

Validación del cuestionario general de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes

Validation of the general help-seeking questionnaire for mental health problems in adolescents

Cecilia Olivari^a, Mónica Guzmán-González^b

^aDepartamento de Psicología. Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

^bEscuela de Psicología. Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile

Recibido el 18 de marzo de 2016; aceptado el 22 de agosto de 2016

Resumen

La conducta de búsqueda de ayuda en los jóvenes es un factor protector, fundamental para su salud mental, bienestar y desarrollo. Sin embargo, un número de ellos no busca ayuda profesional, a pesar de necesitarla. En este contexto, es relevante estudiar la conducta de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en población adolescente. **Objetivo:** Adaptar y validar en adolescentes chilenos el cuestionario general de búsqueda de ayuda para temas de salud mental. **Sujetos y Método:** Estudio transversal y correlacional de una muestra no probabilística de 793 adolescentes estudiantes, entre 14 y 19 años, de la ciudad de Talca (Chile). En ellos se aplicó un Cuestionario General de Búsqueda de Ayuda versión viñeta (GHSQ-V) previa adaptación transcultural y validación de criterio. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva, prueba no paramétrica de Mann-Whitney y análisis factorial exploratorio. **Resultados:** Un análisis exploratorio, identificó 2 factores respecto a las fuentes de ayuda disponibles: 1° fuentes informales, 2° fuentes formales. Se calculó la confiabilidad separadamente para cada uno de los problemas de salud, obteniéndose valores alfa que oscilaron entre 0,87 y 0,75. Además, la escala presentó asociación significativa con las variables auto eficacia y depresión en las direcciones hipotetizadas. Por último, se identificaron diferencias significativas en la disposición a buscar ayuda según el nivel de alfabetización en temas de salud mental de los adolescentes, para todos los temas de salud mental presentados, excepto el suicidio. **Conclusión:** El GHSQ-V adaptado en población adolescente y juvenil chilena es un instrumento que posee adecuadas propiedades psicométricas para medir la disposición a buscar ayuda para temas de salud mental en nuestro medio sociocultural.

Palabras clave:

Conducta de búsqueda de ayuda,
Salud Mental,
Adolescentes.

Abstract

Help-seeking behavior is a protective factor in young people, essential for their mental health, well-being and development. However, some adolescents do not seek professional help when they need to. In this context, it is relevant to study the help-seeking behavior for mental health problems in adolescent population. **Objective:** To adapt and validate the general help-seeking questionnaire for mental health problems in Chilean adolescents. **Subjects and Method:** Cross-sectional and correlational study of a non-random sample of 793 adolescent students, between 14 and 19 years old, from the city of Talca (Chile). The general help-seeking questionnaire, vignette version, (GHSQ-V) was administered after a transcultural adaptation and criterion validation. Descriptive statistics, exploratory factor analysis and non-parametric Mann-Whitney U test were used for analysis. **Results:** An exploratory analysis identified two factors regarding available sources of help: 1) informal sources; 2) formal sources. Reliability was calculated separately for each of the health problems, resulting alpha values ranging from 0.87 to 0.75. In addition, the scale showed significant association with the variables self-efficacy and depression in the hypothesized directions. Finally, significant differences were identified in the willingness to seek help by adolescent's level of mental health literacy, for all mental health issues presented, except suicide. **Conclusion:** The adaptation of the GHSQ-V for Chilean adolescent and youth population is a valid and reliable instrument to measure willingness to seek help for mental health problems in our socio-cultural environment.

Keywords:

Help-Seeking Behavior, Mental Health, Adolescents.

Introducción

La conducta de búsqueda de ayuda en los jóvenes es fundamental para su salud mental y bienestar, siendo considerada un factor protector en el ámbito de la salud y desarrollo de los adolescentes¹, pues una oportuna búsqueda y atención para problemas de salud mental, podrán disminuir consecuencias nocivas para ellos¹⁻³. No obstante, un gran número de adolescentes y jóvenes no busca ayuda profesional, a pesar que tienen la necesidad de recibir ayuda^{4,5}. En este contexto, cobra gran relevancia estudiar la conducta de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en población adolescente.

