



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO SEDE CHILLÁN 2020**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTORES: MELLA PARDO, LUCÍA ANDREA
MUÑOZ TORO, ANDREA ANGÉLICA
SUÁREZ MOLINA, DIEGO IGNACIO

Profesor Guía: Henríquez Melgarejo, Aurora, Mg. E.U.

CHILLÁN 2020

AGRADECIMIENTOS

Como grupo de investigación, quisiéramos dar gracias a Aurora Henríquez Melgarejo E.U., por su guía y apoyo en el desarrollo de este trabajo de investigación. Sin su generosa colaboración este trabajo no hubiese sido posible.

En segundo término, Ximena Macaya Sandoval, Ph.D. (C) ha sido para nosotros un gran hallazgo tanto académico como personal. Encontrarnos con ella fue fortuito, pero hemos forjado un gran lazo de trabajo y la ayuda mutua ha sido extremadamente importante para el éxito de nuestro trabajo.

En tercer término, el trabajo matemático no hubiera llegado a buen puerto sin la generosa colaboración de la profesora y estadística Michelle Godoy Orellana. Sus simples pero certeras explicaciones nos fueron de gran utilidad para la comprensión de los resultados obtenidos.

En cuarto término, pero no menos importante, quisiéramos agradecer a Sebastián Godoy Orellana por su generosa colaboración en la revisión de ortografía, gramática y sintaxis y quien además nos otorgó su tiempo y disposición para mejorar el escrito a través de largas discusiones académicas que enriquecieron nuestro trabajo.

Agradezco a Dios, en primer lugar, por acompañarme en esta etapa de mi vida, por ser la Luz que guía mi Camino. A mi hija, por renovar las fuerzas que muchas veces me faltan y dedicarme una sonrisa que aliviana mi carga. A mi querido compañero de vida, que siempre está cuando lo necesito, quien me brinda su apoyo y compañía en las largas noches de trabajo. A mis queridos padres, que siempre me alientan a seguir adelante y superar los obstáculos.

Lucía Mella Pardo

Agradezco en primer lugar y de manera especial a mi Madre y Abuelo, por despertarme cada mañana, por su apoyo, su preocupación y amor entregado. A mi hermana, por siempre creer en mí y por darme tan bello regalo que es la luz de mis ojos. Debo darle gracias infinitas a mi querido equipo de investigación, con mención particular a Lucía, por aguantarnos, por sus insistencias, y por nunca decaer. Sin ustedes nada de esto sería posible. Y, por último, pero no menos importante, agradecer a mi compañero de aventuras por siempre alentar a superarme, por siempre exigirme más, por cada uno de sus consejos y retos, que sin duda me ayudaron a crecer. Gracias por siempre disfrutar cada uno de mis logros y estar cuando te necesito.

Agradecer a cada uno por cada hecho tan significativo y por dejar una huella en mi vida y porque no estaría donde estoy si no fuera por su apoyo y amor incondicional.

Andrea Muñoz Toro

Agradezco en primera instancia a Dios por brindarme vida, salud y permitirme llegar a este momento académico. A mi madre y hermanos, por acompañarme desde que ingresé a la Universidad, y apoyarme incondicionalmente durante todo este proceso de aprendizaje que me entrega la vida.

Diego Suárez Molina

DEDICATORIAS

La presente Tesis de Pregrado está dedicada a mi hija Isabella Godoy Mella, quien es mi fuente de inspiración y a quien muchas veces le he quitado su tiempo de juego para poder realizar este trabajo. Su amor y paciencia me ha llevado a cada día esforzarme para ser mejor.

Lucía Mella Pardo

Dedico esta tesis a mi Abuelo y a mi Madre que son mi pilar fundamental, por quienes lucho, para poder algún día retribuirles todo lo que han dado en la vida. Y para darles la gran alegría de entregarles mi título y decirles meta cumplida.

Andrea Muñoz Toro

Dedico esta tesis a mis sobrinos, quienes son mi fuente de inspiración en la vida, quienes todos los días me entregan su cariño y amor, los que me hacen reír y pasar momentos maravillosos día tras día. Son ellos los que me motivan a salir adelante y luchar por ser alguien en la vida.

Diego Suárez Molina

RESUMEN

Introducción: La definición de alfabetización en salud mental fue acuñada por Jorm et al., en 1997 como el conocimiento y creencias sobre trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo o prevención. **Objetivo:** Determinar el nivel de alfabetización en salud mental (ASM) de los estudiantes de pregrado de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán **Método:** La investigación fue de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo y corte transversal. La muestra fue de 370 estudiantes de pregrado de distintas carreras de la sede Chillán. Se utilizó la versión adaptada y traducida del Test de Alfabetización en Salud Mental (TMHSCG-CL). **Resultado:** El promedio del nivel de ASM es de 119,39 puntos sobre un máximo de 168. La muestra presenta por características: un 78,4% son mujeres; un 69,5% tiene entre 21 a 24 años; el 26,8% está en cuarto año de la carrera; el 47% pertenecen al área de la salud. **Conclusión:** Se concluye que el nivel de ASM general es medio bajo, el cual se encuentra dentro de lo esperado, ya que existen resultados similares en otros estudios. Las mujeres presentan mejores resultados que los hombres, esto asociado a una mayor participación de carreras del área de la salud donde mayoritariamente son mujeres. El recibir educación sanitaria mejora los resultados en los niveles de ASM. Se requieren estudios más completos sobre esta población.

Palabras clave: Alfabetización en salud; Salud mental; Estudiantes universitarios.

ABSTRACT

Introduction: Definition of literacy in mental health was coined by Jorm et al., in 1997 as the knowledge and beliefs about mental disorders that help their recognition, management, or prevention. **Objective:** To determine the level of mental health literacy (MHL) of undergraduate students at the Universidad del Bío-Bío, Chillán headquarters. **Method:** The research was quantitative, descriptive design and cross-sectional. 370 undergraduate students from different careers from the Chillán campus were surveyed online. The adapted and translated version of the Mental Health Literacy Test (TMHSCG-CL) was used. **Results:** The average ASM level is 119.39 points out of a possible maximum of 168. The sample presents the following characteristics: 78.4% are women; 69.5% are between 21 and 24 years old; 26.8% are in the fourth year of their degree; 47% study careers in the health area. **Conclusion:** It is concluded that the general MHL level is medium low, which is within what is expected, since there are similar results in other studies. Women present better results than men, this associated with a greater participation in health careers where they are mostly women. Receiving health education improves outcomes at MHL levels. More comprehensive studies are required on this population.

Keywords: Health literacy; Mental health; University students.

ÍNDICE

Dedicatorias	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
Índice.....	viii
Nota.....	xi
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Antecedentes introductorios	1
1.2. Fundamentación de la investigación.....	3
1.3. Problema de investigación	6
1.4. Problematización.....	6
1.5. Marco teórico.....	7
1.5.1. Alfabetización en salud.....	7
1.5.2. Salud mental.....	9
1.5.3. Alfabetización en Salud Mental.....	12
1.5.4. Dimensión “conocimiento” de la ASM	16
1.5.5. Dimensión “estigma” de la ASM	17
1.5.6. Dimensión “búsqueda de ayuda” de la ASM.....	18
1.5.7. Dimensión “estrés percibido” de la ASM	19
1.5.8. Dimensión “sensación de bienestar” de la ASM	19
1.6. Marco empírico	21

1.7. Objetivos	27
1.7.1. Objetivo general	27
1.7.2. Objetivos específicos	27
2. MÉTODOS	29
2.1. Tipo de diseño	29
2.2. Población de estudio	29
2.3. Muestra	29
2.4. Unidad de análisis	29
2.5. Criterios de elegibilidad	30
2.5.1. Criterios de inclusión.....	30
2.5.2. Criterios de exclusión	30
2.6. Listado de variables del estudio.....	30
2.7. Descripción del instrumento recolector	31
2.7.1. Cuestionario de antecedentes sociodemográficos	31
2.7.2. Test de Alfabetización en Salud Mental para Población Adolescente Escolarizada Chilena (TMHHSCG-CL)	31
2.8. Procedimiento para la recolección de datos	34
2.9. Aspectos éticos.....	34
2.10. Procesamiento de los datos	35
3. RESULTADOS.....	36
4. DISCUSIÓN	42
4.1. Discusión general de los resultados.....	42
4.2. Limitaciones	48

4.3. Sugerencias	48
4.4. Conclusiones.....	49
Bibliografía	A-A
Anexo A: Definición Nominal y Operacional de Variables.....	A-1
Anexo B: Cuestionario de Identificación Sociodemográfica.....	B-1
Anexo C: Test de Alfabetización en Salud Mental Versión traducida y adaptada a población adolescente escolarizada chilena (TMHSCG-CL).....	C-1
Anexo D: Solicitud de información de Alumnos matriculados por carrera.....	D-1
Anexo E: Solicitud (tipo) de apoyo a las Facultades para la realización del estudio	E-1
Anexo F: Solicitud (tipo) de apoyo a Direcciones de Departamento para realización del estudio y procedimientos	F-1
Anexo G: Solicitud (tipo) de apoyo a las Direcciones de Escuela para la realización del estudio y los procedimientos.....	G-1
Anexo H: Consentimiento Informado a los participantes	H-1
Anexo I: Prueba de Hipótesis de trabajo	I-1

NOTA

Para mantener la coherencia del texto, y entendiendo que el lenguaje inclusivo es importante y necesario, en este documento se utilizará un lenguaje neutro. Solo a manera de ejemplo, cuando se hable de “los enfermeros” se estará hablando de enfermeros y enfermeras indistintamente.

