Aprobación Comité de Bioética Vicerrectoría de investigación



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 483 -2019.

Concepción, octubre de 2019.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el proyecto de tesis para optar al grado de Doctor en Salud Mental por la Universidad de Concepción, titulado **“TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL USO DEL TEST MENTAL HEALTH & HIGH SCHOOL CURRICULUM GUIDE (TMHSCG) TEST DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS CHILENOS (TMHSCG –CL)”**, presentado por la Profesora **SRTA. XIMENA CECILIA MACAYA SANDOVAL**, en calidad de Investigadora Responsable, siendo su Profesor Guía el **DR. BENJAMÍN VICENTE PARADA**, académico adscrito al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y Co-guía la **DRA. YIFENG WEI**, de Dalhousie University (Canadá). De esta revisión, se ha comprobado que el proyecto cumple con las normas y principios éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para la investigación científica que considera la participación de personas.

Bajo el supuesto de que el *Test Mental Health & High School Curriculum Guide* (TMHSCG) creado por el equipo de *Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health*, de la Dalhousie University y el *IWK Health Centre*, ambas instituciones canadienses, permite evaluar la Alfabetización en Salud Mental (ASM), en este proyecto de tesis, para optar al grado de Doctor en Salud Mental, se propone como objetivo general traducir, adaptar y validar el instrumento TMHSCG al contexto cultural local de la población adolescente escolarizada chilena. Para esto contempla ejecutar actividades previstas en 03 (tres) objetivos específicos. Inicialmente propone traducir, adaptar el lenguaje (del inglés al español) y al contexto cultural el TMHSCG para la población adolescente escolarizada chilena. Posteriormente propone determinar los indicadores de validez (de contenido, criterio y constructo) y confiabilidad (test-retest, consistencia interna) de la versión adaptada al español del TMHSCG y considerando el contexto cultural de adolescentes chilenos. Por último, buscará comparar las propiedades psicométricas de la versión adaptada TMHSCG con estudios similares realizados con la versión original del instrumento TMHSCG.

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



100 AÑOS
DE
DESARROLLO
LIBRE DEL
ESPIRITU



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

Con la finalidad de someter a prueba las hipótesis descritas y cumplir los objetivos de los estudios propuestos, el Proyecto de Tesis se desarrollará en tres etapas, a saber: Etapa 1: adaptación cultural y del lenguaje, que contempla la traducción y retraducción desde la versión original, buscando mantener la estructura del cuestionario (equivalencia semántica, idiomática, conceptual y experiencia) y, también realizar la evaluación de la equivalencia cultural que asegure que la traducción es totalmente comprensible y que el TMHSCG es totalmente adaptable a la población chilena, lo que se evaluará a través de jueces expertos y la valoración por parte de una muestra de estudiantes adolescentes chilenos. Etapa 2: validez dimensional y de constructo, en la que se aplicará el instrumento TMHSCG-cl, ya adaptado al contexto cultural, a una muestra aproximada de 750 adolescentes escolarizados, y Etapa 3: comparación de instrumento adaptado con original, que estima el análisis de los estudios realizados con el instrumento original con los resultados del instrumento adaptado y validado para hacer un juicio de su comparabilidad (Análisis Factorial Confirmatorio – AFC, por sus siglas). Es con esta etapa final que podría ser necesario aplicar una nueva muestra para pequeños ajustes para aumentar su grado de comparación.

Para este estudio de tipo instrumental, en el cual considera la traducción y adaptación de una escala mediante una serie de pasos controlados y luego la realización de un análisis de sus propiedades psicométricas, la participación de cada sujeto seleccionado (Etapa 1, n= 450 y Etapa 2, n=750), adolescentes chilenos, menores de 18 años de edad, estará basada en los procesos de consentimiento informado y de asentimiento informado, toda vez que cumplan con los requerimientos éticos y jurídicos, siendo regularmente aplicado y firmado. Estos procesos serán documentados conforme modelos presentados a este Comité institucional.

La participación de cada sujeto estará basada en el proceso de Consentimiento Informado, toda vez que sea regularmente aplicado y documentado. El mismo, debe seguir el modelo presentado a este Comité institucional, siempre que cumpla con los requerimientos éticos y jurídicos.