La búsqueda de ayuda, puede definirse 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 estresante⁵. Es una forma de afrontamiento, basada sobre relaciones sociales y habilidades interpersonales⁶. Es una habilidad aprendida, que es adaptativa y está relacionada al bienestar psicológico⁷. 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)¹.

En una revisión reciente⁸, se constató que una de las medidas más utilizadas para el estudio del tema de búsqueda de ayuda, es The general help-seeking questionnaire (Cuestionario General de Búsqueda de ayuda, GHSQ)⁹. Este instrumento, además de evaluar la intención a buscar ayuda desde profesionales, permite evaluar la intención a buscar ayuda desde fuentes in-

formales. Esto es relevante, ya que las fuentes informales serían las preferidas por los adolescentes cuando se enfrentan a un problema de salud mental⁹⁻¹², por lo que es de interés tener una medida que incluya ambos tipos de fuentes de ayuda. El GHSQ^{6,9}, es un instrumento usado para identificar las figuras de apoyo preferidas por los participantes, y su intención hacia la búsqueda de ayuda.

Existen distintas versiones de este cuestionario. La versión original, evalúa la intención de buscar ayuda para problemas de suicidio, y para problemas emocionales de tipo general. El estudio de las propiedades psicométricas de este cuestionario, ha evidenciado que la medida de intención de búsqueda de ayuda, se relaciona con la búsqueda de ayuda actual, medida durante el último mes, y predice la intención futura de búsqueda de ayuda⁹. Además posee adecuados niveles de confiabilidad⁹. Este cuestionario, es una de las medidas más utilizada internacionalmente para la investigación en el tema de búsqueda de ayuda^{11,13,14}.

En el presente estudio, considerando que una de las dimensiones de la búsqueda de ayuda es el tipo de problema que presenta el joven⁸, se adaptará la última versión de este cuestionario denominada versión viñeta (GHSQ-V,¹⁵), que plantea seis problemas específicos de salud mental y uno de salud física para evaluar la búsqueda de ayuda. Una de las ventajas de este instrumento es que usa un formato de matriz, que permite modificar las fuentes de ayuda y los tipos de problema, según requerimientos de la población estudiada⁹.

En base a lo anterior, el objetivo del presente estudio fue adaptar transculturalmente la versión en inglés del GHSQ-V y estudiar sus propiedades psicométricas,

para contar con un instrumento válido y confiable en nuestro medio y en habla hispana, que permita seguir avanzando en el estudio de la conducta de buscar ayuda para temas de salud mental en población adolescente y juvenil.

Sujetos y Método

Se efectuó una investigación no experimental, transversal y correlacional.

Participantes

Se realizó el estudio con una muestra no probabilística. Los participantes fueron 793 jóvenes entre 14 y 19 años, media: 17,03 años ($DE = 1,72$). La muestra estuvo constituida por 499 mujeres (63,2%) y 291 hombres (36,8%), hubo 3 participantes que omitieron la información. Del total de participantes, 417 (52,6%) correspondieron a estudiantes de enseñanza media y 376 (47,4%) a estudiantes universitarios de primer año de la comuna de Talca.

Procedimiento

En una primera etapa se realizó la adaptación transcultural del cuestionario, siguiendo las recomendaciones propuestas por Hambleton, Merenda y Spielberger¹⁶, para lo cual se siguieron los siguientes pasos: 1) Obtención de autorización, de la autora original, para llevar a cabo la adaptación y validación del cuestionario; 2) Traducción del texto original (del inglés al español) por 2 personas bilingües del área de la psicología y salud mental, y que trabajaron de manera independiente; 3) Retro traducción; 4) Sometimiento a jueces expertos, para evaluar nivel de comprensión de ítems y redacción de estos. Luego de obtener esta versión revisada por jueces expertos, se aplicó por medio de entrevistas cognitivas a una muestra de 20 adolescentes, tanto de enseñanza media como universitarios, y luego se aplicó de manera grupal a una muestra piloto de 60 estudiantes de enseñanza media, a fin de advertir posibles problemas de comprensión de los ítems y pertinencia de las fuentes de ayuda. A partir de este pilotaje, y considerando las recomendaciones de la autora del cuestionario, de verificar la pertinencia cultural de las fuentes de ayuda, se eliminaron 2 ítems que no se ajustaban a la realidad sociocultural de los adolescentes. Por consiguiente, el cuestionario aquí adaptado, no incluye los ítems de "ayuda telefónica", ni de "religioso" como fuente de ayuda. Estos ítems, habían sido reportados en otros estudios, como siendo excluidos por los jóvenes¹¹. En su lugar, se incorpora la fuente de "orientador o profesor de mi establecimiento educacional". En una segunda etapa, se procedió al reclutamiento de participantes en establecimientos de

