

## PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL “CUESTIONARIO GENERAL DE BÚSQUEDA DE AYUDA” EN UNIVERSITARIOS

Abner Silva<sup>1</sup>, Natalia Salinas-Oñate<sup>1</sup>, Daniela Gómez-Pérez<sup>1</sup> y Ana Barrera-Herrera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de La Frontera, <sup>2</sup>Universidad Católica de Temuco (Chile)

### Resumen

Los estudiantes universitarios presentan una alta prevalencia de trastornos mentales y bajos niveles de búsqueda de ayuda por problemas psicológicos. En Chile no existen instrumentos válidos y fiables que permitan medir la intención de buscar ayuda en este grupo. El objetivo de este estudio es examinar las propiedades psicométricas del “Cuestionario general de búsqueda de ayuda, versión viñeta” (GHSQ-V) en estudiantes universitarios del sur de Chile. Los resultados indican que el GHSQ-V es un instrumento válido, con una estructura bifactorial que refleja la existencia de dos dimensiones de fuentes de ayuda (formal e informal), frente a cinco problemas de salud mental prevalentes en universitarios. Pese a que se observó cierta variabilidad entre subescalas, se encontraron adecuados niveles de consistencia interna y validez convergente. El presente estudio reafirma la relevancia de la adecuada medición de la intención de búsqueda de ayuda en estudiantes universitarios, lo que contribuye a la comprensión de un proceso altamente relevante para el tratamiento de los problemas de salud mental en este grupo.

**PALABRAS CLAVE:** *intención de búsqueda de ayuda, estudiantes universitarios, análisis factorial confirmatorio, salud mental.*

### Abstract

University students show a high prevalence of mental disorders and low levels of help-seeking for psychological problems. In Chile there are no valid and reliable measures of help-seeking intentions for this group. The aim of this study is to examine the psychometric properties of the General Help Seeking Questionnaire, vignette version (GHSQ-V) in a sample of university students from southern Chile. Results indicate that the GHSQ-V is a valid instrument, with a two-factor structure that reflects the existence of two dimensions of help-seeking sources (formal and informal), for five mental health problems that are prevalent among university students. Adequate levels of internal consistency and evidence of convergent validity were shown, although variability was found between subscales. The current study confirms the importance of an accurate measurement of help seeking

---

Este estudio fue financiado por el Proyecto Fondecyt de Iniciación #11180115 y parcialmente por el Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a través de la Iniciativa Científica Milenio, Proyecto IS130005.

*Correspondencia:* Abner Silva, Universidad de La Frontera, Avda. Francisco Salazar 01145, Temuco (Chile). E-mail: a.gonzalez17@ufromail.cl

intentions in university students, for a better understanding of a highly relevant process for the treatment of mental health problems in this group.

KEY WORDS: *help-seeking intentions, college students, confirmatory factor analysis, mental health.*

## Introducción

Durante los últimos años, la salud mental se ha establecido como una prioridad para la Organización Mundial de la Salud, la cual estima que alrededor de 450 millones de personas sufren un trastorno mental o de la conducta (Organización Mundial de la Salud, 2004). En América Latina y el Caribe, los trastornos de salud mental y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades (Rodríguez *et al.*, 2012). Chile, por su parte, se encuentra entre los países con mayor carga de morbilidad por trastornos mentales en el mundo: casi un tercio de la población mayor a 15 años ha sufrido algún trastorno psiquiátrico en su vida (Vicente *et al.*, 2016). Asimismo, y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, un 15,8% de la población mayor a 18 años mostró síntomas de depresión durante el último año, mientras que un 2,2% informó presencia de ideación suicida (Ministerio de Salud, 2018).

Dentro de las poblaciones vulnerables a sufrir trastornos de salud mental están los estudiantes universitarios, quienes atraviesan por una etapa denominada adultez emergente (Arnett, 2015; Barrera-Herrera y Vinet, 2017), que se extiende entre los 18 y 29 años y se caracteriza como un período de inestabilidad generada por la sensación de estar “en medio” de la adolescencia y la adultez, y que implica una serie de crisis y cambios, especialmente en el contexto y roles, lo que puede contribuir a la aparición de alteraciones de salud mental (Schulenberg *et al.*, 2004). Por otra parte, los estilos de vida de la población universitaria condicionan un contexto de riesgo para desarrollar problemas de salud mental. Un ejemplo de ello es que los adultos emergentes presentan peores indicadores de salud mental que sus equivalentes etarios no universitarios (Aceijas *et al.*, 2017). Asimismo, en Chile se observa que la prevalencia de síntomas de depresión en jóvenes entre 18 y 24 es de 6,2%, la misma que la prevalencia total del país (Ministerio de Salud, 2018).

La mayoría de los trastornos de salud mental surge antes de los 24 años (Auerbach *et al.*, 2017; Conley *et al.*, 2017). Según datos de la literatura internacional, un 35% de los adultos emergentes informa haber sufrido un trastorno mental durante su vida. Por otra parte, la prevalencia para cualquier trastorno es del 31%, siendo el trastorno depresivo mayor el más común, con una incidencia del 21,2% (Auerbach *et al.*, 2018). En el contexto latinoamericano el riesgo suicida también alcanza altas cifras en este grupo, llegando a un 23,2% (Gómez *et al.*, 2019). En Chile, datos de un estudio longitudinal (ELSOC-COES, 2018) revelan que la tasa de sintomatología depresiva en universitarios es cercana al 28%, mientras que un estudio transversal informa que un 43% de los universitarios presenta sintomatología depresiva, un 47% tiene sintomatología ansiosa, un 53% sintomatología de estrés, y un 28% de ellos presentaría de forma conjunta los tres tipos de sintomatología (Barrera-Herrera *et al.*, 2019). Por otra parte, se ha

observado que un 5% presenta algún nivel de riesgo de cometer suicidio o autolesiones, y un 24% presenta un consumo riesgoso de alcohol (Baader *et al.*, 2014).

Esta realidad resulta más alarmante si se considera que existe una baja utilización de servicios de salud mental en estudiantes universitarios (Auerbach *et al.*, 2017; Eisenberg *et al.*, 2011; Zivin *et al.*, 2009). Además, según estudios realizados en Reino Unido y Estados Unidos, poseen conocimiento limitado sobre servicios de ayuda y dónde buscar apoyo (Chew-Graham *et al.*, 2003; Eisenberg *et al.*, 2012), y exhiben actitudes negativas hacia la búsqueda de ayuda para tratar problemas de salud mental (Chew-Graham *et al.*, 2003; Curtis, 2010; Downs y Eisenberg, 2012; Soorkia *et al.*, 2011). En el caso de Chile, según la Novena Encuesta Nacional del Instituto Nacional de la Juventud, sólo un 5,8% de los jóvenes recibe algún tipo de tratamiento psicológico o farmacológico para tratar algún problema de la salud mental (INJUV, 2018).

Esta disparidad entre la necesidad de atención en salud mental y el acceso a estos servicios se ha planteado como una problemática importante de estudiar. La búsqueda de ayuda se ha descrito como una estrategia de afrontamiento que consiste en la comunicación con otras personas, con el fin de obtener apoyo en términos de comprensión, asesoramiento, información, tratamiento y apoyo general, en respuesta a un problema o una experiencia angustiante (Rickwood *et al.*, 2005). Particularmente, la búsqueda de ayuda por problemas psicológicos es un proceso complejo y puede llevar a retrasos desde el comienzo del proceso hasta el acceso al tratamiento, si es que se accede a este finalmente (Rickwood *et al.*, 2007). Además, se describe como un proceso que ocurre en etapas, donde personas jóvenes suelen comenzar buscando ayuda en fuentes informales (por ejemplo, amigos y familia) antes que las fuentes formales de ayuda profesional, como profesionales de la salud mental (Rickwood *et al.*, 2007).