La custodia de la información, de los datos y de los resultados del estudio que se propone, será de responsabilidad de la candidata al grado de Doctor en Salud Mental por la Universidad de Concepción, la Profesora Srta. Ximena Cecilia Macaya Sandoval.

La ejecución de esta investigación en el proyecto de tesis de Doctorado en Salud Mental, asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los sujetos participantes en la investigación, garantizando la libertad, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que respaldan la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia de la información obtenida, con estricta observancia de todas las características formales y necesarias para su validez.

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



100 AÑOS
DE
DESARROLLO
LIBRE DEL
ESPIRITU

Anexo 12

Consentimientos y Asentimientos aprobados comité de ética Fac, de Medicina Y comité de Bioética Vicerrectoría de Investigación UdeC.



**PROTOCOLO ANTEPROYECTO DE
INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**

ASENTIMIENTO INFORMADO

En el siguiente texto se explica y se entregan detalles de la actividad a la que se te desea invitar a participar en caso de dudas realiza las preguntas que estimes convenientes con total libertad. Tu participación en éste estudio es completamente libre y voluntaria.

Para que puedas participar, también conversaremos con tu padre/madre/tutor, pero aunque ellos estén de acuerdo en tu participación, tú puedes decidir libre y voluntariamente si deseas participar o no.

Para participar, primero debes leer lo siguiente:

Has sido invitado a participar en el estudio titulado **“TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN del Uso del Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHSCG) Test de Alfabetización en Salud Mental en adolescentes escolarizados chilenos (TMHSCG –CL).”**, es un proyecto de Tesis del Doctorado en Salud Mental. La investigadora responsable es Ximena Macaya Sandoval, Magister en Educación, proyecto dirigido por el Dr. Benjamin Vicente Parada, académico del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción.

A continuación se presenta información sobre el estudio:

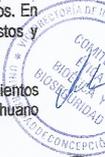
OBJETIVO DEL ESTUDIO.

El objetivo de este es adaptar y probar un cuestionario en Alfabetización en Salud Mental en adolescentes escolarizados chilenos que sería el primero en Chile, por ello tu apoyo es muy importante. La alfabetización en Salud Mental consiste en la capacidad de comprender cómo optimizar y mantener una buena salud mental, comprender los trastornos mentales y su tratamiento, actitudes apropiadas hacia aquellos que viven con trastornos mentales, disminuir el estigma y mejorar la capacidad de buscar ayuda en los servicios de atención en salud mental adecuados. En resumen conocimiento sobre los trastornos mentales, para ayudar a la prevención de estos y promoción para una buena salud mental.

Este estudio de investigación está dirigido a adolescentes de 13 a 15 años de establecimientos educacionales municipales y particular subvencionado de las comunas de Concepción, Talcahuano y Santa Juana. Aproximadamente, participarán en este estudio un total de 750 escolares.

Si decides participar en este estudio, tu participación consiste en responder cuestionarios sobre:

- Conocimientos generales en salud mental,
- Actitudes relacionadas con trastornos o enfermedades mentales,
- Estigma contra la persona con enfermedad mental, estigma contra la ayuda y búsqueda de tratamiento.



COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



**PROCOLO ANTEPROYECTO DE
INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**



- Búsqueda de ayuda, hablar con un profesional sobre algún problema mental que se haya tenido, la percepción que se tiene respecto de pedir ayuda o ayudar a alguien cuando se presenta un trastorno mental.
- Cuestionarios sobre Estrés, Bienestar mental y Satisfacción con la vida

El procedimiento tiene una duración de 60 minutos. Los cuestionarios serán aplicados en el establecimiento educacional una sola vez. La coordinación de la aplicación de los cuestionarios estará a cargo de la Investigadora Responsable Ximena Macaya Sandoval. Las evaluaciones que se le realizarán no tendrán costo para tu padre/madre/tutor ni para el establecimiento educacional.

BENEFICIOS

Al participar de todo el estudio los beneficios directos que recibirás son los resultados de los cuestionarios que te permitirán conocer tu nivel de Alfabetización en Salud Mental. También habrá un beneficio a la comunidad, ya que este estudio permitiría a la investigadora proponer la creación de programas de Alfabetización en Salud Mental en colegios y/o Liceos.