enseñanza media y distintas carreras de una universidad de la comuna de Talca. Se solicitaron los respectivos consentimientos y asentimientos. La aplicación de los cuestionarios se realizó de manera colectiva en la sala de clases. Este estudio, fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Católica del Maule.

Instrumentos

Además de un cuestionario socio demográfico, que incluyó edad, género, nivel que cursa, establecimiento educacional, y del cuestionario general de búsqueda de ayuda a adaptar, se aplicaron los cuestionarios de autoeficacia general y sintomatología depresiva. Estos dos últimos, a fin de poder evaluar la validez de criterio del instrumento a validar. Así, se esperaría que autoeficacia se relacione de manera directa con la disposición a la búsqueda de ayuda, y que sintomatología depresiva se relacione de manera inversa con la disposición a buscar ayuda.

1. Cuestionario General de Búsqueda de ayuda, versión viñeta (GHSQ-V,¹⁵)

Solicita a los participantes evaluar la probabilidad en que ellos buscarían ayuda desde distintas fuentes específicas de ayuda propuestas (pareja, amigos, padres, otro miembro de la familia y profesionales de la salud mental), y esto, para siete diferentes tipos de problemas de salud (Estrés, Ansiedad, Depresión, Ideación Suicida, Abuso de sustancias, Psicosis, y una enfermedad física). Cada pregunta es presentada con una viñeta que describe a un (a) adolescente, que presenta uno de los problemas de salud señalados. Un ejemplo de viñeta sería:

"En los últimos dos semanas, Juan, ha encontrado difícil relajarse. Él también ha estado sintiendo bastante abrumado, "Nervioso" e intolerante. Él ha tendido a reaccionar exageradamente a las cosas que suceden."

A continuación de cada viñeta, los participantes evalúan su intención de buscar ayuda para cada fuente de ayuda en una escala likert de 7 puntos, que va desde 1 = extremadamente probable a 7 = extremadamente improbable. Luego, de completada cada escala Likert, se señalan 2 preguntas: La primera (ítem K), mide alfabetización en temas de salud mental (ATSM). La segunda pregunta, (ítem L), mide la necesidad de ayuda percibida. Por tanto, cada pregunta del cuestionario está formado por 10 ítems (ítem a, a ítem j), que miden la intención de búsqueda de ayuda, y los ítems adicionales descritos.

2. Escala de Autoeficacia General¹⁷

Posee 10 ítems, en formato likert de 4 puntos. Las respuestas van desde Incorrecto (1 punto) a Cierto (4 puntos). El puntaje mínimo es de 10 puntos, y el máximo es de 40 puntos.

3. Cuestionario de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D), versión adaptada en Chile¹⁸

Este instrumento mide frecuencia de sintomatología depresiva y ánimo depresivo durante las últimas 2 semanas. Es una escala de 20 ítems con 4 alternativas de respuesta en formato likert.

Resultados

Previo a la realización de los análisis principales, se ejecutó un examen preliminar de los datos. De un total inicial de 810 participantes, 4 fueron excluidos por poseer un elevado número de datos ausentes (> 10%) y 13 por ser identificados como atípicos multivariados. Para este análisis se ocupó el estadístico de Mahalanobis, excluyéndose aquellos que superaron el valor crítico ($p < 0,001$).

Estadísticos descriptivos

En la tabla 1, se presenta la estadística descriptiva de las variables evaluadas, donde se observa que la intención de búsqueda de ayuda es mayor para las fuentes informales que para las formales, en todas las áreas de problemas.