Por otra parte, se ha observado en adultos emergentes que experiencias anteriores de búsqueda de ayuda profesional calificadas como positivas actuarían como un facilitador de esta conducta (Gulliver *et al.*, 2010), por tanto, mientras mayor es la calidad percibida de las experiencias anteriores de tratamientos de salud mental, mayor es la probabilidad de buscar ayuda profesional posteriormente. Por el contrario, dentro de los factores que disminuyen la posibilidad de buscar ayuda, se ha encontrado que niveles de depresión moderados o graves se asocian con menor intención de buscar ayuda en distintas fuentes, tanto formales como informales (Wilson *et al.*, 2007; Zochil y Thorsteinsson, 2018).

Pese a lo relevante que es esta temática en la población universitaria chilena, no hay pruebas robustas sobre la búsqueda de ayuda en este segmento de la población, lo que podría atribuirse a la ausencia de instrumentos adaptados y validados para este grupo etario. A nivel nacional solo se ha indagado en las fuentes de búsqueda de ayuda formal, indicando que más del 50% de los jóvenes considera posible costear consultas médicas con un psicólogo o psiquiatra, mientras que en el nivel socioeconómico bajo se encuentra el mayor porcentaje de jóvenes que reciben tratamiento por algún problema de salud mental (INJUV, 2018). Estos antecedentes podrían indicar que las dificultades de acceso por el coste económico ya no serían tan preponderantes como las barreras de naturaleza psicológica, como, por ejemplo,

la intención de búsqueda de ayuda. Sin embargo, el instrumento usado en dichas investigaciones no profundiza respecto de dicha intención.

A nivel internacional, pese al interés suscitado por el constructo de búsqueda de ayuda, aún no existe consenso sobre su definición, lo cual ha tenido como consecuencia una gran diversidad de escalas y métodos para medirlo (Rickwood y Thomas, 2012; White *et al.*, 2018). Una revisión de la literatura (Rickwood y Thomas, 2012) indicó que el "Cuestionario general de búsqueda de ayuda" (*General Help-Seeking Questionnaire*, GHSQ; Wilson *et al.*, 2005) es uno de los instrumentos más utilizados en la temática; fue desarrollado en Australia para responder a la necesidad de contar con una medida que comprendiera la intención de buscar ayuda en distintos tipos de fuentes, y que a la vez abordara diversos problemas psicológicos por los cuales los jóvenes suelen buscar ayuda. Además, cuenta con una versión modificada, denominada "viñeta" (*General Help-Seeking Questionnaire*, GHSQ-V; Wilson *et al.*, 2011), donde cada ítem corresponde a un texto que describe a una persona que está experimentando un problema en particular (basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR). Luego de cada viñeta, se le pide al participante que indique su intención de buscar ayuda en cada fuente de ayuda específica.

Si bien el GHSQ-V ha sido adaptado y validado en población adolescente chilena (Olivari y Guzmán-González, 2017), la evidencia internacional (Arnett, 2015) y local (Barrera-Herrera y Vinet, 2017) sugiere que los universitarios, en tanto que adultos emergentes, son una población evolutivamente diferente a los adolescentes. Sumado a esto, la disparidad entre la alta prevalencia de problemas de salud mental y los presumiblemente bajos niveles de búsqueda de ayuda y acceso a tratamiento oportuno, ponen de relieve la necesidad de contar con medidas fiables y válidas de este constructo para la población universitaria chilena. Es por ello que el objetivo general de este estudio es examinar las propiedades psicométricas del "Cuestionario general de búsqueda de ayuda - versión viñeta", en una muestra de estudiantes universitarios de la Región de La Araucanía, Chile. Se espera que el instrumento exhiba adecuadas propiedades psicométricas y se confirme la estructura bifactorial planteada por Wilson *et al.* (2005) para cada problema de salud mental presentado.

## Método

### *Participantes*

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Participaron 240 estudiantes universitarios pertenecientes a dos universidades de la Región de La Araucanía, Chile. Se incluyeron en la muestra estudiantes universitarios con edades entre 18 y 29 años. Como criterio de exclusión se consideró que los participantes tuvieran alguna condición limitante para contestar los instrumentos, como discapacidad visual, cognitiva o de otro tipo, y que pertenecieran a la carrera de psicología, pues -por su formación- podría esperarse niveles más altos de deseabilidad social en sus respuestas a la escala. Las características de los participantes aparecen descritas en la tabla 1.

**Tabla 1**  
Características sociodemográficas de los participantes

Variables	<i>n</i>	%
Edad ( <i>M</i> = 20,16; <i>DT</i> = 1,45)	-	-
Sexo		
Masculino	102	42,5
Femenino	138	57,5
Procedencia		
Urbana	193	81,4
Rural	44	18,6
Pertenencia a etnia mapuche		
Si	62	26,6
No	171	73,4
Nivel socioeconómico		
Bajo	14	5,9
Medio bajo	46	19,3
Medio	64	26,9
Medio alto	83	34,9
Alto	20	8,4
Muy alto	11	4,6
Universidad		
Universidad de La Frontera	167	69,6
Universidad Católica de Temuco	73	30,4
Carrera		
Derecho	98	40,8
Tecnología Médica	73	30,4
Pedagogía en Educación Física	69	28,7
Año que cursa		
Segundo	143	64,7
Tercero	60	27,1
Cuarto	18	8,1

### Instrumentos

- a) "Cuestionario general de búsqueda de ayuda - versión viñeta" (*General Help-Seeking Questionnaire – vignette version*, GHSQ-V; Wilson *et al.*, 2005), versión adaptada de Olivari y Guzmán-González (2017). El GHSQ-V evalúa la probabilidad de los participantes de buscar ayuda de diferentes fuentes (p. ej. médicos, psicólogos, familiares, amigos, etc.), para siete distintos tipos de problemas de salud presentados a través de viñetas: estrés, ansiedad, depresión, ideación suicida, abuso de sustancias, psicosis y enfermedad física. Para esta validación se incluyeron los seis primeros, ya que corresponden a problemas de salud mental. Luego de cada viñeta, se le pide al participante que evalúe su intención de buscar ayuda ("Si te estuvieras sintiendo como Miguel, ¿qué tan probable es que busques ayuda de las siguientes personas?"), a través de una escala tipo Likert de 5 puntos (1= "Muy poco probable" a 5= "Muy probable"). Adicionalmente, se presentan dos preguntas que evalúan la alfabetización en

salud mental del participante (“¿Qué crees que le está ocurriendo?”, con un formato de respuesta abierta) y la necesidad de ayuda percibida (“¿Crees que necesita ayuda?”, con dos opciones de respuesta: “Sí” y “No”). En estudios anteriores en Chile, la escala ha exhibido adecuados índices de fiabilidad para cada problema de salud mental (valores de alfa de Cronbach entre 0,74 y 0,83) y una estructura bifactorial que refleja los dos tipos de fuentes de ayuda (formal e informal) para cada problema planteado (Olivari y Guzmán-González, 2017). Para el presente estudio, previamente se realizó una prueba piloto con 10 estudiantes universitarios, con una entrevista cognitiva (técnica *think-aloud*), donde los sujetos retroalimentaron respecto de su impresión de los ítems y las posibles contradicciones que le podría generar cada alternativa. A partir de este proceso, no se detectaron dificultades específicas en el proceso de respuesta al instrumento.