Los autores

To keep internal coherence on this document, and understanding that inclusive language is important and necessary, neutral language will be used in the next pages. Just as an example, when “nurses” have being talked, it will be understand that both “male nurses” and “female nurses” are being mentioned.

Authors

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes introductorios

En Chile, los problemas de salud mental en los estudiantes universitarios se han reportado al menos desde principios del siglo XXI, señalando la importancia de tomar acciones que vayan en beneficio de los estudiantes más vulnerables en materia de salud mental (1). A junio de dos mil diecinueve, existían en Chile 1 180 181 estudiantes de pregrado en los distintos centros de estudios superiores (universidades, institutos profesionales, centros de formación técnica, escuelas matrices y de suboficiales), de los cuales 346 257 corresponden a alumnos de primer año (2).

La definición de alfabetización en salud mental fue acuñada por Anthony Jorm en mil novecientos noventa y siete como "(...) conocimiento y creencias sobre los trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo o prevención" (3). En estudios más recientes se ha avanzado en orden a señalar que algunas de las dimensiones de la alfabetización en salud mental son conocimiento, estigma, búsqueda de ayuda, estrés percibido y sensación de bienestar (4).

El presente trabajo indaga sobre la alfabetización en salud mental (en adelante ASM) de un grupo de universitarios chilenos. En primera instancia se realiza un breve estudio teórico sobre los conceptos de salud mental, alfabetización en salud y alfabetización en salud mental, y en segunda se dará paso a la descripción del trabajo de medición de la ASM propiamente tal.

ASM es un tema de investigación muy activo en el extranjero, no así en Chile, donde no existen estudios al respecto. Sin embargo, dichos estudios deberían ser relevantes por todas las implicancias que tiene su desarrollo en la comunidad.

Particularmente, la Universidad del Bío-Bío, objeto de nuestro análisis, es una institución de derecho público creada en el año mil novecientos ochenta y ocho que atiende

principalmente a estudiantes de las regiones de Ñuble y del Bío-Bío. En el año dos mil veinte su matrícula total es de 12 733 estudiantes, ingresando 2329 novatos a sus dos campus principales ubicados en las ciudades de Concepción y Chillán (5). La matrícula de pregrado diurno durante el año dos mil dieciocho provino en un 55,3% de la educación secundaria particular subvencionada y un 44% de la educación secundaria pública. Durante el mismo año 58,3% de sus estudiantes fueron varones y un 41,7% mujeres. Solo un 6,5% se declaró perteneciente a un pueblo originario. La Sede Chillán de esta Alma Mater poseía en total 4632 estudiantes a esa fecha. Las tasas de retención de alumnos fueron de un 81,7% en el primer, 74,1% en el segundo y un 70,1% en el tercer año de carrera (6). Según estudios recientes desarrollados en la Universidad, nueve de cada diez estudiantes presenta estrés (7), lo que es un factor de riesgo importante si no se brindan las herramientas adecuadas para que el educando afronte dicha situación.

Como la alfabetización en salud mental es un concepto no estudiado en adolescentes universitarios en nuestro país, es importante su estudio o desarrollo para las políticas públicas de un país, las instituciones de educación superior, los profesionales de la salud y en especial para la enfermería como profesión, pues éstas tienen la responsabilidad de apoyar la promoción y prevención de la salud mental de los jóvenes.

El objetivo general de la presente investigación es, por tanto, determinar el nivel de alfabetización en salud mental que poseen los estudiantes de pregrado de la Universidad del Bío-Bío en la sede de Chillán, midiendo las cinco dimensiones que posee la alfabetización en salud mental. Para tal efecto, se utilizará un instrumento diseñado específicamente para ese fin creado en Canadá llamado *Test Mental Health & High School Curriculum Guide* (TMHSCG). Dicho instrumento fue traducido y adaptado por investigadores chilenos expertos en el área de Salud Mental para ser usado en nuestro país.

1.2. Fundamentación de la investigación

La capacidad del ser humano de generar autocuidado es primordial para mantener una salud óptima. En este sentido Dorothea Elizabeth Orem (destacada teórica estadounidense de la enfermería, fallecida en 2007) definió el concepto **autocuidado** como "la conducta aprendida por el individuo dirigido hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar" (8). Vinculado a la educación para el autocuidado se encuentra el concepto **alfabetización en salud (AS)**, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permite promover y mantener una buena salud" (9). Cada individuo es diferente, por lo que sus características únicas, creencias, prácticas y contexto sociocultural determinan su educación en autocuidado, mantener estilos de vida saludables y conservar su bienestar. El autocuidado, por lo tanto, puede ser considerado como una habilidad que adquieren los individuos a través del aprendizaje, la educación, el conocimiento en salud y nivel de alfabetización en salud para la toma de buenas decisiones respecto de su salud en forma autónoma y apropiada (8).

Una extensión del concepto AS es el de **alfabetización en salud mental**. Este fue desarrollado por Jorm y otros en 1997 (3) tomando como base la definición de AS al observar que los pacientes saben mucho sobre enfermedades crónicas, no así sobre salud mental. Respecto de ello, existe evidencia nacional e internacional sobre la importancia que tiene la alfabetización en salud mental para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y el manejo de ésta (10,11), principalmente entre la población adolescente y joven. Es así como desde principios del siglo XXI se han estudiado las tasas de alfabetización en salud (12) y su relación con la edad (13), el género (13,14), ingreso socioeconómico (15,16) e incluso nacionalidad (17,18) de los estudiantes universitarios, con el fin de determinar la necesidad de intervención que les ayude a mejorar los problemas de

salud mental que presentan (19) y, de este modo, permitirles un mejor pasar en su vida académica.

Tener un alto nivel de ASM ayuda a la población a detectar con mayor prontitud problemas de salud mental que le aqueja de forma de acelerar el proceso de búsqueda de ayuda. De la misma forma, existe evidencia que señala que un mejor conocimiento sobre trastornos mentales en particular y salud mental en general, la presencia de mayor conciencia respecto de la búsqueda de ayuda y tratamiento ante situaciones de trastornos mentales, y una reducción en los niveles de estigma existentes en los individuos, colectivos e instituciones, permitiría tanto, la promoción de la identificación temprana u oportuna de afecciones mentales, como mejorar los resultados en mediciones estandarizadas de salud mental y aumentar el uso de los servicios de salud especializados en la materia (20,21).

Dada la cantidad de estudiantes universitarios involucrados en los procesos educativos en Chile, es importante revisar los trabajos realizados para contextualizar el problema de estudio.

En términos del momento del ciclo vital en que se encuentran, la mayoría de los estudiantes universitarios de pregrado están cursando la adolescencia tardía (19,22), la cual comprende desde los 15 hasta los 18 años (23) o, más recientemente, desde los 18 años en adelante (24). En la adolescencia tienden a emerger con particular intensidad algunos problemas de salud mental como los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (19,22). La evidencia muestra que más de un cuarto de la población chilena infanto-adolescente ha sufrido un trastorno psiquiátrico durante el último año (25). Las enfermedades mentales tienen características de cronicidad que las hacen especialmente relevantes en esta etapa de la vida, pues, siete de cada diez enfermedades mentales, se presentan antes de los dieciocho años y se mantienen por décadas en los peores casos (26). También en la adolescencia se acentúan conductas de riesgo como el consumo abusivo y dependencia a sustancias ilícitas, se consolidan patrones desadaptativos como los trastornos de personalidad y existe una mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos alimentarios

(19,27). Los problemas de salud mental más comunes reportados en algunas universidades chilenas son desórdenes de ansiedad, depresión y estrés (27). Este último factor está muy relacionado con los ambientes de alta exigencia y competitividad ligados a la vida universitaria (19). En cuanto a los niveles de ansiedad, pese a que ciertos niveles son considerados normales ya que preparan para enfrentar situaciones complejas, es efectivo sólo dentro de ciertos márgenes. Sobrepasando ciertos niveles, la ansiedad se convierte en un problema serio que dificulta el aprendizaje, memoria, concentración, vigilancia, entre otros (27).

Cada unidad educativa (jardín infantil, escuela o centro de estudios superiores) tiene realidades diferentes en cuanto a complejidad, estado financiero y currículos del plantel, estratificación y vulnerabilidad social, capital cultural, origen étnico y ruralidad de su alumnado. Esto determina que los problemas de salud mental de sus estudiantes sean diferentes dependiendo de cada casa de estudios superiores. Ya sea para mejorar los rendimientos académicos, ya para reducir las tasas de deserción, analizar qué tanto saben los estudiantes universitarios sobre salud mental, o cómo buscan ayuda y ejecutan acciones de promoción y prevención es muy relevante para que los objetivos de la universidad (preparar profesionales competentes) y de los estudiantes (lograr egresar de la enseñanza superior) sean alcanzados adecuadamente.