Adicionalmente, se evaluó si existían diferencias en la intención de búsqueda de ayuda en las distintas áreas de problemas, y en los niveles de depresión y autoeficacia (variables incluidas para evaluar la validez de criterio) en función del sexo. Como las variables no se distribuyen normalmente, inicialmente se realizó una prueba no paramétrica para evaluar diferencias (prueba de Mann-Whitney). Sin embargo, los resultados obtenidos no difieren de los obtenidos con una

prueba paramétrica. Considerando este antecedente y que se evaluó una muestra de tamaño grande, se optó por reportar los resultados de la prueba t. Al respecto, en la tabla 2, se observa que existen diferencias en la intención de búsqueda de ayuda en las áreas de estrés y ansiedad, pero no en los otros ámbitos problemáticos. Específicamente, las mujeres señalan una mayor intención de búsqueda de ayuda ante problemas de estrés y ansiedad que los hombres.

Asimismo, se detectaron diferencias en los niveles de depresión y autoeficacia, siendo más elevada la sintomatología depresiva en las mujeres y mayores los niveles de autoeficacia en los hombres.

Confiabilidad

Los coeficientes de confiabilidad fueron calculados separadamente para cada problema, tal como lo ha sugerido Wilson et al.⁹.

Los valores de alfa obtenidos fueron 0,75, 0,74, 0,82, 0,87, 0,79, 0,83 y 0,74, para los problemas de estrés, ansiedad, depresión, suicidio, abuso de sustancias, psicosis y enfermedad crónica, respectivamente.

Validez

A fin de examinar la estructura factorial del GHSQ, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE), con el método de extracción de ejes principales y rotación oblicua. Se optó por esta técnica, en lugar del análisis factorial confirmatorio, porque la evaluación de la estructura factorial del instrumento ha sido poco explorada en estudios previos, salvo algunas excepciones (e.g., Tuliao & Velásquez, 2014).

Dado que según Wilson et al.^{9,15}, cada área problemática puede ser considerada más bien una escala separada, se corrieron AFE para cada tema.

Tabla 1. Medias y desviaciones estándar de las intenciones de búsqueda de ayuda para los diferentes problemas y las distintas fuentes de ayuda

Tipo de problema	Estrés		Ansiedad		Depresión		Suicidio		Abuso sustancias		Psicosis		E. crónica	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
<i>Fuentes informales</i>	4,55	1,31	4,66	1,31	4,62	1,48	4,33	1,78	4,36	1,45	4,21	1,66	4,87	1,40
Pareja	4,52	2,00	4,29	2,01	4,60	2,07	4,31	2,25	4,23	2,00	3,82	2,20	4,68	2,01
Amigo/a	4,97	1,71	4,62	1,81	5,00	1,84	4,76	2,12	4,83	1,88	4,19	2,15	4,74	1,91
Padre/madre	4,96	2,07	5,78	1,74	5,14	2,14	4,63	2,42	4,67	2,23	5,08	2,20	5,83	1,70
Otro miembro de la familia	3,73	2,06	3,94	2,02	3,75	2,11	3,61	2,25	3,71	2,14	3,74	2,21	4,25	2,09
<i>Fuentes formales</i>	2,56	1,47	3,14	1,50	3,13	1,69	3,40	1,93	3,23	1,74	3,75	1,83	3,48	1,44
Psicólogo/a	3,00	2,02	3,20	2,06	3,99	2,22	4,33	2,40	3,95	2,29	4,66	2,29	3,11	2,05
Médico general o doctor	2,42	1,67	4,35	2,27	2,91	2,05	2,91	2,13	3,30	2,18	3,41	2,26	5,60	1,93
Psiquiatra	2,15	1,67	2,43	1,83	2,86	2,10	3,64	2,45	3,09	2,18	4,27	2,43	2,59	1,91
Orientador/a	2,64	1,84	2,57	1,82	2,73	1,93	2,72	2,13	2,57	1,94	2,64	2,00	2,58	1,91
No buscaría ayuda de nadie	2,85	2,12	2,23	1,78	2,41	1,97	2,55	2,13	2,47	1,88	2,44	2,01	2,05	1,75

n = 793.