- b) “Escala de depresión, ansiedad y estrés, versión abreviada” (*Depression, Anxiety and Stress Scale-21*, DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995), versión adaptada por Antúnez y Vinet (2012). El DASS-21 evalúa la presencia de estados afectivos negativos de depresión, ansiedad y estrés durante la última semana (Lovibond y Lovibond, 1995). Consta de 21 ítems con formato de respuesta Likert con cuatro alternativas, de 0 a 3, que representan la intensidad del síntoma. Presenta adecuados índices de fiabilidad ( $\alpha = 0,91$ ) y validez factorial (tres factores que reflejan las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés). En el presente estudio, los valores de alfa de Cronbach para las subescalas de depresión, ansiedad y estrés fueron de 0,87, 0,84 y 0,85, respectivamente.
- c) Cuestionario sociodemográfico *ad-hoc* para la medición de variables como edad, sexo, procedencia, ocupación, nivel socioeconómico (medido a través de la escala ESOMAR; Adimark, 2000) y pertenencia a la etnia mapuche (grupo étnico predominante en la Región de La Araucanía). Además, se incluyeron preguntas sobre experiencias previas en tratamiento psicológico, la cantidad de ocasiones en las que se estuvo en tratamiento y la calidad percibida de esta experiencia. Por último, se preguntó si el participante se encontraba en tratamiento psicológico y farmacológico al momento de responder el instrumento.

### Procedimiento

Previo autorización de las correspondientes autoridades de las universidades seleccionadas, los participantes fueron contactados en sus salas de clases por un equipo de investigación debidamente entrenado para la toma de datos. Luego de explicarles los objetivos del estudio, las características del proceso y de enfatizar el carácter voluntario y confidencial de su participación, los participantes recibieron dos copias del consentimiento informado en donde encontraron por escrito todos los detalles del estudio. Quienes decidieron participar firmaron el consentimiento y contestaron los instrumentos. Debido a que en el estudio se incluyó la aplicación de una escala que mide sintomatología de salud mental (DASS-21), se indicó a los participantes que informaran su voluntad de ser contactados en caso de obtener un puntaje de riesgo en este instrumento, a través de contacto por medio de correo

electrónico. La aplicación tomó aproximadamente 40 minutos y fue compensada con tres dólares.

El protocolo de esta investigación fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad de La Frontera y, por tanto, cumple los principios éticos promulgados por la declaración de Helsinki.

### *Análisis de datos*

Se utilizó el software STATA versión 14.0. Luego de revisar la calidad de los datos, se llevó a cabo la detección de outliers multivariantes mediante el cálculo de distancias de Mahalanobis, a partir de lo cual de los 251 estudiantes que accedieron a participar, se eliminaron 11, quedando la muestra final constituida por 240 sujetos.

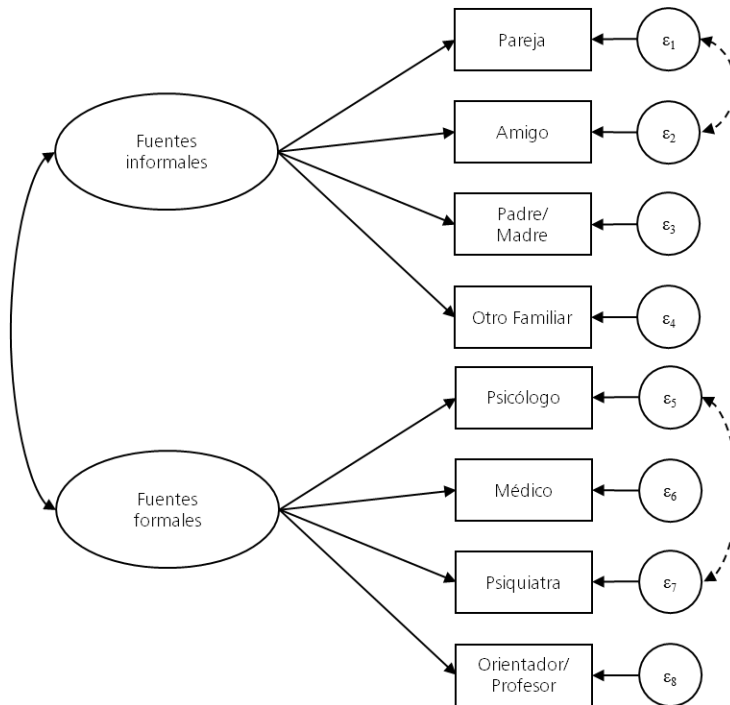
Tras esto, se realizó el análisis factorial confirmatorio (AFC) con el fin de analizar la estructura factorial del instrumento y su similitud con la estructura propuesta originalmente por Wilson *et al.* (2005). Para esto, se probó una estructura factorial de dos factores con una estimación de máxima verosimilitud, para cada uno de los seis problemas del instrumento (en adelante, subescalas). El primer factor denominado Fuentes informales se compone por las siguientes fuentes de ayuda: pareja, amigos, padre/madre y otro familiar, y el segundo factor llamado Fuentes formales está formado por las fuentes de ayuda: psicólogo, médico, psiquiatra y orientador o profesor. Además, se hipotetizó que ambos factores covarían entre sí, dado que la evidencia indica que ambos se relacionan dentro del proceso de búsqueda de ayuda en esta población (Rickwood *et al.*, 2005) (figura 1).

Luego se evaluó el ajuste de cada modelo y las saturaciones factoriales de los ítems. Dado que no se cumplió el supuesto de normalidad multivariada (prueba de Mardia), se utilizaron los siguientes indicadores de bondad de ajuste robustos (corrección de Satorra-Bentler): (a) chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) no significativo; (b) índice de ajuste comparativo (CFI) igual o mayor a 0,95; (c) índice de Tucker-Lewis (TLI) igual o mayor a 0,95; (d) raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA) igual o menor a 0,06; y (e) raíz cuadrada media residual estandarizada (SRMR) igual o menor a 0,08. Por último, se consideraron los índices de modificación (test del multiplicador de Lagrange), así como criterios teóricos para realizar re-especificaciones en los modelos que no mostraron un ajuste inicial aceptable. Para la evaluación de las saturaciones factoriales, se consideró un criterio de exclusión de ítems que presentaran una saturación menor a 0,30 (Kline, 2000).

Una vez determinada la estructura de cada subescala, se examinó la fiabilidad del instrumento por medio de un análisis de consistencia interna, a través del cálculo del coeficiente alfa de Cronbach. Finalmente, se procedió a realizar el análisis de validez convergente, a través del cálculo de coeficiente de correlación  $r$  de Pearson entre: (a) la calidad percibida de tratamiento psicológico anterior y la dimensión "fuente de ayuda formal" en cada subescala del instrumento, y (b) la subescala Depresión y ambas dimensiones (fuentes formales e informales) en cada subescala del instrumento.