Es necesario y de utilidad para los profesionales de enfermería, el investigar sobre ASM, ya que permite encausar la promoción y prevención en salud mental (13,14). En el curso de la vida, los jóvenes tienen poco contacto con personal de salud y en particular con enfermeros, siendo más recurrente en la primera y segunda infancia producto de su asistencia a los controles de salud infantiles y adolescentes en los CESFAM, consultorios y postas del servicio público de salud. En su adolescencia tardía, sin embargo, estos usuarios no asisten regularmente a dichos centros de salud. De hecho, cifras oficiales indican que sólo el 8% de los jóvenes entre diez y diecinueve años inscritos y validados por el FONASA acude a centros de salud (28), con lo que el control de su desarrollo emocional o psíquico

queda interrumpido hasta que el joven presenta problemas que requieren la intervención de un profesional. Es crucial para el profesional de salud y especialmente de enfermería, desarrollar estrategias tempranas y brindar herramientas para fomentar en el estudiante universitario el autocuidado basado en el conocimiento y detección precoz de signos y síntomas ansiosos o de estrés de forma que los lleven a tomar medidas respecto de su salud mental. Lo anterior es importante, pues uno de los principales motivos por los que no se busca ayuda es por el estigma generado respecto a las enfermedades mentales (21,29,30).

En una realidad dinámica y cambiante el estudiar los niveles de ASM y el estado de la salud mental de estudiantes de pregrado aparece como relevante, porque así el equipo de salud tendría el conocimiento y por ende puede educar a los jóvenes en el autocontrol, entregando herramientas que aumenten las capacidades de los educandos para que tomen decisiones autónomas y saludables, respecto de su propia salud mental y emocional.

1.3. Problema de investigación

¿Cuál es el nivel de alfabetización en salud mental (ASM) de los estudiantes de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán?

1.4. Problematización

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas (edad, sexo, ingreso económico familiar, lugar de residencia, carrera que estudia, año que corresponde a su carrera) en los estudiantes universitarios de pregrado de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán?
2. ¿Cuáles son los niveles ASM en las dimensiones de conocimiento, estigma, búsqueda de ayuda, estrés percibido y sensación de bienestar en los estudiantes de pregrado de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán?

3. ¿Qué relación existe entre el nivel de alfabetización en salud mental y las características socioeconómicas de los participantes del estudio?
4. ¿Cómo se diferencia el nivel de alfabetización en salud mental que presentan los estudiantes de pregrado de primer año con aquel de los del último año de su carrera?
5. ¿Cuál es la diferencia del nivel de ASM que presentan los estudiantes de pregrado de las carreras de la salud con aquel de los estudiantes de otras carreras?

1.5. Marco teórico

1.5.1. Alfabetización en salud

Los términos “alfabetización” y “salud” son conceptos que se escuchan a diario de manera separada en el devenir humano, pero “alfabetización en salud” es menos frecuente y solo un grupo minoritario de personas tiene conocimiento sobre este concepto, mientras que un porcentaje mayor no sabe a qué se hace referencia y/o cuál es su relevancia, lo que repercute directamente en su salud (31). Según la OMS “alfabetización en salud hace referencia a las habilidades sociales y cognitivas las cuales vienen a determinar los niveles de motivación y las capacidades que posee una persona para poder entender, acceder y utilizar la información que se le proporciona, la cual le permitirá promover y mantener su salud” (8). Es por esto que la OMS lo considera como un determinante de la salud ya en 1998, lo cual se ha visto bajo la idea que tanto salud como alfabetización son elementos primordiales y básicos para la vida diaria humana (31). En la carta de Ottawa de promoción de la salud de 1986, la alfabetización para la salud encontró un marco para comenzar su desarrollo. Desde entonces la alfabetización en salud se ha considerado un elemento más de los determinantes de la misma (32).

Los conceptos “alfabetización” y “salud” han evolucionado desde la década de los años mil novecientos setenta vinculados originalmente a la educación para la salud, la cual “comprende oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que supone una

forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población con relación al desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud” (32). El objetivo es centrarse en el individuo y en la información que recibe y cómo la utiliza.

La **alfabetización en salud** (AS, en inglés *health literacy*), fue mencionada por primera vez en la literatura de Scott Simonds en mil novecientos setenta y cuatro (33,34). Se define como la capacidad de un individuo de leer y comprender la información que se le entrega relacionada con la salud, como lo son: las indicaciones que entrega el médico y lo que dicen los etiquetados de los medicamentos que recibe; las descripciones de las enfermedades que posee y las indicaciones para su tratamiento; y los datos sobre cómo acceder a la información pertinente, poder interpretarla y utilizarla. Pero una de las más importantes capacidades relacionadas con la AS es la de comunicar las necesidades propias al personal médico. Para lograr lo anterior se necesitan habilidades de lectura, comprensión auditiva, capacidad analítica y la de toma de decisiones (31).

La AS se entiende como una habilidad vital que las personas deben poseer para tener un mejor cuidado de su salud. Algunas consecuencias de un bajo nivel de AS son, por ejemplo: demora en la búsqueda de tratamiento médico; aumento en la utilización de servicios médicos; escasa asistencia a servicios de salud por problemas asociados a falta de AS (31). La baja AS que la población posee es una barrera de comunicación existente entre médico y paciente, la cual puede afectar la capacidad de actuar frente a información que se le proporciona. Pero el nivel de conocimiento de salud de los pacientes no solo depende de ellos, sino también de las habilidades que tengan los profesionales de la salud encargados para entregar la información, para que sea comprensible y entendida por los primeros (35).

El personal de salud puede influir de manera significativa en mejorar la AS de los usuarios, y a su vez influir en el sistema de atención, donde se tendría una disminución de consultas médicas o un aumento de éstas (según sea el caso), menores costos en salud y una baja en las muertes prematuras por falta de exámenes preventivos. Instruirse sobre AS

sería entonces beneficioso tanto para la población en general como para los servicios de salud, en especial los públicos. Pero para que aquella esté completa, el usuario debe poseer tres características fundamentales, a saber: **capacidad**, la cual se obtiene durante el proceso de aprendizaje; **comunicación**, en particular la comunicación oral, ya que a través de ella el paciente pronuncia su situación de salud; y **comprensión**, que está asociada con el entendimiento, dado que en la mayoría de las consultas médicas se entrega información importante al usuario y el alfabetismo en salud se preocupa por lo que el paciente entendió sobre los dichos del personal de salud (31).

La habilidad de comprensión es crucial para asegurar la interpretación correcta de las indicaciones entregadas. La comunicación, consistente en cómo los pensamientos e información son intercambiados a través del discurso, señales, escritura o comportamiento, también es relevante, pues una mala comunicación afecta la comprensión (31).

Por lo anterior, es esencial obtener mayores conocimientos sobre AS, concepto que además debe ser constante y ampliamente difundido y aplicado para así romper la brecha existente entre quienes la poseen y quienes no, de la misma forma que la tasa de analfabetismo ha decrecido en el tiempo.

1.5.2. Salud mental

La **salud mental** (SM, en inglés *mental health*) comprende ciertas actividades que están relacionadas directamente con el componente de bienestar mental incluido en la definición de la OMS: “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (36). La salud mental es la base para delimitar el bienestar y el funcionamiento que requiere el individuo y su comunidad.

La OMS define a las personas jóvenes como aquellas cuya edad fluctúa entre los diez y veinticuatro años. Diversos autores señalan que entre los quince y veinticuatro años es el periodo donde los niños realizan la transición hacia la adultez, lo que conlleva un ciclo de experimentación, toma de decisiones respecto de su salud y también una fase más vulnerable donde se ven fácilmente influenciados a seguir comportamientos de riesgo (22,37,38).

Los adolescentes, de acuerdo con su etapa en el ciclo vital, pasan por cambios hormonales y mentales, estos últimos influenciados por su ambiente, sociedad, comunidad y familia. Esta última es la más importante en el aprendizaje del adolescente, en la que adquieren valores que determinan sus acciones en su vida (39). Algunos autores indican que:

“los jóvenes, debido a que viven una etapa vital caracterizada por un proceso complejo transitorio entre la niñez y la edad adulta, están en una condición que los hace más vulnerables a determinadas situaciones psicosociales, que pueden desencadenar, en algún momento de la vida conductas inestables y alteración de la salud mental; esta última a su vez, puede limitar una plena comunicación y la participación social activa, lo que causa sufrimiento humano e incapacidad” (39).

Los cambios en la conducta que puedan tener los jóvenes están potencialmente relacionados con factores nerviosos o “estresores” que afectan la comunicación y/o convivencia de los sujetos con sus grupos de amigos, compañeros de estudios, e incluso los propios familiares, con la consecuencia de no mejorar sus problemas de salud mental (39).

La cantidad de estudios sobre salud mental en Chile es baja a nivel de la población en general (10). En específico, trabajos recientes señalan que faltan estudios de prevalencia de desórdenes o enfermedades mentales en niños y adolescentes chilenos (40) por las razones que siguen.

Según Kessler, la mayoría de los trastornos mentales y por consumo de sustancias comienzan durante la infancia y la adolescencia (41). Algunos estudios señalan que más de un tercio de la población infanto–adolescente presenta algún trastorno psiquiátrico en un período de doce meses (42). Otros estudios han determinado una prevalencia de 22,5% para cualquier trastorno psiquiátrico con discapacidad psicosocial (25). Al comparar las prevalencias nacionales con otros estudios latinoamericanos, las cifras nacionales pueden considerarse altas (42). Por otra parte, investigaciones señalan además que la presencia de ciertas patologías mentales se asocia a la disfunción familiar, al antecedente de psicopatología en la familia y al no vivir con ambos padres; la comorbilidad, es decir, la presencia de más de una patología, es un hallazgo en más del 25% de los casos (42). En la mayoría de los niños y adolescentes con algún tipo de diagnóstico referente a salud mental, no se brinda atención oportuna, existiendo una brecha asistencial de 66,6% para cualquier tipo de trastorno mental que se eleva al 85% cuando se considera solo el sistema sanitario formal (42). La mayor parte de los niños y adolescentes que califica como presentando algún diagnóstico de trastorno mental recibe atención solo en la escuela (42).