Los resultados de las pruebas de esfericidad de Bartlett ($p < 0,001$) y del índice KMO = 0,77, 0,72, 0,82, 0,85, 0,79 y 0,74, en cada tema respectivamente, avalan la pertinencia de realizar dicho análisis.

El AFE inicial, con una solución estimada libremente, que consideró como criterios los autovalores mayores que 1 y el gráfico de sedimentación, permitió identificar tres factores en el caso del estrés, la ansiedad y la enfermedad crónica, que explican el 69%, 45%, 67%, 22% y el 69,73% de la varianza respectivamente. Posteriormente se probó una solución de dos factores para estas áreas, las que explican un 56,47%, 53,62% y un 55,87% de la varianza para el estrés, la ansiedad y la enfermedad crónica. En el caso del estrés y la ansiedad, los resultados obtenidos permiten identificar un pri-

mer factor que agrupa las fuentes informales de ayuda (pareja, amigo/a, padre/madre y otros familiares) y un segundo factor que agrupa las fuentes formales (psicólogo, médico, psiquiatra, orientador). En el caso de la enfermedad cardíaca, se observa el mismo patrón de resultados, salvo que la fuente representada por el profesional médico no tiene carga significativa en ningún factor.

En el caso de las otras áreas problema: depresión, suicidio, abuso de sustancias y psicosis, la solución libremente estimada convergió en dos factores, que explican un 60,29%, 68,21%, 58,90% y un 64,14% de la varianza respectivamente. En todos los casos y tal como se observa en la tabla 3, se identifica el mismo patrón de resultados, con un primer factor que agrupa

Tabla 2. Matriz de correlaciones entre las variables de interés y diferencias de media entre hombres y mujeres

	1	2	3	4	5	6	7	8	M (DE) Mujeres (n = 499)	M (DE) Hombres (n = 291)	t (gl = 788)	p
1. Estrés	--								33,14 (9,81)	31,68 (10,19)	1,98*	0,048
2. Ansiedad	0,71**	--							37,21 (9,81)	35,67 (9,92)	2,12*	0,035
3. Depresión	0,68**	0,68**	--						36,74 (12,00)	35,60 (11,35)	1,32	0,189
4. Suicidio	0,52**	0,55**	0,73**	--					35,76 (14,42)	36,75 (13,26)	-0,96	0,339
5. Abuso sustancias	0,57**	0,58**	0,69**	0,73**	--				35,90 (11,52)	35,11 (11,38)	0,93	0,354
6. Psicosis	0,47**	0,52**	0,62**	0,71*	0,73**	--			37,54 (12,71)	36,32 (12,97)	1,29	0,196
7. Enfermedad crónica	0,51**	0,64**	0,60**	0,57**	0,66**	0,61**	--		38,91 (10,08)	39,15 (9,79)	-0,34	0,737
8. Sintomatología depresiva	-0,15**	-0,15**	-0,22*	-0,24**	-0,16**	-0,14**	-0,12**	--	20,63 (11,90)	16,08 (9,70)	5,54**	< 0,001
9. Autoeficacia	0,15**	0,19**	0,20**	0,22**	0,20**	0,19**	0,24**	-0,34**	29,84 (5,24)	30,67 (4,92)	2,19*	0,029

* $p < 0,01$; ** $p < 0,05$.

Tabla 3. Análisis factorial exploratorio del GSHQ mediante ejes principales y con rotación oblicua

Tipo de problema	Estrés		Ansiedad		Depresión		Suicidio		Abuso sustancias		Psicosis		E. crónica	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Fuente de ayuda														
a. Pareja		0,46		0,54		0,53		0,70		0,61		0,71		0,65
b. Amigo/a		0,54		0,67		0,59		0,80		0,56		0,81		0,72
c. Padre/madre		0,45		0,43		0,67		0,61		0,51		0,49		0,51
d. Otro miembro de la familia		0,54		0,52		0,62		0,57		0,51		0,52		0,47
e. Psicólogo/a	0,82		0,74		0,77		0,83		0,85		0,84		0,89	
f. Médico general o doctor	0,72		0,43		0,74		0,77		0,76		0,72			
g. Psiquiatra	0,86		0,89		0,89		0,96		0,87		0,93		0,88	
h. Orientador/a	0,59		0,58		0,56		0,57		0,45		0,43		0,55	

Nota. Las cargas factoriales inferiores a 0,30 fueron suprimidas. Ítems agrupados según dimensión y carga factorial.