**Figura 1**

Estructura de dos factores probada para cada subescala del instrumento. Las flechas punteadas representan las covarianzas entre los errores de medición de ítems que se agregaron a algunos de los modelos probados



## Resultados

### *Antecedentes clínicos de los participantes*

Se observó que un 42,1% de los estudiantes presentaba sintomatología depresiva, un 52,1% informó síntomas de estrés psicológico y un 41,7% presentó sintomatología ansiosa. Al analizar los porcentajes de comorbilidad entre los síntomas antes señalados, un 24,3% de los estudiantes presentaba los tres tipos de síntomas en paralelo, y un 18,1% presentaba dos. Por otra parte, un 40% estuvo en tratamiento psicológico anteriormente; de ellos, casi la mitad (47,9%) estuvo en tratamiento en solo una ocasión. En cuanto a la calidad percibida del tratamiento recibido, un 36,2% de los participantes indicó que el tratamiento lo ayudó de forma "regular", y un 33% "solo un poco". Al momento de responder el cuestionario, un 5,9% de los participantes se encontraba en un tratamiento psicológico, mientras que un 8,4% indicó que se encontraba consumiendo medicamentos para el manejo de algún problema psicológico (tabla 2).



**Tabla 2**  
Descripción de antecedentes clínicos de muestra

Variables	<i>n</i>	%
Sintomatología clínica		
Depresión	99	42,1
Ansiedad	98	41,7
Estrés	123	52,1
Comorbilidad		
Dos	41	18,1
Tres	55	24,3
Tratamiento anterior		
Sí	96	40
No	144	60
Oportunidades en tratamiento anterior		
Una	46	47,9
Dos	21	21,9
Más de dos	29	30,3
Calidad de tratamiento previo		
Nada	13	13,8
Un poco	31	33
Regular	34	36,2
Bastante	8	8,5
Mucho	8	8,5
En tratamiento psicológico		
Sí	14	5,9
No	225	94,1
En tratamiento farmacológico		
Sí	20	8,4
No	219	91,6

### *Estructura factorial*

Los resultados de los AFC realizados reflejan que en cinco de las seis subescalas que componen el instrumento se obtienen modelos ajustados y plausibles que hacen referencia a una estructura bifactorial de factores relacionados, tal como lo plantea la literatura. Cabe mencionar, que en cuatro modelos estimados (Ansiedad, Depresión, Ideación suicida y Psicosis) se agregaron correlaciones entre los errores de los ítems "Amigo" y "Pareja", dado que ambos comparten la cualidad de ser considerados como pares, y distintos a un familiar; y entre los ítems "Psicólogo" y "Psiquiatra", puesto que a menudo son considerados como profesionales que desarrollan labores similares (Patel *et al.*, 2018).

A continuación, se informan los resultados de la especificación y re-especificación de los modelos bifactoriales de acuerdo con cada subescala (tabla 3). También se presentan las saturaciones de cada ítem en cada subescala (tabla 4).

**ESTRÉS.** El modelo hipotetizado mostró un buen ajuste general. Los resultados reflejan la existencia de dos dimensiones de fuentes de búsqueda de ayuda correlacionadas entre sí de forma significativa ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,05$ ). El ítem Pareja tuvo

una saturación factorial relativamente baja (0,32), mientras que el resto de los ítems mostraron saturaciones factoriales superiores a 0,44.

**Tabla 3**  
Índices de bondad de ajuste de los modelos estimados para cada subescala

Subescalas	<i>n</i>	$\chi^2$ ( <i>gl</i> )	$\chi^2/$ ( <i>gl</i> )	CFI	TLI	RMSEA (IC 90%)	SRMR	$\Delta\chi^2$ ( $\Delta$ <i>gl</i> )
Estrés	235	33,48 (19)*	1,76	0,96	0,94	0,05 (0,03-0,09)	0,05	--
Ansiedad								
Modelo 1	232	66,32 (19)***	3,49	0,87	0,82	0,10 (0,08-0,14)	0,07	--
Modelo 2	232	50,69 (17)***	2,98	0,91	0,85	0,09 (0,07-0,12)	0,05	15,63 (5)
Depresión								
Modelo 1	235	43,12 (19)*	2,27	0,95	0,92	0,07 (0,05-0,11)	0,04	--
Modelo 2	235	30,74 (18)*	1,15	0,97	0,95	0,05 (0,03-0,09)	0,04	12,38 (1)
Ideación suicida								
Modelo 1	234	52,20 (19)***	2,75	0,95	0,93	0,08 (0,06-0,12)	0,04	--
Modelo 2	234	46,93 (18)***	2,61	0,96	0,93	0,08 (0,06-0,12)	0,04	5,21 (1)
Abuso de sustancias								
Modelo 1	234	42,12 (19)*	2,22	0,94	0,92	0,07 (0,05-0,11)	0,05	--
Modelo 2	234	17,23 (13)	1,33	0,99	0,98	0,03 (0,00-0,08)	0,03	24,89 (6)
Psicosis								
Modelo 1	235	72,96 (19)***	3,84	0,93	0,90	0,11 (0,09-0,14)	0,06	--
Modelo 2	235	51,29 (18)***	2,85	0,95	0,93	0,08 (0,06 - 0,12)	0,05	21,67 (1)

Notas: CFI= índice de ajuste comparativo. TLI= índice de Tucker-Lewis. RMSEA= raíz cuadrada media del error de aproximación. SRMR= raíz cuadrada media residual estandarizada. \* $p < 0,05$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

**ANSIEDAD.** El modelo hipotetizado no presentó buen ajuste inicial. Tras examinar los índices de modificación, se agregaron covarianzas entre los errores de los ítems "Psicólogo" y "Psiquiatra". Tras la re-especificación del modelo, no se obtuvo buen ajuste. Dados estos resultados, esta subescala fue excluida de los análisis posteriores (consistencia interna y validez convergente).

**DEPRESIÓN.** El modelo hipotetizado mostró indicadores de bondad de ajuste aceptables. De acuerdo con los índices de modificación, se agregó una covarianza entre los errores de los ítems "Psicólogo" y "Psiquiatra", con lo que el ajuste del modelo mejoró. Se retuvo el modelo final que da cuenta de las dos dimensiones de fuentes búsqueda de ayuda, con una correlación estadísticamente significativa y alta entre ambas ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,001$ ), y con saturaciones factoriales entre 0,47 y 0,78.

IDEACIÓN SUICIDA. El modelo hipotetizado no presentó buen ajuste. Tras agregar las covarianzas sugeridas por los índices de modificación entre los errores de los ítems "Psicólogo" y "Psiquiatra", se obtiene un ajuste aceptable del modelo. El modelo final da cuenta de la existencia de dos dimensiones de fuentes de búsqueda de ayuda altamente correlacionadas entre sí ( $r= 0,78$ ;  $p< 0,001$ ), mientras que las saturaciones factoriales de sus ítems variaron entre 0,61 y 0,78.

ABUSO DE SUSTANCIAS. El modelo hipotetizado evidenció un buen ajuste. Sin embargo, el ítem "Amigo" presentó una saturación factorial de 0,22. Tras esto, se probó un segundo modelo sin el ítem, el cual mostró un buen ajuste, con índices similares al primer modelo. Se retuvo el segundo modelo estimado, el cual refleja la existencia de las dos dimensiones de fuentes de búsqueda de ayuda correlacionadas entre sí de forma significativa ( $r= 0,58$ ;  $p< 0,001$ ), con una dimensión de Fuentes informales formada por los ítems Pareja, Padre o Madre y Otro familiar. Los ítems Pareja y Orientador o Profesor obtuvieron las saturaciones factoriales más bajas (0,37 y 0,53, respectivamente).