A partir de la aplicación del Cuestionario de Ansiedad de Beck (BAI-27) en población adolescente escolar chilena durante dos mil siete, se informó una prevalencia de ansiedad estimada entre el 5% y el 10 %. Las mujeres presentan niveles de ansiedad escolar significativamente más alto que los hombres (43). Otros estudios reportan una alta prevalencia de síntomas depresivos en mujeres adolescentes en comparación con los varones (44), como así existen resultados de estudios que indican que los síntomas no deben atribuirse a estados de ánimos transitorios ya que podría configurar patrones que persisten en el tiempo (45). *“El estrés académico es un proceso sistémico, de carácter adaptativo y esencialmente psicológico, que se presenta:*

- a) *cuando el estudiante se ve sometido, en contextos escolares, a una serie de demandas que bajo valoración del propio alumno son considerados estresores;*

- b) *cuando estos estresores provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante) que se manifiesta en una serie de síntomas (indicadores del desequilibrio); y*
- c) *cuando este desequilibrio obliga al estudiante a realizar acciones de afrontamiento para restaurar el equilibrio sistémico” (46).*

Problemas puntuales generan situaciones de estrés, ansiedad y búsqueda de ayuda, y cambios en la sensación de bienestar y estigma. La adolescencia es una etapa que se ha ido alargando progresivamente, caracterizada como el comienzo de la inquietud de los jóvenes por buscar y consolidar su propia identidad, así como también alcanzar cierta autonomía. Este periodo es caracterizado por cierta agitación emocional que puede implicar alguna de las primeras experiencias de crisis conducentes a problemas de salud mental, como el comportamiento suicida (47) o los trastornos adictivos (48). Además, en esta etapa que incluye tanto la adolescencia como la adultez temprana se inician generalmente enfermedades mentales como la esquizofrenia o el trastorno obsesivo-compulsivo (49).

1.5.3. Alfabetización en Salud Mental

Se ha visto y analizado anteriormente con mucha intensidad el concepto de alfabetización en salud. Sin embargo, la salud mental recién en el siglo XXI ha empezado a considerarse importante en los nuevos modelos de atención sanitaria alrededor del mundo. Jorm acuñó el término **alfabetización en salud mental** (en inglés *mental health literacy*) por analogía (3), estableciendo que corresponde al conjunto de conocimientos y creencias que poseen las personas sobre enfermedades o desórdenes mentales y que ayudan a su reconocimiento, tratamiento o prevención (33). Ese conocimiento es personal, por lo que es importante que los sujetos, desde su etapa preescolar, sean educados e instruidos permanentemente en tópicos relacionados con salud mental. Más recientemente, con toda

la investigación que ha surgido desde el primer trabajo de Jorm en Australia, Kutcher y otros han mejorado la definición de ASM:

“alfabetización en salud mental es la comprensión sobre cómo obtener y mantener una salud mental positiva; la comprensión de los trastornos mentales y sus tratamientos; la disminución del estigma relacionado con trastornos mentales; y, el mejoramiento de la eficacia en la búsqueda de ayuda (saber cuándo y dónde buscar ayuda y desarrollar competencias diseñadas para mejorar las capacidades de autocuidado y atención de salud mental)” (4).

La ASM tiene varios componentes, entre los cuales están: capacidad de reconocer desórdenes mentales y, conocimientos y creencias sobre: factores de riesgo, ayuda profesional, intervenciones de autoayuda y sobre cómo buscar información de salud mental; estas actitudes facilitan el reconocimiento y búsqueda de ayuda adecuada (50).

Si bien algunos autores señalan que es más que suficiente el concepto de AS para abarcar todos los aspectos de la salud de una persona, Jorm argumenta que, de acuerdo con el tipo de estudio que se desee desarrollar es la aproximación que la persona deba realizar. Si el estudio busca adentrarse a través de un conjunto de dominios de la AS, probablemente un concepto amplio de alfabetización en salud sea adecuado. Si, por el contrario, se busca estudiar la AS respecto de un aspecto específico, es mejor usar definiciones más certeras y precisas (51).

Desarrollar la ASM en forma temprana es indispensable para todas las personas, ya que a lo largo de la vida el riesgo de desarrollar un problema de salud mental es del 50% (52). La ASM en adolescentes tiene consecuencias significativas para la identificación e intervención temprana de problemas de salud mental. Esta intervención temprana puede, a su vez, influir decisivamente en el desarrollo de las enfermedades mentales y conducir a mejores resultados en su tratamiento (53). Diversos estudios han demostrado que la búsqueda temprana de ayuda disminuye resultados negativos en ámbitos sociales, educativos y vocacionales, en personas con enfermedad mental (54).

Tener algún problema de salud mental genera aprensiones (17), en particular, la búsqueda de ayuda es a través de personas cercanas con las cuales las personas se sienten identificadas (55–57), lo que dificulta la atención oportuna por un profesional de la salud. El conocimiento y específicamente la ASM permiten bajar tanto la carga económica (58) como emocional a la que es expuesto el afectado, por lo que se le ha dado más énfasis al estudio de aquella última en años recientes.

La investigación en ASM muestra que los desórdenes mentales no son bien reconocidos por la población, lo que está refrendado por la evidencia internacional (59). Esto lleva a que exista una brecha entre los conocimientos de los profesionales y las creencias del público respecto del tratamientos de los desórdenes mentales (13). Otro conocimiento relevante es que el estigma asociado a las enfermedades o desórdenes mentales es una gran barrera que deben superar las personas para llegar a la búsqueda de ayuda o para conocer y ayudar a los afectados (60). Todo lo anterior ha permitido señalar que las habilidades de primeros auxilios en salud mental son necesarias –tanto que generan toda una línea investigativa– (12) pero deficientes, tanto en el público general como en los mismos profesionales de la salud (11). Por su parte, en Chile existe un Plan Nacional de Salud Mental con objetivos planteados hasta el año dos mil veinticinco, en el cual la palabra “alfabetización” no aparece mencionada en ninguna ocasión y la palabra “educación” solo es usada en el contexto del sistema educativo, mas no en el de educar en salud. Lo anterior pudiese demostrar que en Chile el tema de salud mental solo se está enfocando desde el tratamiento de enfermedades y desórdenes mentales, no así desde la prevención y educación, algo contrario a los objetivos sanitarios nacionales de prevención y promoción tanto de la salud como de la salud mental (61–64).

Para que los jóvenes puedan mejorar tanto su salud mental como su atención de salud mental y disminuir sus niveles de estigma asociado a los desórdenes mentales, se puede utilizar como instrumento la ASM (65). Existen reportes que señalan que los jóvenes no tienen la información necesaria para reconocer problemas de salud mental en sí mismos

o en otras personas, o no reconocen la necesidad de ayuda profesional (66). En efecto, un gran porcentaje de los jóvenes que cumplen con los requisitos para desarrollar o sufrir un desorden mental retardan o simplemente rechazan la búsqueda de ayuda profesional para tratar el problema (67). Hay varias razones para evitar la búsqueda de ayuda ante un desorden mental, algunas estructurales (por ejemplo, falta de tiempo, falta de recursos monetarios o carencia de tratamiento necesario) y otras actitudinales (como miedo al estigma, preocupaciones sobre confidencialidad o falta de respuesta de pares). La razón más frecuente, sin embargo, es la falta de reconocimiento de que el problema que se presenta es de hecho un trastorno o desorden mental y el conocimiento deficitario de procesos de búsqueda de ayuda (68). El retraso en la búsqueda de ayuda frente a un desorden mental puede llevar a un empeoramiento y/o a un futuro estado crónico del mal en cuestión (69).

Por todo lo anterior, es relevante contar con programas de ASM, en particular para la población adolescente. Es más o menos evidente que muchas de las barreras que tienen los jóvenes para obtener una mejora en su condición de salud mental se debe a carencias en la ASM que éstos poseen (68). Es relevante, por lo tanto, educar a los adolescentes sobre la identificación de problemas de salud mental más recurrentes durante su edad y sobre las formas de pedir ayuda en caso de presentarse estos trastornos. Ante ello, intervenciones de ASM son importantes y en la bibliografía revisada hay varios ejemplos para el nivel universitario que refrendan lo señalado (29,33,70–72).

De esta forma, para discutir de ASM debe considerarse el conocimiento y las habilidades que abordan los aspectos biológicos y psicosociales de la salud mental para mejorar la comprensión de la salud y los trastornos mentales, reducir el estigma, ayudar a la identificación temprana de los trastornos mentales y facilitar las conductas de búsqueda de ayuda en los jóvenes. Así como la alfabetización en salud es clave para reconocer los síntomas físicos y buscar ayuda, la alfabetización en salud mental es clave para el reconocimiento temprano de los problemas de salud mental y la búsqueda de ayuda (30).

A continuación, se describen las dimensiones de ASM evaluadas en el instrumento TMHSCG-CL, instrumento de medición de la ASM que será descrito con mayor detalle en el capítulo 2 del presente trabajo.