Tabla 4. Diferencias en las intenciones de búsqueda de ayuda según el nivel de alfabetización en problemas de salud mental

	M (DE) Reconoce problema (n = 399)	M (DE) No reconoce problema (n = 328)	t (gl = 725)	p
Estrés	33,92 (9,67)	30,75 (10,15)	-4,30**	< 0,001
Ansiedad	37,98 (9,61)	34,70 (9,95)	-4,50**	< 0,001
Depresión	37,39 (11,77)	34,46 (11,79)	-3,34**	< 0,001
Suicidio	36,74 (14,49)	34,76 (13,83)	-1,87	0,061
Abuso sustancias	36,76 (11,56)	33,88 (11,60)	-3,34**	< 0,001
Psicosis	38,45 (12,61)	34,94 (13,06)	-3,67**	< 0,001
Enfermedad crónica	40,38 (9,32)	37,27 (10,46)	-4,23**	< 0,001

n = 727.

las cuatro fuentes informales teóricamente propuestas y un segundo que agrupa las formales.

Por su parte, la validez de criterio fue examinada mediante la asociación del GSHQ con las variables depresión y autoeficacia. Tal como se observa en la tabla 2, los puntajes de todas las áreas de problemas se asociaron inversamente con los niveles de depresión ($p < 0,01$) y directamente con la autoeficacia ($p < 0,01$). Es decir, a mayor intención de búsqueda de ayuda ante problemas de estrés, ansiedad, depresión, suicidio, abuso de sustancias, psicosis y enfermedad crónica, menor presencia de sintomatología depresiva, tal como se predijo.

Adicionalmente, y de manera coherente con lo hipotetizado, la mayor intención de búsqueda de ayuda ante problemas de estrés, ansiedad, depresión, suicidio, abuso de sustancias, psicosis y enfermedad crónica, se asoció a niveles más altos de autoeficacia.

Por otra parte, se examinó si existía asociación entre la intención de búsqueda de ayuda y la ATSM. Para ello, se llevaron a cabo una serie de pruebas t a fin de evaluar diferencias en la intención de búsqueda de ayuda en función de si el/la joven reconoció o no el problema de salud mental. Tal como se observa en la tabla 4, se identifican diferencias estadísticamente significativas en todas las áreas problema, salvo en suicidio. Específicamente, quienes reconocen el problema de salud mental presentan mayor intención de búsqueda de ayuda que quienes no lo hacen, en el área del estrés, ansiedad, depresión, abuso de sustancias, psicosis y enfermedad crónica.

Discusión

El presente estudio tuvo la finalidad de reportar el proceso de adaptación y validación, en adolescentes chilenos, del GHSQ-V. Coincidiendo con estudios pre-

vios, los adolescentes tendieron a buscar ayuda desde fuentes informales que desde fuentes formales^{11,19}. Se realizó un análisis factorial exploratorio, que evidenció dos dimensiones respecto a las fuentes de ayuda para los problemas de salud mental y para enfermedad física: las fuentes de ayuda formales y las fuentes de ayuda informales, lo que es consistente con las dimensiones identificadas en el estudio de Tuliao y Velasquez²⁰.

En relación a la validez de criterio, los puntajes obtenidos del cuestionario GHSQ-V, se relacionaron de manera esperada tanto con los puntajes del cuestionario de autoeficacia, como con los puntajes del cuestionario de sintomatología depresiva. Así, la autoeficacia se relacionó de manera directa con la disposición a buscar ayuda, lo que es concordante con el constructo, ya que las personas con mayor autoeficacia tienen actitudes más favorables hacia la búsqueda de ayuda y buscan ayuda de manera más oportuna²¹. Por su parte, quienes puntuaron más alto en sintomatología depresiva, presentaron una menor disposición a buscar ayuda, lo que ya ha sido documentado en estudios realizados con adolescentes^{22,23}.