PSICOSIS. El modelo hipotetizado obtuvo un ajuste aceptable. De acuerdo con los índices de modificación, se agregó una covarianza entre los errores de los ítems "Pareja" y "Amigo", con lo que el ajuste del modelo mejoró. El modelo final da cuenta de la existencia de ambas dimensiones de fuentes de búsqueda de ayuda, las cuales correlacionan entre sí de forma estadísticamente significativa ( $r= 0,52$ ;  $p< 0,001$ ). El ítem Orientador o Profesor evidenció la menor saturación factorial (0,59), mientras que el resto de los ítems obtuvieron saturaciones entre 0,61 y 0,83.

**Tabla 4**  
Saturaciones factoriales de modelos retenidos en cada subescala

Subescala	Fuentes informales				Fuentes formales			
	Pareja	Amigo	Padre/ Madre	Otro Familiar	Psicólogo	Médico	Psiquiatra	Orientador/ Profesor
Estrés	0,32 (0,90)	0,44 (0,81)	0,73 (0,46)	0,52 (0,73)	0,80 (0,37)	0,71 (0,49)	0,86 (0,26)	0,62 (0,61)
Depresión	0,47 (0,77)	0,60 (0,64)	0,78 (0,39)	0,66 (0,57)	0,66 (0,56)	0,78 (0,39)	0,59 (0,65)	0,64 (0,59)
Ideación suicida	0,64 (0,59)	0,71 (0,49)	0,82 (0,33)	0,67 (0,55)	0,72 (0,48)	0,78 (0,39)	0,76 (0,43)	0,61 (0,63)
Abuso de sustancias	0,37 (0,86)	-	0,81 (0,34)	0,76 (0,42)	0,75 (0,44)	0,75 (0,43)	0,77 (0,41)	0,53 (0,72)
Psicosis	0,61 (0,63)	0,67 (0,55)	0,83 (0,31)	0,68 (0,54)	0,79 (0,38)	0,82 (0,34)	0,86 (0,26)	0,59 (0,65)

Nota: entre paréntesis el error de estimación de cada carga factorial.

### Fiabilidad

El análisis de fiabilidad reveló que las dimensiones de cada subescala presentaron valores de alfa de Cronbach que van desde 0,56, el más bajo, correspondiente a la dimensión "Informal" de Estrés, hasta 0,84, el más alto, correspondiente a la dimensión "Formal" de Psicosis. Por tanto, la consistencia interna de las subescalas varió entre los niveles bajo y adecuado. De forma general,

se observa que en todas las subescalas los valores de alfa para la dimensión Formal fueron mayores que aquellos de la dimensión Informal (tabla 5).

**Tabla 5**  
Consistencia interna por dimensión de cada subescala

Subescalas	Alfa de Cronbach	
	Informal	Formal
Estrés	0,56	0,83
Depresión	0,72	0,78
Ideación suicida	0,80	0,81
Abuso de sustancias	0,67	0,79
Psicosis	0,80	0,84

### Validez convergente

Los análisis de correlación de Pearson revelaron que la calidad percibida del tratamiento anterior correlacionó de forma positiva y estadísticamente significativa con la dimensión "Fuentes formales" de todas las subescalas excepto en la subescala Psicosis. En todos los casos la magnitud de las correlaciones fue débil, con valores de  $r$  entre 0,23 y 0,35. Por otro lado, la variable Depresión correlacionó de forma negativa y significativa con la dimensión "Fuentes informales" en todas las subescalas excepto con la subescala Psicosis, y con la dimensión "Fuentes formales" de la subescala Abuso de sustancias. En todos los casos la magnitud de las correlaciones fue débil, con valores de  $r$  entre 0,14 y 0,20 (tabla 6).

**Tabla 6**  
Correlaciones entre dimensiones y variables de validez convergente

	Calidad percibida de tratamiento psicológico anterior ( $M= 2,65$ ; $DT= 1,09$ )		Sintomatología depresiva ( $M= 5,89$ ; $DT= 4,91$ )	
	$r$	$n$	$r$	$n$
Estrés				
Fuentes informales	--	--	-0,14*	235
Fuentes formales	0,26*	93	-0,12	233
Depresión				
Fuentes informales	--	--	-0,20**	232
Fuentes formales	0,30**	94	-0,11	234
Ideación suicida				
Fuentes informales	--	--	-0,17**	233
Fuentes formales	0,23*	93	-0,14*	233
Abuso de sustancias				
Fuentes informales	--	--	-0,14*	233
Fuentes formales	0,35**	94	-0,16*	235
Psicosis				
Fuentes informales	--	--	-0,07	234
Fuentes formales	0,13	94	-0,05	234

Notas: no se hipotizaron las correlaciones entre la calidad percibida del tratamiento anterior y la dimensión fuentes informales, pues no hay pruebas que sugieran que existe esta relación. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

*Niveles de búsqueda de ayuda general de los participantes*

A continuación, se presentan hallazgos adicionales respecto de resultados obtenidos en la escala validada por la presente muestra. Se incluyen los promedios en ambas dimensiones de cada subescala, resultados a preguntas de alfabetización en salud mental y necesidad de ayuda percibida, las cuales son ítems adicionales del GHSQ-V que no tributan a la medición de la intención de búsqueda de ayuda, pero que entregan información complementaria.

Las respuestas a las preguntas de alfabetización en salud mental de cada subescala del instrumento fueron analizadas cualitativamente y luego categorizadas según el nivel de conocimiento que reflejaban sobre cada trastorno presentado en las viñetas. Se generaron tres niveles de alfabetización: "alto", cuando se reconocía correctamente el trastorno (p. ej., "ansiedad"); "medio", cuando se describía un trastorno, síntoma o situación relacionada al trastorno (p. ej., "crisis de pánico" en la subescala Ansiedad); y "bajo", cuando se respondía erróneamente (p. ej., "depresión" en la subescala Ansiedad) o cuando no había respuesta. Además, se analizaron las frecuencias de las respuestas a la pregunta sobre necesidad de ayuda percibida, las cuales indican si el participante considera o no que lo descrito en la viñeta representa un problema que requiere de ayuda.

Se observaron promedios mayores en las fuentes informales de ayuda de la mayoría de las subescalas, con promedios cercanos a 3 (nivel medio de intención de búsqueda de ayuda). En cuanto a la alfabetización, se observa que el trastorno mayormente reconocido por los participantes fue Depresión, seguido de Estrés y Abuso de sustancias. Por el contrario, Psicosis fue un trastorno escasamente reconocido, mientras que Ansiedad e Ideación suicida reflejaron niveles medios de alfabetización. Finalmente, con relación a la necesidad de ayuda percibida se observa que, para todas las subescalas, la mayoría de los estudiantes considera que las personas descritas en las viñetas necesitarían ayuda. En el caso de la subescala Estrés se evidenció el mayor porcentaje de participantes que señaló que la persona no necesitaría ayuda (10,9%). Por el contrario, en el caso de Psicosis e Ideación suicida, se produce un acuerdo total en torno a la necesidad de ayuda (tabla 7).