1.5.4. Dimensión “conocimiento” de la ASM

Se define “conocimiento” en el Diccionario de la Lengua Española como la acción y efecto de conocer, es decir, el acto de averiguar, usando el intelecto, la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas (73). En el ámbito de la ASM, el conocimiento se refiere a averiguar sobre la naturaleza, cualidades y relaciones de la salud mental. El conocimiento en ASM es diferente de acuerdo con la edad del sujeto. Los contenidos entregados en la educación escolar actualmente difieren de sobremanera a los entregados hace algunas décadas, debido a que esta se encuentra en constante evolución y se va actualizando continuamente. Si bien actualmente existen distintas herramientas (páginas en internet, libros, revistas y/o artículos científicos) que permiten a las personas estar informados sobre diversas afecciones. Los jóvenes no ocupan estas herramientas para informarse sobre SM, pero sí recurren a sus pares. En cuanto a los adultos, aún persisten ciertas creencias sobre SM que los llevan a no buscar o dejar los tratamientos (68) y a no creer en especialistas como psicólogos o psiquiatras. Por otro lado, el nivel de conocimiento en SM en particular implica la capacidad de los individuos para solicitar ayuda o ser capaces de seguir las indicaciones y tratamientos otorgados por los profesionales de la salud (74). La falta de un conocimiento apropiado de los trastornos mentales ya sea en la propia persona o en otros, puede ocasionar demoras en la búsqueda de ayuda apropiada. A pesar de que el estigma es una de las principales preocupaciones de los pacientes, se sabe poco acerca de cómo reducirlo. Es posible que al aumentar el conocimiento también se logre reducir el estigma al superar los conceptos erróneos (74).

1.5.5. Dimensión “estigma” de la ASM

El conocimiento inadecuado no es el único factor limitante de búsqueda de ayuda. Las actitudes negativas también son importantes; tales actitudes negativas pueden involucrar un auto estigma (en inglés *self-stigma*) en el que una persona ha internalizado las actitudes negativas que posee la sociedad sobre SM y las ha aplicado a sí mismo, o puede percibir el estigma que implica la creencia de que otros tienen actitudes estigmatizantes sobre SM. Ambos están muy extendidos y reducen la probabilidad de que una persona deprimida busque ayuda profesional (74).

Según el sociólogo Erwin Goffman, la aplicación y elaboración del estigma no es más que “un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce dondequiera exista normas de identidad” (75). El estigma degrada como un atributo profundamente segregador, pues se basa en características de las personas que el resto considera indeseables. Estigma es, más bien, una relación entre atributo y estereotipo, determinado por los individuos de la sociedad (76). Investigaciones desde finales de la década de mil novecientos noventa indican que en la población existe una conexión entre enfermedad o desorden mental y el potencial de violencia y deseos de aislamiento social de los afectados por tales males (77).

El estigma en salud mental se presenta porque buena parte de las personas afectadas por un problema de salud mental deben enfrentar tanto la sintomatología médica como el hecho de que se ven afectadas por la patología y al mismo tiempo por la opinión externa que se tiene de ellos a causa de dicha patología. Esa doble “victimización” impide que muchos de los afectados recurran a la ayuda profesional, buscando información en otro tipo de fuentes como círculos de amigos, internet u otros. Así, Kutcher y otros indican que “la ausencia de conocimiento es considerada como un factor conducente al prejuicio (actitudes negativas) que posteriormente influye en los comportamientos (discriminación)” (78). El estigma y la discriminación social siguen siendo un problema continuo para las personas que padecen enfermedades mentales, especialmente para los jóvenes. El temor

al estigma relacionado con una enfermedad mental es una barrera común que impide que los jóvenes busquen ayuda y acudan a los servicios de salud (30).

La bibliografía habla sobre una posible correlación entre ASM y estigma. De hecho, ASM ha sido identificada como un factor determinante en el comportamiento de búsqueda de ayuda entre estudiantes universitarios (17), que se puede ver disminuido por la presencia de comportamientos estigmatizantes y autoestigmatizantes en los afectados (30,79).

1.5.6. Dimensión “búsqueda de ayuda” de la ASM

La búsqueda de ayuda en salud mental se define como “aquel comportamiento donde existe una búsqueda activa de ayuda proveniente de otras personas” (80); se basa en las relaciones sociales y las habilidades interpersonales de los individuos. Existen dimensiones que interactúan en el proceso de búsqueda de ayuda. La primera es el “reconocimiento del potencial y capacidades propias” para resolver problemas; la segunda involucra lo que la persona realiza “en y con su entorno” para la búsqueda de ayuda: acude a la familia, amigos, y después a otros espacios de asistencia para salud y bienestar (81). Otro modelo para la búsqueda de ayuda coincide parcialmente en la primera dimensión necesaria, complementándola con el reconocimiento de la enfermedad y agregando las dimensiones de “decisión de buscar ayuda” y “selección del servicio” (79).

La conducta de búsqueda de ayuda oportuna es fundamental para el control de la salud mental en los jóvenes y la disminución de consecuencias nocivas para ellos. Por ejemplo, se ha determinado que incentivarlos a buscar ayuda cuando se sienten depresivos es una estrategia importante en la reducción del riesgo suicida (82). Un gran número de adolescentes y jóvenes no buscan ayuda de un profesional a pesar de que tienen la necesidad de recibirla (82). Se ha demostrado que las iniciativas para aumentar el conocimiento y las actitudes positivas hacia las enfermedades mentales pueden mejorar la

probabilidad de que los jóvenes estén dispuestos a hablar sobre enfermedades mentales y buscar ayuda (30). La búsqueda de ésta en forma temprana es considerada un factor protector (82).

1.5.7. Dimensión “estrés percibido” de la ASM

El estrés según la OMS corresponde a “reacciones fisiológicas que en su conjunto preparan al organismo para la acción”. Este se puede ver desde tres perspectivas: ambiental, la cual se centra en los eventos que estresan; psicológica, pues es la respuesta que emocionalmente se les entrega a los estresores; y biomédica, la cual estudia las respuestas y los sistemas fisiológicos involucrados en el afrontamiento de los asuntos vitales (83).

El estrés es generado cuando se responden a niveles elevados de presión, ya sea por temas educacionales, laborales o personales. Lo ideal sería actuar de manera eficaz y eficiente frente a niveles altos de presión y exigencias.

Los estudiantes universitarios están constantemente sometidos a distintos factores que les generan presión y estrés, redundando en una disminución de su rendimiento académico. Es importante la forma en que la población en general y los estudiantes en particular aprecian la situación estresora, por que determinará cómo se perciba el estrés y esto está definido por las características personales que posea cada individuo, sus actitudes, experiencia y motivaciones (46).

1.5.8. Dimensión “sensación de bienestar” de la ASM

Bienestar se define como el estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica. Cómo las personas perciben su salud a través de cada etapa de su ciclo vital puede ser un importante indicador subjetivo

de su estado de salud-enfermedad. Los estudiantes universitarios suelen sentirse con un buen nivel de salud por la sensación de bienestar emocional y comportamental, no así los adultos que asocian un buen nivel de salud con sentirse bien físicamente (84).

El bienestar es un concepto amplio que abarca tanto lo relacionado con la salud, como otros tópicos no relacionados con esta como lo son la autonomía y la integridad. El concepto de bienestar puede ser considerado como “calidad de vida” dependiendo de las variables a estudiar. El nivel percibido de bienestar es derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida. Al ser una medida de autorreporte, se centra preferentemente en la evaluación que una persona hace de su nivel de bienestar y satisfacción (85).

Recapitulando, se ha podido observar la evolución del concepto de ASM. Desde la definición por analogía de Jorm en Australia, ha habido un desarrollo sistemático y decidido para dar madurez a esta rama investigativa. En Chile, sin embargo, la situación no es tan alentadora pues (parafraseando a William Thomson, lord Kelvin) aún existen “algunas nubes en el horizonte”. Una de esas nubes es la falta de estudios sobre ASM en el país. Lo que agrava la situación es que el término ASM ni siquiera es mencionado en los planes nacionales de salud o de salud mental promovidos desde el nivel central (61). A diferencia de Canadá, donde existe una completa guía curricular para ASM en las escuelas (86), en Chile no está incluida la ASM en los planes y programas curriculares. De hecho, una revisión sistemática de las Bases Curriculares vigentes para la enseñanza prebásica, básica y media de nuestro país realizada por los autores muestra que el concepto “salud mental” ni siquiera es mencionado como un contenido a tratar en algún nivel de enseñanza (87,88).

Se puede agregar a lo anterior la falta de instrumentos de medición de ASM que aborden de manera adecuada todas sus dimensiones. Muchos de los trabajos revisados señalan el uso de herramientas cuya evaluación de propiedades psicométricas no es la adecuada. Recientemente ha aparecido un instrumento que podría contribuir a la solución

parcial de estos problemas (89). En una revisión sistemática realizada por Wei y otros se indica que la mayoría de los estudios revisados se realizaron sobre población adulta, y sólo cuatro trabajos fueron realizados sobre población juvenil (90). Lo anterior muestra la importancia de desarrollar, evaluar y validar herramientas que aborden la ASM de manera específica para los jóvenes que se encuentran en un período vulnerable, y buscar relaciones con potenciales riesgos de desarrollar un desorden mental (33).