RIESGOS

Si decides participar en este estudio es importante tener en cuenta que este estudio presenta un riesgo mínimo, sin ser mayor a los riesgos presentados en la vida cotidiana.

CONFIDENCIALIDAD DE LAS INFORMACIONES

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará tu anonimato es decir, que no diremos a nadie tus respuestas, estos datos serán organizados con un número asignado a cada escolar, la identidad de los y las estudiantes estará disponible sólo para el personal del proyecto y se mantendrá completamente reservada. Los datos estarán a cargo del equipo de investigación de este estudio para el posterior desarrollo de informes y publicaciones dentro de revistas científicas.

El responsable de esto, en calidad de custodio de los datos, será la Investigadora Responsable del proyecto, quien tomará todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos.

La información recolectada no será usada para ningún otro propósito, además de los señalados anteriormente, sin autorización previa y por escrito.

Al finalizar el estudio se entregará al establecimiento educacional, un informe con los resultados globales sin identificar el nombre de los/as participantes.





**PROCOLO ANTEPROYECTO DE
INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**



PARTICIPACIÓN LIBRE Y VOLUNTARIA

La participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria. No hay costos ni incentivos económicos por participar en esta investigación.

Si no deseas participar no implicará sanción. También puedes optar por retirarte de este estudio en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada.

PREGUNTAS

Si tiene alguna duda sobre el estudio comuníquese con la investigadora responsable Ximena Macaya Sandoval, al correo ximenacecimacay@udec.cl o al teléfono celular +56 9 78300796, o al tutor de tesis, Dr. Benjamín Vicente Parada en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción, Fono 412204299 Correo electrónico: bvincent@udec.cl





**PROTOCOLO ANTEPROYECTO DE
INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Estimados Padres y/o Apoderados:

Este documento le entregara toda la información que necesita para decidir la participación de su hijo/a en la siguiente investigación. Por favor, léalo detenidamente y en caso de dudas realice las preguntas que estime convenientes con total libertad. La participación de su hijo(a) en este estudio es completamente libre y voluntaria.

Su hijo/a ha sido invitado a participar en el estudio titulado "TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN del Uso del Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHSCG) Test de Alfabetización en Salud Mental en adolescentes escolarizados chilenos (TMHSCG -CL)", que forma parte del proyecto de Tesis del Doctorado en Salud Mental. La investigadora responsable es Ximena Macaya Sandoval, Magister en Educación. El proyecto es dirigido por el Dr. Benjamín Vicente Parada, académico del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción.

A continuación se presenta información sobre el estudio:

OBJETIVO DEL ESTUDIO.

El objetivo de este es adaptar y probar un cuestionario en Alfabetización en Salud Mental en adolescentes escolarizados chilenos que sería el primero en Chile, por ello su apoyo es muy importante. La Alfabetización en Salud Mental es la capacidad de comprender cómo optimizar y mantener una buena salud mental, comprender los trastornos mentales y su tratamiento, actitudes apropiadas hacia aquellos que viven con trastornos mentales, disminuir el estigma y mejorar la capacidad de buscar ayuda en los servicios de atención en salud mental adecuados. En resumen, es el conocimiento sobre los trastornos mentales, que ayuda a la prevención de estos y promoción para una buena salud mental.

Este estudio de investigación está dirigido a adolescentes de 13 a 15 años de establecimientos educacionales municipales y particular subvencionado de las comunas de Concepción, Talcahuano y Santa Juana. Aproximadamente, participarán en este estudio un total de 750 escolares.

Si Usted autoriza su hijo/a participar en este estudio, su participación consiste en responder cuestionarios sobre:

- Conocimientos generales en salud mental,
- Actitudes relacionadas con trastornos o enfermedades mentales,
- Estigma contra la persona con enfermedad mental, estigma contra la ayuda y búsqueda y tratamiento.
- Búsqueda de ayuda, hablar con un profesional sobre algún problema mental que se haya tenido, la percepción que se tiene respecto de pedir ayuda o ayudar a alguien cuando se presenta un trastorno mental.
- Estrés, Bienestar mental y Satisfacción con la vida





**PROTOCOLO ANTEPROYECTO DE
INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**



El procedimiento tiene una duración máxima de 60 minutos. Los cuestionarios serán aplicados en el establecimiento educacional una sola vez. La coordinación de la aplicación de los cuestionarios estará a cargo de la Investigadora Responsable Ximena Macaya Sandoval
Las evaluaciones que se le realizarán a su hijo/a, no tendrán costo para Usted ni para el establecimiento educacional.