**Tabla 7**

Niveles de búsqueda de ayuda, alfabetización en salud mental y necesidad percibida de ayuda

	Nivel de búsqueda de ayuda <i>M (DT)</i>		Nivel de alfabetización en salud mental (%)			Necesidad de ayuda percibida (%)	
	Fuentes informales	Fuentes formales	Alto	Medio	Bajo	Sí	No
Estrés	3,17 (0,89)	1,71 (0,84)	58,8	25,8	15,4	89,1	10,9
Ansiedad	-	-	30,0	37,5	32,5	94,5	5,5
Depresión	3,23 (1,06)	2,23 (1,04)	73,3	7,5	19,2	99,2	0,8
Ideación suicida	3,20 (1,21)	2,52 (1,18)	28,8	50,5	21,3	100	
Abuso de sustancias	2,98 (1,10)	2,12 (0,99)	58,8	3,8	37,5	96,2	3,8
Psicosis	3,27 (1,21)	2,64 (1,25)	19,2	14,2	66,7	100	

## Discusión

Los hallazgos relativos a la estructura del instrumento demuestran que cinco de las seis subescalas presentaron un buen ajuste general a los datos, con índices de bondad de ajuste cercanos a los parámetros esperados, reflejando la presencia de dos dimensiones de búsqueda de ayuda ante problemas de salud mental: la dimensión de Fuentes informales, que comprende las fuentes de ayuda Pareja, Amigo, Padre o Madre y Otro familiar; y la dimensión de Fuentes formales, que comprende las fuentes de ayuda Psicólogo, Médico, Psiquiatra y Orientador o Profesor. Esto es consistente con lo propuesto por los autores del instrumento (Wilson *et al.*, 2005), así como también con su validación chilena en adolescentes (Olivari y Guzmán-González, 2017).

Por el contrario, la subescala Ansiedad fue la única que no mostró un buen ajuste a los datos, lo que significa que -en la presente muestra- la búsqueda de ayuda por este problema de salud mental no tiene la estructura bidimensional hipotetizada. Esto podría estar relacionado con la forma en que se plantea el problema en la viñeta, donde se presentan varios síntomas físicos asociados a la ansiedad (manos temblorosas, sequedad de boca y dificultades para respirar), lo cual podría influir en que sea percibido incorrectamente como un problema de salud física. En efecto, solo el 29% de los participantes logró reconocer y nombrar correctamente el trastorno; además, los participantes mostraron una mayor intención de buscar ayuda de un médico ( $M= 2,56$ ) que de otras fuentes de ayuda formal. Se sugiere que en futuras investigaciones se modifique el ítem para que refleje de mejor forma el trastorno al que alude y que -en tanto no se pruebe el ítem modificado- la interpretación de esta subescala con muestras similares sea cautelosa, excluyendo del análisis la interpretación de su puntuación. Favorablemente, la estructura de este instrumento permite su utilización independiente de la cantidad de subescalas que se incorporen. De hecho, la versión original cuenta con dos viñetas y los autores sugieren adaptarlas según la población en la que se aplicará. Dado que la ansiedad tiene una alta prevalencia en población universitaria chilena (Antúnez y Vinet, 2013; Micin y Bagladi, 2011), se hace necesario mejorar el ítem para su futura utilización.

Por otra parte, en la subescala Abuso de sustancias, el ítem Amigo presentó una saturación factorial menor al criterio establecido, lo que avaló que se eliminara del modelo estimado. Esto apunta a que, probablemente, esta fuente de ayuda no contribuiría a comprender la existencia de la dimensión de fuentes de ayuda informal frente a este problema de salud mental. Esto se podría atribuir a que durante la etapa universitaria el consumo de sustancias es una conducta ampliamente normalizada, que suele llevarse a cabo en contextos sociales y en compañía de amigos (Riquelme *et al.*, 2012), siendo además una acción asociada a la integración a grupos sociales y a la conformación de una identidad social (Dingle *et al.*, 2015). Es por esto que, al verse enfrentados a una situación de consumo problemático, los amigos podrían no ser considerados como una fuente de ayuda equivalente a otras fuentes informales. Debido a esto, se sugiere que el ítem sea excluido de las interpretaciones de esta subescala en muestras similares a las de este estudio. Este hallazgo apunta a la necesidad de profundizar en el rol que cumplen los amigos en

el proceso de búsqueda de ayuda ante el abuso de sustancias en universitarios, pues es un problema en el que se ha encontrado una alta prevalencia, pero bajos niveles de búsqueda de ayuda general (Baader *et al.*, 2014; Caldeira *et al.*, 2009).

A excepción de la subescala Ansiedad anteriormente mencionada, el resto de las subescalas mostraron la estructura esperada, con indicadores de consistencia interna aceptables para ambas dimensiones. Respecto de esto último, se observó que la dimensión Informal exhibió -en general- menores niveles de consistencia interna que la dimensión Formal, lo que sería coherente con la naturaleza de la dimensión, donde la disponibilidad de las fuentes informales dependería de la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales con las que cuenta la persona (Griffiths *et al.*, 2011).

Por otra parte, se observaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre las dimensiones de búsqueda de ayuda Formal e Informal en todas las subescalas del instrumento. Esta correlación tuvo un mayor tamaño del efecto en el caso de Depresión e Ideación suicida, ambas problemáticas altamente prevalentes en población universitaria chilena (Baader *et al.*, 2014; Micin y Bagladi, 2011; Rossi *et al.*, 2019). La relación entre estas dimensiones sugiere que en la medida que exista mayor intención de búsqueda de ayuda en un tipo de fuentes, también se evidenciaría una mayor intención en las otras, lo cual es importante si se considera que la búsqueda de ayuda ocurre como un proceso que suele comenzar con el acercamiento a las fuentes informales (Rickwood *et al.*, 2007), las que representan un importante facilitador en el proceso de búsqueda de ayuda formal. Esto pone de manifiesto la necesidad de conocer cómo las intervenciones pueden promover una mayor búsqueda de ayuda en fuentes informales, especialmente en el contexto local, donde se ha identificado el rol protector de la familia y los amigos ante los problemas de salud mental en universitarios (Barrera-Herrera *et al.*, 2019).

Respecto de la validez convergente del instrumento, se observó que, en el caso de la calidad percibida de tratamientos anteriores, esta correlacionó positivamente con la intención de búsqueda en casi todas las subescalas, lo cual es consistente con hallazgos anteriores que indican que la experiencia previas en psicoterapia calificadas como positivas por los pacientes serían un facilitador de la búsqueda de ayuda (Gulliver *et al.*, 2010), y por tanto, pone de relevancia su valor como predictor. Por otra parte, y de forma consistente con estudios internacionales (Wilson *et al.*, 2007; Zochil y Thorsteinsson, 2018), la sintomatología depresiva correlacionó de forma significativa con la mayoría de las subescalas en la dimensión Fuentes informales de ayuda, lo que implicaría que en la medida que se experimentan en mayor medida síntomas depresivos habría una menor probabilidad de buscar ayuda en fuentes tales como amigos, familiares, pareja. Esta asociación no se evidencia en el caso de las fuentes de ayuda formales (a excepción de la subescala Abuso de sustancias).