Con todo, ASM demuestra ser un campo activo de investigación y un constructo de mucha importancia en especial para la salud de la población adolescente. Jóvenes entre dieciséis y veinticuatro años son quienes tienen mayores prevalencias de trastornos en salud mental, más que otros grupos etarios. Del mismo modo, los primeros consumos de sustancias como alcohol o drogas tienen su aparición antes de los veinticuatro años en tres de cada cuatro casos. Todo eso lleva a retrasos en la búsqueda de ayuda o rechazo de la misma por no reconocimiento del problema (20,48,49). Por ello, cualquier trabajo que vaya en la dirección de contribuir a mejorar la salud mental de los jóvenes y adolescentes es una piedra más que cimentará mejoras en la calidad de vida de las personas, parte importante de la labor de los profesionales de enfermería en cualquier país. El problema de la alfabetización en salud mental es general. Sin embargo, una solución en las etapas más tempranas de la vida propiciará una mejor calidad de vida en el futuro. Allí radica la importancia de este trabajo.

1.6. Marco empírico

En la siguiente sección se entregará un breve resumen de los estudios más relevantes relacionados con el área de estudio del presente trabajo de grado, indicando sus resultados. Para ello, se trabajó con estudios referentes a alfabetización en salud mental y sus dimensiones, así como también características socio económicas en adolescentes. En esta revisión, existe un estudio publicado antes del año dos mil quince el que, sin embargo,

fue considerado por estar aún vigente y porque considera las mismas variables mencionadas en esta investigación.

1.- Feldman y otros (91), en Caracas, Venezuela, durante el año dos mil ocho, desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar estrés académico, apoyo social y su relación con la salud mental y el rendimiento académico en estudiantes universitarios. En el trabajo *Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos*, trescientos veintiún estudiantes de carreras técnicas en Caracas, Venezuela, diligenciaron, durante el periodo académico de mayor tensión, instrumentos sobre estrés académico, apoyo social y salud mental. Los resultados indican que las condiciones favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico. En las mujeres, la mayor intensidad del estrés se asoció al menor apoyo social de los amigos, mientras que en los hombres se relacionó con un menor apoyo social por parte de personas cercanas, y un menor reporte en general. Ambos presentaron mejor rendimiento cuando el estrés académico percibido fue mayor y el apoyo social de las personas cercanas fue moderado.

2.- Hadjimina y otros (14), en el año dos mil dieciséis, en Londres, Reino Unido, realizaron un cuestionario diseñado para el estudio, que incluía identificación de viñetas y una sección demográfica utilizando Qualtrics, una herramienta de encuestas en línea. El trabajo *Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders* (Influencia de la edad y el género en la alfabetización en salud mental de los trastornos de ansiedad), tuvo por objetivo determinar si el género y la edad de los participantes, así como origen del trastorno tenían un efecto significativo en su capacidad para reconocer una variedad de trastornos de ansiedad. La investigación apunta a la evidencia de que la ASM, sin embargo, sigue siendo relativamente baja para todos los trastornos de ansiedad. Una muestra de conveniencia de 162 individuos (entre dieciocho y setenta años) completó uno de los dos cuestionarios, que solo diferían en el género del personaje de la viñeta. El etiquetado “correcto” (usando el término oficial/técnico) de los diferentes trastornos varió del 3% al

29% en todos los participantes. Las diferencias de género de los participantes tuvieron un efecto significativo en la alfabetización, donde las mujeres demostraron una ASM más alta que los hombres y el grupo más joven (de entre dieciocho y veintinueve años) mostró una ASM mejor que los grupos de mayor edad.

3.- Chisholm y otros (92), en el año dos mil dieciséis, en Birmingham, Reino Unido, realizaron un ensayo controlado aleatorio de grupo pragmático que comparó la educación de forma aislada con la educación sumada al contacto. El estudio *Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: the SchoolSpace cluster randomised controlled trial* (Impacto del contacto en la alfabetización y el estigma de la salud mental de los adolescentes: el ensayo controlado aleatorio del conglomerado SchoolSpace), tuvo por objetivo investigar si el contacto intergrupar además de la educación es más efectivo que la educación sola para reducir el estigma de las enfermedades mentales en los adolescentes. Los participantes fueron reclutados entre el uno de mayo de dos mil once y el treinta de abril de dos mil doce. 769 participantes completaron la prueba preliminar y se asignaron al azar a la condición. 657 (85%) proporcionaron datos de seguimiento. Para el estudio, se realizó un programa educativo de un día en cada escuela dirigido por profesionales de salud mental. Los estudiantes en la condición de “contacto” recibieron una sesión interactiva con un joven con experiencia vivida de enfermedad mental. Los resultados a las dos semanas de seguimiento indicaron que el estigma actitudinal mejoró en ambas condiciones sin un efecto significativo de la condición (IC del 95%: -0,40 a 0,22, $p = 0,5$, $d = 0,01$). Se encontraron mejoras significativas en la condición de solo educación en comparación con la condición de contacto y educación para los resultados secundarios del estigma basado en el conocimiento, la alfabetización en salud mental, el bienestar emocional y la resiliencia, y la búsqueda de ayuda.

4.- Leal-Zavala (80) en el año dos mil diecisiete, en Perú, realizó una revisión bibliográfica titulada *Búsqueda de ayuda en salud mental en los adolescentes*, cuyo objetivo fue analizar el problema de los trastornos mentales caracterizados no solo por su

prevalencia y alto grado de discapacidad sino también por su falta de atención. Esto ha llevado a orientar la investigación hacia los primeros momentos en que se generan los problemas de salud mental, es decir, la búsqueda de ayuda en salud mental. Esta ayuda puede ser obtenida de diversas fuentes, mismas que pueden ser clasificadas como formales o informales (55). Al respecto, los estudios indican que los adolescentes no suelen buscar ayuda profesional y más bien prefieren la ayuda informal, donde la familia es la principal fuente. La necesidad de ayuda profesional percibida por los adolescentes depende de la búsqueda, el nivel de estrés y la creencia previa de que nada podría ser de ayuda. Lo que nos lleva a determinar que esta búsqueda de ayuda profesional estaría determinada por el estigma que experimentan los adolescentes hacia la enfermedad mental.

5.- Clough y otros (18), en Australia, durante el año dos mil diecisiete, realizaron un estudio entre estudiantes universitarios en ese país (tanto nativos como extranjeros) para examinar su angustia psicológica, su ASM y sus actitudes e intenciones de búsqueda de ayuda. El trabajo *A comparison of mental health literacy, attitudes, and help-seeking intentions among domestic and international tertiary students* (Una comparación de la alfabetización en salud mental, actitudes e intenciones de búsqueda de ayuda entre estudiantes de educación superior nacionales e internacionales), consideró una muestra de 357 estudiantes de educación superior, y mostró que ser estudiante extranjero fue predictor de puntajes más bajos en ASM, actitudes de búsqueda de ayuda e intenciones de búsqueda de ayuda para ideación suicida.

6.- Nguyen Thai y otros (93), en Vietnam, en el año dos mil dieciocho publicaron un estudio cuyos datos fueron recopilados en el año dos mil quince. Su objetivo fue investigar la ASM de la depresión entre los estudiantes universitarios de salud pública y sociología en Hanoi, Vietnam. El estudio se titula *Mental health literacy: knowledge of depression among undergraduate students in Hanoi* (Alfabetización en salud mental: conocimiento de depresión entre estudiantes de pregrado en Hanoi). Se realizó una encuesta cuyos datos se recopilaron mediante un cuestionario anónimo autoadministrado y distribuido a 350

estudiantes universitarios (213 de salud pública; 137 de sociología). Las preguntas sobre ASM de la depresión fueron adaptadas de la Encuesta Nacional Australiana de Alfabetización y Estigma en Salud Mental. Los temas de las preguntas incluyeron el reconocimiento de la depresión, las intenciones de búsqueda de ayuda, el apoyo de primeros auxilios y el conocimiento sobre las intervenciones para ayudar a las personas con depresión. Se realizaron pruebas de *chi* cuadrado (χ^2) para comparar estadísticas proporcionales entre grupos para múltiples medidas. Los resultados respecto del reconocimiento de los trastornos mentales, arrojó que el 32,0% de los encuestados utilizó la etiqueta precisa “depresión” para la viñeta. Entre aquellos que identificaron correctamente la depresión, el 82,1% buscaría ayuda. La estadística correspondiente fue del 81,1% de los que no reconocieron la depresión. Ambos grupos buscarían ayuda del consejero, psicólogo, miembros de la familia y amigos cercanos. El apoyo de primeros auxilios sugerido por los encuestados en ambos grupos fueron fuentes informales.

7.- Kim y otros (94), durante dos mil diecinueve en República de Corea, realizaron un estudio sobre la vinculación entre alfabetización en salud mental y comportamientos de búsqueda de ayuda. El trabajo *Pathways Linking Mental Health Literacy to Professional Help-Seeking Intentions in Korean College Students* (Vías que vinculan la alfabetización en salud mental con las intenciones profesionales de búsqueda de ayuda en estudiantes universitarios coreanos), fue un estudio transeccional con datos provenientes de doscientos participantes de diversas universidades en cuatro distritos de Corea del Sur. Se plantearon ocho hipótesis de trabajo que se sometieron a pruebas estadísticas. Como resultado se obtuvo que la alfabetización en salud mental tuvo efectos directos e indirectos sobre las actitudes hacia la búsqueda de ayuda y un efecto indirecto sobre las actitudes hacia la búsqueda de ayuda debido a la presencia del estigma. Los autores señalan que los profesionales de enfermería en salud mental tienen tanto responsabilidad como al mismo tiempo, un desafío para mejorar la ASM en estudiantes universitarios.