BENEFICIOS

Al participar de todo el estudio los beneficios directos que recibirá usted y su hijo/a son los resultados de los cuestionarios que le permitirán conocer el nivel de Alfabetización en Salud Mental de su hijo/a.
También habrá un beneficio a la comunidad, ya que este estudio permitiría a la investigadora proponer la creación de programas de Alfabetización en Salud Mental en colegios y/o Liceos.
No se contempla ningún otro tipo de beneficio para usted o su hijo/a.

RIESGOS

Si decide que su hijo/a participe en este estudio es importante tener en cuenta que este estudio presenta un riesgo mínimo, sin ser mayor a los riesgos presentados en la vida cotidiana.

CONFIDENCIALIDAD DE LAS INFORMACIONES

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato de su hijo/a, estos datos serán organizados con un número asignado a cada escolar, la identidad de los y las estudiantes estará disponible sólo para el personal del proyecto y se mantendrá completamente reservada. Los datos estarán a cargo del equipo de investigación de este estudio para el posterior desarrollo de informes y publicaciones dentro de revistas científicas.
El responsable de esto, en calidad de custodio de los datos, será la Investigadora Responsable del proyecto, quién tomará todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos.
La información recolectada no será usada para ningún otro propósito, además de los señalados anteriormente, sin su autorización previa y por escrito.
Al finalizar el estudio se le entregará al establecimiento educacional, un informe con los resultados globales sin identificar el nombre de los /as participantes.

PARTICIPACIÓN LIBRE Y VOLUNTARIA

La participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria. No hay costos ni incentivos económicos por participar en esta investigación.
Si Usted no desea que su hijo/a participe no implicará sanción. También puede optar por retirarse de este estudio en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada.





**PROCOLO ANTEPROYECTO DE
INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**



ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (PADRES)

Yo Rut:.....
 acepto que mi hijo/aparticipe
 voluntaria y anónimamente en la investigación "TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y
 VALIDACIÓN del Uso del Test Mental Health & High School Curriculum Guide
 (TMHSCG) Test de Alfabetización en Salud Mental en adolescentes escolarizados
 chilenos (TMHSCG -CL)", realizada por la Tesista Ximena Macaya Sandoval
 dirigida por el Dr. Benjamín Vicente Parada académico del Depto. De Psiquiatría y
 Salud Mental de la Universidad de Concepción.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del
 tipo de participación que se le solicitará a mi hijo/a.

Autorizo que mi hijo/a participe de los siguientes procedimientos:

Se le aplique los cuestionarios señalados anteriormente

SI NO

Declaro haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra
 ningún daño o peligro para la salud física o mental, que es voluntaria y que puedo
 negarme a que mi hijo/a participe o dejar en cualquier momento el estudio sin dar
 explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo
 que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no
 se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la
 información que se obtenga será guardada y analizada por la investigadora, la
 resguardara y sólo se utilizará para los fines de este proyecto de investigación.
 Este documento se firma en tres ejemplares, quedando uno en poder de cada una
 de las partes.



Nombre Padre y/o Apoderado _____

Nombre Investigador _____

 Firma

 Firma

 Nombre Director del establecimiento

 Firma

Fecha: _____



Anexo 13

Certificación bioética estudio en Universidad de Chillán



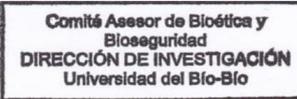
CERTIFICACIÓN

El Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad del Bío-Bío, presidido por el Dr. Pedro Labraña Moraga, Director de Investigación y Creación Artística, con fecha 30 de septiembre de 2020, ha revisado el proyecto titulado **“ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DEL ÁREA DE SALUD Y EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO SEDE CHILLÁN 2020”**, que está siendo realizado por los estudiantes de la carrera de Enfermería Lucía Andrea Mella Pardo Rut N° 15.984.038-7, Andrea Angélica Muñoz Toro Rut N° 19.796.633-5, Diego Ignacio Suárez Molina Rut N° 19.946.122-2, y guiado por la Sra. Aurora Henríquez Melgarejo, académica del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