Los jóvenes que presentaban un mayor puntaje en ATSM, presentan una mayor disposición a buscar ayuda en comparación a los jóvenes con bajos puntajes en esta variable, lo cual es consistente con estudios previos, que evidencian que un mayor nivel de ATSM favorece una actitud positiva hacia estos temas, y una mayor disposición a buscar ayuda oportuna^{13,24}. No obstante llama la atención, que esto se cumplió para todos los temas de salud mental estudiados, excepto en el caso del suicidio. Es decir, los adolescentes que reconocieron el suicidio presentan mayor ATSM en esta temática, pero no mostraron una mayor disposición a buscar ayuda para este tema como se esperaba, en comparación a aquellos adolescentes que no reconocieron este tema. Esto podría estar vinculado a lo que

se ha descrito como el proceso de negación de ayuda, que implica que cuando el problema de salud identificado es más grave, el adolescente tiende a evitar la ayuda o alejarse de esta²⁵.

Por último, se revisaron posibles diferencias de género en las variables estudiadas, identificándose que las adolescentes mujeres presentaron una mayor disposición a buscar ayuda para los temas de estrés y ansiedad en comparación a los varones. Esto podría explicarse, por la tendencia de las adolescentes mujeres a experimentar más malestar emocional que los adolescentes varones, asociado a una mayor vulnerabilidad a los estresores de esta etapa de vida²⁶. También, se observaron diferencias de género en las variables de autoeficacia y sintomatología depresiva. La autoeficacia fue significativamente mayor en varones, lo cual ha sido reportado en estudios previos en población adolescente^{27,28}. Asimismo, el que la sintomatología depresiva sea significativamente mayor en adolescentes mujeres, también es un hallazgo que ha sido ampliamente documentado en investigaciones con muestras similares^{29,30}.

Una de las limitaciones de este estudio es que la muestra de adolescentes fue una muestra no representativa, sino que intencionada por rango de edad, de 14 a 19 años de edad y pertenecientes a la ciudad de Talca. Será de interés el realizar otros estudios psicométricos ampliando el rango de la muestra y en poblaciones específicas de adolescentes, como por ejemplo, adolescentes consultantes de servicios de salud mental. Pese a esto, se concluye que el GHSQ-V adaptado en población adolescente y juvenil chilena es un instrumento válido y confiable para medir la disposición a buscar ayuda para temas de salud mental en nuestro medio sociocultural.

El contar con este cuestionario, favorecerá el seguir desarrollando investigación en el ámbito por ejemplo, de las barreras de la búsqueda de ayuda, lo que puede ser de interés tanto para investigadores como profesionales de la salud, los cuales, al identificar que barreras obstaculizan la disposición a buscar ayuda de los adolescentes, podrán desarrollar estrategias para poder

disminuirlas y favorecer una actitud favorable de estos hacia la búsqueda de ayuda por parte de un profesional de salud mental. El favorecer una oportuna búsqueda de ayuda en los adolescentes, 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 suicida³¹.

Responsabilidades éticas

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

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

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

Financiación

Esta investigación ha sido financiada con la ayuda para proyectos de investigación concedida por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico del Gobierno de Chile (FONDECYT N° 11130473), y por el Fondo de investigación de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad Católica del Maule (Proyecto N° 434154), concedidos a la primera autora.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Barker G, Olukoya A, Aggleton P. Young people, social support and help-seeking. *Int J Adolesc Med Health*. 2005;17(4):315-35.
- Del Mauro JM, Jackson Williams D. Children and Adolescents' Attitudes Toward Seeking Help From Professional Mental Health Providers. *Int J Adv Counselling*. 2012;35(2):120-38.
- Hunt J, Eisenberg D. Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *J Adolesc Health*. 2010;46(1):3-10.
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*. 2010;10(1):113.
- Carlisle J, Shickle D, Cork M, McDonagh A. Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration. *J Med Ethics*. 2006;32(3):133-7.
- Rickwood D, Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi J. Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*. 2005;4(3):218-51.
- Unrau YA, Grinnell RM. Exploring out-of-home placement as a moderator of help-seeking behavior among adolescents who are high risk. *Res Soc Work Pract*. 2005;15(6):516-30.
- Rickwood D, Thomas K, Bradford S. Help-seeking measures in mental health: a rapid review. <https://www.saxinstitute>.