8.- Ratnayake y Hyde (57), en Melbourne, Australia, durante dos mil diecinueve, desarrollaron un trabajo cuyo objetivo fue investigar la relación entre la ASM, las intenciones de búsqueda de ayuda y el bienestar en los estudiantes de educación secundaria. Su trabajo *Mental Health Literacy, Help-Seeking Behaviour and Wellbeing in Young People: Implications for Practice* (Alfabetización en salud mental, comportamiento de búsqueda de ayuda y bienestar en los jóvenes: implicaciones para la práctica), presentó dos hipótesis: primero, que los estudiantes que poseen altos niveles de ASM, tendrían más probabilidades de informar mayores intenciones de buscar ayuda y mayores niveles de bienestar, y segundo, que las mujeres informarían niveles más altos de ASM y mayores intenciones de buscar ayuda en comparación con los hombres. Sus resultados mostraron que existe una correlación positiva entre el bienestar y la búsqueda de ayuda general, así como el bienestar y la búsqueda de ayuda para la ideación suicida.

9.- Thai y otros (56), en Vietnam en dos mil veinte, desarrollaron un trabajo titulado *Mental Health Literacy and Help-Seeking Preferences in High School Students in Ho Chi Minh City, Vietnam* (Alfabetización en salud mental y preferencias de búsqueda de ayuda en estudiantes de secundaria en la ciudad de Ho Chi Minh, Vietnam), que buscaba evaluar los niveles de ASM y preferencias de búsqueda de ayuda en estudiantes secundarios, incluyendo comparaciones de esas variables entre estudiantes con estrés, ansiedad y depresión contra aquellos que no presentaban dichos problemas. Realizaron un estudio transversal a 1094 estudiantes en veintisiete clases en tres escuelas secundarias, donde utilizaron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), la Escala de Alfabetización en Salud Mental (MHLS) y el Cuestionario General de Búsqueda de Ayuda.

Según el DASS-21, la prevalencia de estudiantes que informaron síntomas de estrés, depresión y ansiedad fue del 36,1%, 39,8% y 59,8%, respectivamente. El puntaje promedio de MHLS fue 104,12 (DE = 10,09), significativamente menor en los estudiantes que tenían síntomas de depresión. Las preferencias más comunes de búsqueda de ayuda para enfermedades mentales fueron amigos, compañeros de clase y familiares o miembros de la

familia. Las preferencias de búsqueda de ayuda fueron casi idénticas entre los estudiantes con estrés, ansiedad o depresión. Los estudiantes de secundaria vietnamitas que mostraron altos niveles de síntomas de estrés, depresión y ansiedad y niveles moderados de alfabetización en salud mental, prefirieron a los no profesionales del área como su primera opción para buscar ayuda.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Determinar el nivel de alfabetización en salud mental (ASM) de los estudiantes de pregrado de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán.

1.7.2. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas (edad, sexo, ingreso económico familiar, lugar de residencia, carrera que estudia, año que corresponde a su carrera), en los estudiantes universitarios de pregrado de la Universidad del Bío-Bío, sede Chillán.
2. Determinar los niveles de ASM en las dimensiones de conocimiento, estigma, búsqueda de ayuda, estrés percibido y sensación de bienestar en los estudiantes de pregrado de la Universidad del Bío-Bío, sede Chillán.
3. Determinar la relación existente entre ASM y las características socioeconómicas de los participantes del estudio.
4. Comparar el nivel de alfabetización en salud mental entre los estudiantes de pregrado de primer año y los del último año de su carrera.
5. Comparar el nivel de ASM entre los estudiantes de pregrado de las carreras de la salud y los de otras carreras.

2. MÉTODOS

2.1. Tipo de diseño

El diseño de investigación es cuantitativo, descriptivo y corte transversal.

2.2. Población de estudio

Estudiantes de pregrado de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán, de todas las carreras de la sede, entre 18 y 24 años 11 meses y 29 días.

2.3. Muestra

El muestreo fue no probabilístico. Para un universo de $N = 4632$ estudiantes de la sede Chillán (valor del año 2018), y considerando un error máximo aceptable del 5%, un porcentaje estimado de la muestra de un 50%, y un nivel de confianza deseado del 95%, la muestra de estudiantes de la población de estudio es $n = 353$ estudiantes.

2.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis corresponde a los alumnos de pregrado de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán.

2.5. Criterios de elegibilidad

2.5.1. Criterios de inclusión

Los estudiantes se consideran elegibles si cumplen con los siguientes requisitos:

- a) Tienen hasta 24 años 11 meses y 29 días de nacidos al momento de las encuestas.
- b) Son alumnos regulares de la sede antes mencionada.
- c) Son capaces de entender los cuestionarios y de responderlos.
- d) Aceptan participar de la investigación.

2.5.2. Criterios de exclusión

Los alumnos no serán elegibles si:

- a) Presentan diagnóstico y tratamiento referentes a enfermedades de salud mental (depresión, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo).
- b) Se encuentran realizando un programa de intercambio en la Universidad.

2.6. Listado de variables del estudio

Variables dependientes del estudio:

1. Nivel de Alfabetización en Salud Mental.

Variables independientes del estudio:

1. Nivel de conocimiento en salud mental.
2. Nivel de estigma.
3. Nivel en búsqueda de ayuda.
4. Nivel de estrés percibido.
5. Nivel de sensación de bienestar.

6. Edad.
7. Sexo.
8. Ingreso económico familiar.
9. Lugar de residencia.
10. Carrera que estudia.
11. Año que corresponda a su carrera.

2.7. Descripción del instrumento recolector

2.7.1. Cuestionario de antecedentes sociodemográficos

Es un instrumento creado por los autores del estudio con el objetivo de obtener los antecedentes sociodemográficos. Consta de 6 preguntas que incluye: código del nombre; edad; sexo; lugar de residencia; carrera del encuestado; año de carrera del encuestado, e; ingreso económico familiar (Anexo B).

2.7.2. Test de Alfabetización en Salud Mental para Población Adolescente Escolarizada Chilena (TMHHSCG-CL)

El instrumento “Test de Alfabetización en Salud Mental” es una versión traducida y adaptada a población adolescente escolarizada chilena (TMHSCG-CL), y es parte de la tesis doctoral de Ximena Macaya Sandoval, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción autorizada por su autora para ser utilizada en esta investigación. Este instrumento es una escala que permite medir la ASM a través de cinco secciones que incluyen los componentes principales del constructo de ASM. Cada sección, a su vez, estudia factores que determinan la ASM en un individuo.

La primera sección (A) incluye dieciocho ítems que evalúan los conocimientos generales de salud mental. Los ítems se presentan en formato “verdadero o falso” y “no

sé”. Los estudiantes reciben instrucciones de usar la opción “no sé” si no conocen la respuesta. Se asigna 1 punto a cada respuesta correcta, y 0 puntos a la que no es correcta. El máximo puntaje posible es 18 puntos. A mayor puntaje, mayor nivel de conocimiento sobre salud mental. Esta sección posee dos factores a estudiar de manera individual: neuropsicología (preguntas 1 a la 9) y conductas de enfermedad mental (preguntas 10 a la 18).

La segunda sección (B) contiene diez ítems para examinar actitudes relacionadas con trastornos o enfermedades mentales. Estos ítems incluyen declaraciones sobre trastornos mentales y/o personas con una enfermedad mental y solicitan a los estudiantes que seleccionen su nivel de acuerdo utilizando una escala de Likert de cinco puntos (es decir, de totalmente en desacuerdo a muy de acuerdo). Esta parte de la encuesta aborda varios constructos de estigma, como la distancia social y el estigma personal y percibido. El máximo puntaje (25 puntos) en esta sección indica que la persona tiene menor estigma frente a las enfermedades mentales. La sección presenta dos factores a estudiar: sentimientos de prejuicios (preguntas 1 a la 5) y estereotipos (preguntas 6 a la 10).

La tercera sección (C) trata acerca de las intenciones de búsqueda de ayuda; consta de cinco preguntas relacionadas con la búsqueda de ayuda, la percepción que se tiene respecto de pedir ayuda o ayudar a alguien cuando hay un trastorno mental. Contiene una escala de Likert de cinco puntos, con un máximo puntaje de 25 puntos. A mayor puntaje, mayor intención de búsqueda de ayuda. Presenta dos factores a estudiar: búsqueda de ayuda para otras personas (preguntas 1 y 2) y búsqueda de ayuda para sí mismo (preguntas 3 a la 5).

La cuarta sección (D) consta de diez preguntas de la Escala de estrés percibido (*Perceived Stress Scale*, PSS). La escala incluye una serie de consultas directas sobre los niveles actuales de estrés experimentado. Las preguntas se refieren a sentimientos y pensamientos durante el último mes. El puntaje máximo de la sección es de 50 puntos. Las preguntas 1, 2, 3, 6, 9, y, 10 presentan puntajes invertidos. A mayor puntaje, menor estrés

percibido. Los factores individuales por estudiar en esta sección son: incapacidad de enfrentar problemas (preguntas 1 a la 6) y seguridad y control sobre las cosas (preguntas 7 a la 10).