Este Comité basa lo que a continuación se señala, en la revisión de los documentos presentados por la Sra. Henríquez

1. Se ha tenido a la vista el documento de consentimiento informado que firmarán los participantes de la investigación.
2. La metodología que se utilizará, no vulnera la dignidad de las personas involucradas, por lo tanto, no constituye una amenaza bajo ninguna circunstancia ni causa daño emocional ni moral a los investigados.
3. La investigadora establece y garantiza la confidencialidad de los datos de investigación, en los casos que así lo ameriten.
4. El Comité ha comprobado que la investigación cumple con el respeto a los derechos humanos de los participantes y se ajusta a estándares científicos y éticos propios de la disciplina y de la Institución.

La presente certificación se extiende para ser presentada con los fines que se estimen pertinentes.



Dr. Pedro Labraña Moraga
Presidente del Comité de Bioética y Bioseguridad
Universidad del Bío-Bío

Sede Concepción
Avda. Collao N°1202 – Casilla 5-C Fonos: (56-41) 3111200 Fono/Fax: (56-41) 3111040 – VIII Región – Chile

Sede Chillán
Avda. Andrés Bello N°720 Casilla 447 – Fono/Fax: (56-42) 3113000 – Fax: 3113144 – VIII Región – Chile

E-mail: ubb@ubiobio.cl
www.ubiobio.cl

Anexo 14

Consentimiento informado los estudiantes de la Universidad del Bío-Bío.

 UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO	<table border="1"><tr><td>Comité Asesor de Bioética y Bioseguridad DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Universidad del Bío-Bío</td></tr></table>	Comité Asesor de Bioética y Bioseguridad DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Universidad del Bío-Bío
Comité Asesor de Bioética y Bioseguridad DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Universidad del Bío-Bío		
CONSENTIMIENTO INFORMADO		
<p>Estimado estudiante de la UBB:</p> <p>Lucía Mella Pardo, RUN 15.984.038-7, Andrea Muñoz Toro, RUN 19.796.633-5, y Diego Suárez Molina, RUN 19.946.122-2, todos estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, se encuentran realizando una investigación titulada “Alfabetización en Salud Mental en estudiantes del área Salud y Educación de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán 2020”, dirigida por la académica EU. Mg. Aurora Henríquez Melgarejo.</p> <p>Se le solicita su participación en esta investigación. Para ello le solicitamos responder el siguiente cuestionario: Test de Alfabetización en Salud Mental (TMHSCG-CL). Esto tomará aproximadamente 25 minutos</p> <p>La participación en esta investigación es de carácter voluntario. La información obtenida a través de esta investigación será bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y los datos obtenidos sólo serán almacenados de forma segura con acceso restringido donde solo ingresarán los investigadores, y no existirán copias. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y, por tanto, anónimas. Usted tiene el derecho de retirarse en cualquier momento, y esto no supondrá ninguna consecuencia académica ni personal.</p> <p>El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede contactar con Aurora Henríquez, al teléfono oficina o carrera 42-2363091 o al correo electrónico, ahenriquez@ubiobio.cl.</p> <p>Las publicaciones que se generan a partir de esta investigación no incluirán nombres ni datos personales de los participantes.</p>		



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

ACEPTACIÓN

He leído las instrucciones antes mencionadas, descritas en este formulario. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar de la investigación en docencia, denominada **“Alfabetización en Salud Mental de los estudiantes del área de educación y salud de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán 2020”**

Seleccione la opción para continuar con el cuestionario.

Si acepto

No acepto

Anexo 15

Primer artículo publicado (Scielo)

Humanidades Médicas. ISSN 1727-8120 2019;19(1):47-64.