- org.au/wp-content/uploads/02_Help-seeking-measures-in-mental-health.pdf.
9. Wilson CJ, Deane FP, Ciarrochi J, Rickwood D. Measuring help-seeking intentions: Properties of the general help seeking questionnaire. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy/Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*. 2007;39(1).
 10. Rughani J, Deane FP, Wilson CJ. Rural adolescents' help-seeking intentions for emotional problems: The influence of perceived benefits and stoicism. *Aust J Rural Health*. 2011;19(2):64-9.
 11. D'Avanzo B, Barbato A, Erzegovesi S, Lampertico L, Rapisarda F, Valsecchi L. Formal and informal help-seeking for mental health problems. A survey of preferences of italian students. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2012;8:47-51.
 12. Leavey G, Rothi D, Paul R. Trust, autonomy and relationships: the help-seeking preferences of young people in secondary level schools in London (UK). *J Adolesc*. 2011;34(4):685-93.
 13. Wilson CJ, Deane FP, Marshall KL, Dalley A. Reducing adolescents' perceived barriers to treatment and increasing help-seeking intentions: effects of classroom presentations by general practitioners. *J Youth Adolescence*. 2008;37(10):1257-69.
 14. Moran P. Attachment style, ethnicity and help-seeking attitudes among adolescent pupils. *Br J Guid Coun*. 2007;35(2):205-18.
 15. 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.
 16. Hambleton RK, Merenda PF, Spielberger CD. *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Psychology Press; 2004.
 17. Cid HP, Orellana YA, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev Med Chile* 2010;138:551-7.
 18. Fuentealba RG, Bravo CA, Urrutia CM. Normas y punto de corte para la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población juvenil chilena. *Terapia Psicológica*. 2004;22(2):145-56.
 19. Sheffield JK, Fiorenza E, Sofronoff K. Adolescents' willingness to seek psychological help: Promoting and preventing factors. *J Youth Adolescence*. 2004;33(6):495-507.
 20. Tuliao AP, Velásquez PA. Revisiting the General Help Seeking Questionnaire: Adaptation, exploratory factor analysis, and further validation in a Filipino college student sample. *Philippine Journal of Psychology*. 2014;47(1):1-17.
 21. Olivari Medina C, Urra Medina E. Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*. 2007;13:9-15.
 22. Wilson CJ, Rickwood D, Deane FP. Depressive symptoms and help-seeking intentions in young people. *Clinical Psychologist*. 2007;11(3):98-107.
 23. Wilson CJ, Deane FP. Help-negation and suicidal ideation: the role of depression, anxiety and hopelessness. *J Youth Adolescence*. 2010;39(3):291-305.
 24. Ranahan P. Mental health literacy: A conceptual framework for future inquiry into child and youth care professionals' practice with suicidal adolescents. *Child Youth Care Forum* 2010;39:11-25.
 25. Wilson CJ, Bushnell JA, Caputi P. Early access and help seeking: practice implications and new initiatives. *Early Intervention in Psychiatry*. 2011;5:34-39.
 26. Cova F, Maganto C, Melipillán R. Género, Adversidad Familiar y Síntomas Emocionales en Preadolescentes. *Psykhé* (Santiago). 2005;14:227-32.
 27. Olivari C, Almagiá E. Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia psicológica*. 2005;23(2):5-11.
 28. del Carmen Reina M, Oliva A, Parra Á. Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. 2010.
 29. Cova SF, Melipillán R, Valdivia M, Bravo L, Valenzuela B. Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Rev Chil Pediatr*. 2007;78:151-9.
 30. Veytia López M, González Arratia López Fuentes NI, Andrade Palos P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*. 2012;35(1):37-43.
 31. Joyce A, Pauli-Myler T, Zazryn T, Batras D, Mayers K. Promoting Help-Seeking among Adolescents and Young Adults through Consideration of the Adaptive Functions of Low Mood: A pilot study. *Int J Ment Health Promot*. 2011;13(4):30-5.