Si bien los anteriores resultados deben ser interpretados con cautela, dado que el instrumento utilizado en este estudio (DASS-21) es una escala de tamizaje que no permite graduar la severidad de la sintomatología, en primera instancia podría considerarse que quienes presentaron estos síntomas sí estarían movilizando sus recursos para obtener soporte de personas significativas de su círculo cercano. Adicionalmente, los datos muestran que la experimentación de sintomatología

depresiva en esta muestra no representaría un obstaculizador (ni un facilitador) de la búsqueda de ayuda en fuentes formales, sin embargo, se debe considerar que la literatura sí establece que el buscar ayuda en fuentes informales es un precursor de la búsqueda de ayuda formal (Rickwood *et al.*, 2005). Dados estos resultados, es importante continuar considerando el rol de la sintomatología depresiva, con instrumentos diagnósticos.

Considerando los resultados antes mencionados, sería recomendable seguir explorando la validez convergente del instrumento, incorporando al análisis otras variables pertinentes, como el apoyo social percibido (Barker *et al.*, 2005) o las actitudes hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional (Vogel *et al.*, 2005).

Al considerar el análisis por subescalas del instrumento, se observó cierta variabilidad en sus propiedades psicométricas, lo que es esperable considerando la complejidad en la medición del constructo, el cual se ve influido por múltiples factores, tales como la naturaleza del problema por el cual se pide ayuda, el tipo de fuente de ayuda al que se dirige, el nivel de alfabetización en salud mental de la persona, la percepción de necesidad de ayuda ante ese problema, entre otros. Sumado a esto, en la población universitaria local se ha encontrado que las creencias culturales que se tienen respecto de los tratamientos y las expectativas sobre ellos impactan la intención de buscar ayuda (Salinas-Oñate *et al.*, 2018).

De acuerdo con lo anterior, el presente instrumento considera distintas fuentes de ayuda, ante problemas diversos como estrés, ideación suicida, o psicosis, lo que puede redundar en respuestas diversas frente a cada pregunta. Además, esto condiciona la medición a los problemas que se incluyen en el cuestionario, dejando fuera otros potenciales motivos de búsqueda de ayuda. Debido a esto, es necesario que se continúe explorando las propiedades psicométricas del instrumento, considerando otros problemas que sean significativos para la población universitaria y que tengan relevancia clínica, como, por ejemplo, problemas familiares, académicos o de pareja.

Esta investigación posee limitaciones y ventajas. En cuanto a sus limitaciones, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual no permite la generalización de sus resultados, haciendo alusión a una parte específica de la población universitaria: estudiantes de segundo año de dos universidades de la Región de La Araucanía, Chile. Pese a ello, es importante considerar que la composición de la muestra resulta ser consistente con las características de la población local, donde las personas pertenecientes a la etnia mapuche representan un 32,8% de la población general (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018). Asimismo, la composición de la muestra según zona de procedencia es similar a la de la región, donde las proporciones de población urbana y rural son 70,9% y 29,1%, respectivamente (INE, 2018). Futuras investigaciones deberían aumentar el tamaño muestral y considerar muestreos probabilísticos con el objetivo de evaluar la generalización de la estructura informada en el presente estudio. Otra limitación, es que pese a que se adaptó el lenguaje de los ítems para hacerlo más acorde a la población universitaria, no se incorporó una etapa “de abajo hacia arriba” que permitiera explorar características particulares de esta población en torno al constructo evaluado, por lo que se sugiere que futuras investigaciones puedan explorar otras fuentes de ayuda relevantes y disponibles para los universitarios en el



contexto local, así como también de los problemas que los llevarían a buscar ayuda en estas fuentes para ser incorporados al instrumento. Finalmente, pese a que en el presente estudio no se detectaron anomalías en el proceso de respuesta al instrumento (tiempos de respuesta inusuales o puntajes extremos), se sugiere futuros estudios evalúen la validez de los procesos de respuesta a través de técnicas como la entrevista cognitiva o indagar la presencia de sesgos de respuesta (p. ej.: aquiescencia).

Respecto a sus ventajas, es un estudio pionero a nivel local, que se hace cargo de la medición pertinente de un constructo relevante para un segmento de la población universitaria en un contexto con indicadores preocupantes de salud mental (Ministerio de Salud, 2018). Además, es robusto respecto de los análisis estadísticos utilizados, cuyos resultados representan un aporte, tanto para el desarrollo psicométrico del instrumento (y, por tanto, a la evaluación del constructo), como para la comprensión teórica de la búsqueda de ayuda general en este segmento de la población. De esta manera, se da respuesta a la necesidad de realizar estudios que evalúen las propiedades psicométricas de los instrumentos antes de ser usados en contextos diferentes a los que fueron concebidos (p. ej.: Jauregui *et al.*, 2016; Rodríguez-Menchon *et al.*, 2020).

Los resultados de este estudio permiten afirmar que el GHSQ-V es un instrumento apropiado para la medir la intención de búsqueda de ayuda hacia fuentes formales e informales en estudiantes universitarios chilenos, lo que se evidencia en el análisis de su validez factorial y convergente, y su adecuado nivel de fiabilidad. Por otra parte, la capacidad de especificar problemas y fuentes de ayuda para la población con la que se trabaja permite obtener una medición altamente detallada de las intenciones de búsqueda de ayuda, lo que es especialmente relevante para la población universitaria, donde los niveles de búsqueda de ayuda dependen del problema que la motiva.

Una medición robusta y adaptada al contexto local de la búsqueda de ayuda en estudiantes universitarios permite una mejor comprensión de un proceso altamente relevante para el tratamiento de los problemas de salud mental en esta sección de la población.

## Referencias

- Aceijas, C., Waldhäusl, S., Lambert, N., Cassar, S. y Bello-Corassa, R. (2017). Determinants of health-related lifestyles among university students. *Perspectives in Public Health*, 137(4), 227-236. doi: 10.1177/1757913916666875
- Adimark. (2000). *El nivel socioeconómico ESOMAR*. Manual de aplicación. Santiago, Chile: Adimark.
- Antúñez, Z. y Vinet, E. V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49-55. doi: 10.4067/S0718-48082012000300005
- Antúñez, Z. y Vinet, E. V. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista Médica de Chile*, 141(2), 209-216. doi: 10.4067/S0034-98872013000200010
- Arnett, J. J. (2015). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* (2ª ed.). Nueva York, NY: Oxford University Press.

- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Benjet, C., Caldas-de-Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Florescu, S., ... Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 46(14), 2955-2970. doi: 10.1017/S0033291716001665
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., y WHO WMH-ICS Collaborators (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623-638. doi: 10.1037/abn0000362
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., Venezian, S., y Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(3), 167-176. doi: 10.4067/S0717-92272014000300004
- Barker, G., Olukoya, A. y Aggleton, P. (2005). Young people, social support and help-seeking. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17(4), 315-335. doi: 10.1515/IJAMH.2005.17.4.315
- Barrera-Herrera, A., Neira-Cofré, M., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P. y Escobar, B. (2019). Perceived social support and socio-demographic factors in relation to symptoms of anxiety, depression and stress in Chilean university students. *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica*, 24(2), 105-115. doi: 10.5944/rppc.23676
- Barrera-Herrera, A. y Vinet, E. V. (2017). Adulthood emergent and cultural characteristics of the stage in Chilean university students. *Terapia Psicológica*, 35(1), 47-56. doi: 10.4067/s0718-48082017000100005
- Caldeira, K. M., Kasperski, S. J., Sharma, E., Vincent, K. B., O'Grady, K. E., Wish, E. D. y Arria, A. M. (2009). College students rarely seek help despite serious substance use problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(4), 368-378. doi: 10.1016/j.jsat.2009.04.005
- Chew-Graham, C. A., Rogers, A. y Yassin, N. (2003). 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Medical Education*, 37(10), 873-880. doi: 10.1046/j.1365-2923.2003.01627.x
- Conley, C., Shapiro, J., Kirsch, A. y Durlak, J. (2017). A meta-analysis of indicated mental health prevention programs for at-risk higher education students. *Journal of Counseling Psychology*, 64, 121-140. doi: 10.1037/cou0000190
- Curtis, C. (2010). Youth perceptions of suicide and help-seeking: "they'd think i was weak or 'mental'". *Journal of Youth Studies*, 13(6), 699-715. doi: 10.1080/13676261003801747
- Dingle, G. A., Cruwys, T. y Frings, D. (2015). Social Identities as Pathways into and out of Addiction. *Frontiers in Psychology*, 6, 1795. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01795
- Downs, M. F. y Eisenberg, D. (2012). Help Seeking and Treatment Use Among Suicidal College Students. *Journal of American College Health*, 60(2), 104-114. doi: 10.1080/07448481.2011.619611
- Eisenberg, D., Hunt, J. y Speer, N. (2012). Help seeking for mental health on college campuses: Review of evidence and next steps for research and practice. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(4), 222-232. doi: 10.3109/10673229.2012.712839
- Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N. y Zivin, K. (2011). Mental health service utilization among college students in the United States. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5), 301-308. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182175123
- ELSOC-COES. (2018). *Radiografía del cambio social: Análisis de Resultados Longitudinal Social*

- de Chile ELSOC 2016-2018. Presentación de Resultados COES. Septiembre, Santiago de Chile.
- Gómez, A., Núñez, C., Caballo, V. E., Agudelo, M. P. y Grisales, A. M. (2019). Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(3), 391-413.
- Griffiths, K. M., Crisp, D. A., Barney, L. y Reid, R. (2011). Seeking help for depression from family and friends: A qualitative analysis of perceived advantages and disadvantages. *BMC Psychiatry*, 11. doi: 10.1186/1471-244X-11-196
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. y Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113. doi: 10.1186/1471-244X-10-113
- Instituto Nacional de Estadísticas (2018). *Síntesis de resultados Censo 2017*. Santiago: INE.
- Instituto Nacional de la Juventud (2019). *9ª Encuesta Nacional de Juventud 2018*. Santiago: INJUV.
- Jauregui, P., Herrero-Fernandez, D. y Estevez, A. (2016). Factorial structure of the Coping Strategies Inventory and its relationship with emotion regulation, anxiety and depression. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24(2), 319-340.
- Kline, P. (2000). *Handbook of Psychological Testing* (2ª ed.). Londres: Routledge.
- Lovibond, S. H. y Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2ª ed.). Sydney: Psychology Foundation.
- Micin, S. y Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29(1), 53-64. doi: 10.4067/s0718-48082011000100006
- Ministerio de Salud (2018). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Segunda entrega de resultados*. Santiago: MINSAL.
- Olivari, C. y Guzmán-González, M. (2017). Validación del cuestionario general de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(3), 324-331. doi: 10.4067/S0370-41062017000300003
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en Salud Mental*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42897>
- Patel, K., Caddy, C. y Tracy, D. K. (2018). Who do they think we are? Public perceptions of psychiatrists and psychologists. *Advances in Mental Health*, 16(1), 65-76. doi: 10.1080/18387357.2017.1404433
- Rickwood, D., Deane, F. P. y Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187(7), 35-39. doi: 10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J. y Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218-251. doi: 10.5172/jamh.4.3.218
- Rickwood, D. y Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 173-183. doi: 10.2147/PRBM.S38707
- Riquelme, G., Simich, L., Strike, C., Brands, B., Girsbrecht, N. y Khenti, A. (2012). Características del policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de pregrado de carreras de ciencias de la salud de una universidad, Santiago - Chile. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(Esp), 34-40. doi: 10.1590/S0104-07072012000500004
- Rodríguez-Menchon, M., Espada, J. P., Morales, A. y Orgiles, M. (2020). Psychometric properties of the Family Allocentrism-Idiocentrism Scale with Spanish adolescents. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 28(1), 59-72.
- Rodríguez, J., Kohn, R. y Aguilar, S. (2012). *Epidemiología de los trastornos mentales en*

- América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Rossi, J. L., Jiménez, J. P., Barros, P., Assar, R., Jaramillo, K., Herrera, L., Quevedo, Y., Botto, A., Leighton, C., y Martínez, F. (2019). Sintomatología depresiva y bienestar psicológico en estudiantes universitarios chilenos. *Revista Médica de Chile*, 147(5), 579-588. doi: 10.4067/s0034-98872019000500579
- Salinas-Oñate, N., Baeza-Rivera, M. J., Escobar, B., Coloma, J. y Carreño, M. (2018). Predictores culturales y psicológicos de la búsqueda de ayuda psicológica en estudiantes universitarios. *Cultura-hombre-sociedad*, 28(1), 79-101. doi: 10.7770/0719-2789.2018.cuhso.01.a03
- Schulenberg, J. E., Sameroff, A. J. y Cicchetti, D. (2004). The transition to adulthood as a critical juncture in the course of psychopathology and mental health. *Development and Psychopathology*, 16(04), 799-806. doi: 10.1017/S0954579404040015
- Soorkia, R., Snelgar, R. y Swami, V. (2011). Factors influencing attitudes towards seeking professional psychological help among South Asian students in Britain. *Mental Health, Religion and Culture*, 14(6), 613-623. doi: 10.1080/13674676.2010.494176
- Vicente, B., Saldivia, S. y Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica*, 22(1), 51-61. doi: 10.4067/s1726-569x2016000100006
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Wei, M. y Boysen, G. A. (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 459-470. doi: 10.1037/0022-0167.52.4.459
- White, M. M., Clough, B. A. y Casey, L. M. (2018). What do help-seeking measures assess? Building a conceptualization framework for help-seeking intentions through a systematic review of measure content. *Clinical Psychology Review*, 59, 61-77. doi: 10.1016/j.cpr.2017.11.001
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J. y Rickwood, D. (2005). Measuring help seeking intentions: Properties of the General Help Seeking Questionnaire. *Canadian Journal of Counselling*, 39(1), 15-28.
- Wilson, C. J., Rickwood, D., Bushnell, J. A., Caputi, P. y Thomas, S. J. (2011). The effects of need for autonomy and preference for seeking help from informal sources on emerging adults' intentions to access mental health services for common mental disorders and suicidal thoughts. *Advances in Mental Health*, 10(1), 29-38. doi: 10.5172/jamh.2011.10.1.29
- Wilson, C. J., Rickwood, D. y Deane, F. P. (2007). Depressive symptoms and help-seeking intentions in young people. *Clinical Psychologist*, 11(3), 98-107. doi: 10.1080/13284200701870954
- Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E. y Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 180-185. doi: 10.1016/j.jad.2009.01.001
- Zochil, M. L. y Thorsteinsson, E. B. (2018). Exploring poor sleep, mental health, and help-seeking intention in university students. *Australian Journal of Psychology*, 70(1), 41-47. doi: 10.1111/ajpy.12160

RECIBIDO: 28 de septiembre de 2020

ACEPTADO: 27 de julio de 2021