Artículo

Servicios de salud mental en contexto escolar

Health mental services within educational process

Ximena Cecilia Macaya Sandoval^{1*}

Claudio Enrique Bustos Navarrete¹

Silverio Segundo Torres Pérez¹

Pablo Andrés Vergara–Barra¹

Benjamín de la Cruz Vicente Parada¹

1. Universidad de Concepción. Concepción. Chile.

* Autora para la correspondencia: ximenacecimacay@udec.cl

RESUMEN

Introducción: Son escasos los servicios en salud mental dentro del contexto escolar que permitan una integración intersectorial para superar la brecha de falta de asistencia en salud mental en la población infanto – juvenil, aun cuando, es en la escuela donde se detectan mayoritariamente los problemas de salud mental. Objetivo: Analizar el uso de servicios de salud mental en el ambiente escolar en relación con los trastornos mentales y trastornos subumbrales.

Métodos: El presente resultado se obtiene a partir del “Estudio de Prevalencia Comunitaria de Trastornos Psiquiátricos y Utilización de Servicios de la Población Infanto-Juvenil Chilena”. La muestra estuvo representada por sujetos entre 4 y 18 años (N=1556). La información sobre el uso de servicio de salud mental se recogió con una versión modificada de la Escala Service Assesment for Children and Adolescent (SACA). Se realizó un modelo de regresión logística para analizar cinco áreas del uso de servicios en el ambiente escolar, las cuales se correlacionaron con diagnósticos de trastorno mentales y trastorno subumbral de ansiedad, disruptivo y depresión en el último año.

47

Centro para el Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud



Reporte Original

Alfabetización en salud mental para disminuir la brecha de atención en población adolescente escolarizada

Mental health literacy to reduce the attention gap in adolescent school population

Ximena Macaya Sandoval¹, Benjamín Vicente Parada²

1. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Chile.
2. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad de Concepción. Chile.

RESUMEN

Fundamento: La alfabetización en salud mental se define como conocimientos y creencias de los trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo y prevención. La evidencia disponible muestra que el conocimiento mejorado de la salud mental y los trastornos mentales, una mejor conciencia de cómo buscar ayuda y tratamiento, y la reducción del estigma contra las enfermedades mentales a nivel individual, comunitario e institucional, pueden mejorar los resultados de la salud mental y aumentar el uso de los servicios de salud.

Objetivo: Analizar la literatura de la alfabetización en salud mental, asimismo establecer la importancia de esta en población adolescente escolarizada para mejorar los problemas de salud mental y disminuir la brecha de atención.

Conclusiones: La alfabetización en salud mental se considera relevante para la identificación e intervención temprana de trastornos mentales en población adolescente escolarizada.

DeCS: SALUD MENTAL/educación; EDUCACIÓN DEL PACIENTE COMO ASUNTO; TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO /prevención & control.

Palabras clave: Alfabetización en salud mental; salud mental juvenil; enfermedad mental; salud mental y educación; educación del paciente como asunto; trastornos del neurodesarrollo y prevención & control.

“Sistema Educativo y Salud Mental: Una Asociación Relevante en Promoción y Prevención para Adolescentes Escolarizados”

“Educational System and Mental Health: A Relevant Association in Promotion and Prevention for Schooled Adolescents”

Investigadores Principales: Ximena Macaya Sandoval y Benjamín Vicente Parada
Universidad de Concepción, Concepción, Chile

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”¹
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 11/11/2019

Aceptado: 11/03/2020

Resumen

Las escuelas tienen una actuación significativa en la prevención y promoción en salud mental e intervención temprana para estudiantes considerados en riesgo. Esta investigación teórica tuvo como objetivo conocer la salud mental en el contexto escolar e identificar cómo el sistema educativo se vincula con la salud mental y cumple un rol relevante en la promoción y prevención en adolescentes escolarizados. Se realizó una revisión de tipo descriptiva de la literatura con el fin de extraer la información necesaria que atañe al objetivo de esta investigación. Los resultados indican que existe consenso que los programas de salud mental realizados en la escuela son convenientes pues favorecen el desarrollo de habilidades socioemocionales que constituyen factores protectores. Como conclusión, las instituciones educativas requieren ser visualizadas como una entidad que podría satisfacer las necesidades que se advierten de manera urgente en prevención y promoción en salud mental en adolescentes escolarizados.

Palabras clave: adolescentes, atención temprana, salud mental, sistema educativo.

ABSTRACT

Schools have a significant role in prevention and promotion in mental health and early intervention for students considered at risk. The aim of this theoretical research was to know mental health in the school setting and identify how the educational system is linked to mental health and plays a relevant role in the promotion and prevention of schooled adolescents. A descriptive review of the literature was conducted in order to extract the necessary information concerning the aim of the study.

Correspondencia remitir a: Ximena Cecilia Macaya Sandoval ximenacecimacay@udec.cl

¹Correspondencia remitir a: revistacientificaureka@gmail.com o norma@tigo.com.py CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, de Asunción-Paraguay.

Anexo 18

Cuarto artículo en revisión en Revista Psykhe (Scopus)

1

Adaptación y Validación del Test de Alfabetización en Salud Mental, Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHHSCG), en adolescentes de educación secundaria. Estudio Piloto.

RESUMEN

Introducción: La Alfabetización en Salud Mental (ASM) se define como el conocimiento y las creencias sobre los trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo y prevención. En los países de América Latina se requiere un instrumento ASM confiable y válido para promover la salud mental en los adolescentes. El objetivo de este estudio fue traducir, adaptar y validar el instrumento canadiense, Test Mental Health & High School Curriculum Guide (TMHHSCG), Test de ASM al contexto cultural local en la población adolescente escolarizada chilena.

Método: Este estudio se realizó en tres etapas; Adaptación cultural y lingüística, validez dimensional y de constructo. En una muestra de adolescentes (N = 454) (entre 13 y 15 años), se aplicaron cinco escalas validadas en Chile para probar la validez de los criterios. La consistencia interna se evaluó mediante el alfa de Cronbach y la validez de criterio y de constructo mediante análisis factorial exploratorio (AFE).

Resultado: el AFE presentó 2 factores en 4 secciones del TMHHSCG-CL excepto la sección E (un factor). Cada sección presenta confiabilidad > 0,7, menos la sección D. Se encontraron relaciones significativas entre las 5 escalas y las secciones del TMHHSCG-CL.

Discusión y Conclusiones: Se adaptó un instrumento que incorpora todos los componentes de la ASM, siendo el primero en América Latina. Presenta niveles adecuados de confiabilidad y muestra validez convergente y divergente en términos de correlaciones obtenidas por diferentes métodos.

Palabras Clave: Alfabetización en salud mental; Medidas; adolescentes; Salud mental juvenil, Salud mental escolar

Anexo 19

Quinto artículo enviado a Revista Psykhe (Scopus)

Analysis of Dimensional Structure and Invariance of the TMHHSCG -CL in Chilean Secondary and University Students

Título Abreviado: Test de Alfabetización en Salud Mental en Estudiantes Jóvenes

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar la invarianza de la estructura dimensional del TMHHSCG-CL en estudiantes secundarios y universitarios. Se aplicó el Test de Alfabetización en Salud Mental (TMHHSCG-CL) en una muestra total de 872 jóvenes, entre los 15 y 22 años. Se realizaron los análisis factorial exploratorio (AFE), confirmatorio (AFC) y el análisis de invarianza de medición (IM). Para evaluar la estructura factorial, se realizó un AFE sobre la primera muestra, N=438 (estudiantes secundarios), este presentó 2 factores en 4 secciones del TMHHSCG-CL excepto la sección E (un factor). Esta solución se probó mediante un análisis confirmatorio realizado sobre la segunda muestra N=434 (estudiantes universitarios) donde el indicador de ajuste absoluto Chi-Cuadrado (χ^2) muestra que los datos se ajustan al modelo. Los índices CFI (Comparative Fit Index) y TLI (Tucker-Lewis Index) los datos se consideran buenos de acuerdo a los que señala la literatura. El índice de bondad de ajuste RMSEA, los valores presentan un ajuste razonable. Finalmente se realizó un análisis de invarianza, este procedimiento implicó comparar modelos de manera progresiva mostrando una buena invarianza factorial en todas las secciones del TMHHSCG-CL. En conclusión, los análisis psicométricos muestran que el TMHHSCG-CL presenta niveles adecuados de confiabilidad y validez obtenidas por diferentes métodos y la invarianza factorial confirma la posibilidad de su empleo en ambas muestras. El TMHHSCG-CL es un instrumento que incorpora todos los componentes de la Alfabetización en Salud Mental, siendo el primero en Chile y en América Latina.

Palabras clave. salud Mental, análisis factorial, técnicas psicométricas,