La última sección (E) del TMHSCG-CL corresponde al Índice de Bienestar, de la OMS (*Five Well-Being Index (WHO-5)*) que es una medida breve de cinco preguntas y auto informada del bienestar mental actual. En la versión adaptada la escala de Likert contiene cinco puntos. Hay un puntaje máximo para esta sección de 25 puntos, y a mayor puntaje mayor sensación de bienestar. La sección en sí misma sólo estudia un único factor, a saber, el bienestar emocional.

Cada sección del instrumento tiene puntajes mínimos y máximos que ayudan a la interpretación de los resultados. La codificación se muestra a continuación.

Escalas	Preguntas	Valor Mínimo	Valor Máximo
Sección A: Conocimiento	Verdadero o Falso	0: Responde de manera incorrecta	1: Responde correctamente la pregunta
Sección B: Estigma	Escala Likert de 5 puntos	1: Totalmente de acuerdo Mayor estigma	5: Totalmente en desacuerdo: Menor estigma
Sección C: Búsqueda de ayuda	Escala Likert de 5 puntos	1: Totalmente en desacuerdo: Menor intención de buscar ayuda	5: Totalmente de acuerdo: Mayor intención de Buscar ayuda
Sección D: Estrés Percibido	Escala Likert de 5 puntos		
	Preguntas 4, 5, 7 y 8	1: Nunca: Menor Percepción de sentir seguridad y control sobre las cosas.	5: Con mucha frecuencia: Mayor Percepción de sentir seguridad y control sobre las cosas.
	Preguntas 1, 2, 3, 6, 9 y 10	1: Con mucha frecuencia: Mayor Percepción de sentir estrés e incapacidad de enfrentar problemas.	5: Nunca: Menor Percepción de sentir estrés e incapacidad de enfrentar problemas.
Sección E: Satisfacción con la vida	Escala Likert de 5 puntos	1: Nunca Menor Bienestar emocional	5: Siempre Mayor Bienestar emocional

Tabla 2-1: Escalas con valores mínimos o máximos del instrumento TMHSCG-CL

2.8. Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de datos se creó un formulario digital en la plataforma Google Forms, dividido en tres partes. La primera contenía la ficha de información y consentimiento del participante. La segunda correspondía al cuestionario de condiciones socioeconómicas. La tercera contenía el cuestionario TMHSCG-CL. Al ser una encuesta realizada en línea, la primera ventana del cuestionario en línea contenía la hoja de información y consentimiento del participante que describía el propósito del estudio. Al aceptar las condiciones, se desplegaba el primer cuestionario socioeconómico y el segundo de ASM. Si el estudiante rechazaba las condiciones, se terminaba el cuestionario inmediatamente.

2.9. Aspectos éticos

Esta investigación está basada en los principios de no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia establecidos en la declaración de Helsinki (92) y en las leyes N° 20 120 sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y que prohíbe la clonación humana (93) y N° 20 584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (94), que rigen el manejo de información de las investigaciones en Chile.

Primero se solicitaron las autorizaciones correspondientes a las unidades académicas de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán respectivas, a saber, las distintas facultades, en la persona de sus respectivos decanos y directores de escuela, para ser presentados al Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad del Bío-Bío.

Previo a la aplicación del instrumento, se obtuvo el consentimiento por parte de los estudiantes, a través del formulario de consentimiento informado online, lo que permitió continuar con la etapa de aplicación del cuestionario TMHSCG-CL.

Cabe mencionar que la participación de cada individuo en este estudio fue voluntaria; no se utilizó el nombre de los participantes y los resultados son anónimos al igual que las publicaciones que se generen de esta investigación.

Los datos obtenidos serán utilizados únicamente para investigación académica. No se utilizarán datos personales.

2.10. Procesamiento de los datos

Los datos fueron recolectados en una hoja de cálculos de Microsoft Excel y procesados usando el programa SPSS versión 25. Se analizaron con estadígrafos de tendencia central, de posición y de dispersión. Se usó la prueba estadística z para hallar diferencias significativas entre las medias de grupos.

3. RESULTADOS

El formulario de la encuesta fue creado en Google Forms en el cual participaron un total de 433 estudiantes. Los que cumplieron con los criterios de elegibilidad para el estudio fueron 370 alumnos regulares de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán.

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas y académicas. El 69,5% de los participantes tiene más de 20 años, el 78,4% son mujeres, el 47,9% está en los últimos años de la carrera y el 77,8% pertenecen al área de la salud y educación. El 74,6% declaró que su ingreso *per cápita* está en el primer y segundo quintil y el 69,2% declaró residir en zona urbana.

Tabla 1: Tabla de características sociodemográficas de la muestra de estudio (N=370).

Característica sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje	Característica sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje
Edad (por estratos)			Área de estudios de la carrera		
18 a 20	113	30,5%	Salud	174	47,0%
21 a 24	257	69,5%	Pedagogía y Humanidades	114	30,8%
			Ingeniería y Finanzas	61	16,5%
Sexo biológico			Otras áreas	21	5,7%
Hombre	80	21,6%	Quintil de ingreso		
Mujer	290	78,4%	1 (\$0 a \$69 090)	85	23,0%
Zona de residencia			2 (\$69 091 a \$106 366)	191	51,6%
Rural	114	30,8%	3 (\$106 215 a \$162 366)	6	1,6%
Urbano	256	69,2%	4 (\$162 367 a \$301 741)	56	15,1%
Año de carrera			5 (más de \$301 741)	32	8,6%
Primero	64	17,3%			
Segundo	65	17,6%			
Tercero	64	17,3%			
Cuarto	99	26,8%			
Último año	78	21,1%			

En la tabla 2 se observan los resultados por dimensiones, cuyo detalle sigue:

- Dimensión conocimiento sobre enfermedades mentales (sección A) muestra una media de 12,1 puntos de un puntaje máximo posible de 18.
- Dimensión estigma (sección B) el promedio de valores es de 42,5 puntos, con una mediana de 44 puntos. El 6,8% de la muestra logró obtener el puntaje máximo esperado de 50 puntos
- Dimensión búsqueda de ayuda (sección C) el promedio de puntaje es de 21,8 puntos, con una mediana en 23 puntos de un total de 25, máximo posible para esta sección.
- Dimensión estrés percibido (sección D) por los participantes del estudio, el promedio de puntajes obtenidos fue de 28,99 y la mediana de 29 puntos. Ninguno de los participantes del estudio en este ítem obtuvo el puntaje máximo posible que era de 50 puntos.
- Dimensión sensación de bienestar (sección E) arrojó que el promedio de respuestas fue de 14 puntos con una mediana de 13, de un puntaje posible de 25 puntos. Solo el 1,1% de la muestra obtuvo el puntaje máximo respecto de la sensación de bienestar.

El puntaje global promedio de Alfabetización en Salud Mental obtenido por los encuestados fue de 119,39 puntos, con una mediana de 120 puntos. El puntaje ideal para la prueba de ASM es de 168 puntos, el cual, no fue alcanzado por ninguno de los encuestados. El puntaje máximo alcanzado fue de 152 puntos, solo por un estudiante.

Tabla 2: Nivel de ASM según prueba TMHSCG-CL y sus secciones.

Estadígrafo (n=370)	Total Conocimiento	Total Estigma	Total Búsqueda de Ayuda	Total Estrés percibido	Total Bienestar	Total ASM
Media	12,1	42,5	21,8	29,0	14,0	119,4
Mediana	12	44	23	29	13	120
Desviación estándar	2,6	5,6	3,9	6,8	3,8	13,8
Máximo posible	18	50	25	50	25	168

En la tabla 3 se observa que las mujeres obtuvieron mejores puntajes globales, con una diferencia más evidente en la dimensión de estigma.

Tabla 3: Resultados globales del nivel de ASM por sexo biológico.

Sexo	Total Conocimiento	Total Estigma	Total Búsqueda de Ayuda	Total Estrés percibido	Total Sensación de Bienestar	Total ASM	
Hombre (n=80)	Media	11,5	41,0	21,5	28,6	14,4	116,9
	Mediana	11	42	22	29	14	116
	Desviación estándar	2,7	6,8	3,0	7,2	4,2	15,8
Mujer (n=290)	Media	12,3	43,0	21,9	29,1	13,9	120,1
	Mediana	12	44	23	29	13	120
	Desviación estándar	2,5	5,1	4,1	6,6	3,8	13,2

En la tabla 4 se observa que el grupo de estudiantes de 21 a 24 años tuvo los mejores resultados en las secciones de conocimiento, búsqueda de ayuda, estrés percibido y bienestar. Los participantes entre 18 a 20 años obtuvo mejores resultados en la sección de estigma.

El coeficiente de correlación de Pearson $r = 0,131$ entre las variables ASM y edad, indica que no existe una correlación entre las variables.

Tabla 3: Resultados globales del nivel de ASM por cada sección de edad.

Edad (Agrupada)	Total Conocimiento	Total Estigma	Total Búsqueda de Ayuda	Total Estrés percibido	Total Sensación de Bienestar	Total ASM	
de 18 a 20 (n=113)	Media	11,3	42,7	21,6	28,0	13,3	116,9
	Mediana	11	44	22	28	13	117
	Desviación estándar	2,3	5,4	3,7	6,3	3,2	12,0
de 21 a 24 (n=247)	Media	12,4	42,5	21,9	29,4	14,3	120,5
	Mediana	13	43	23	30	13	120
	Desviación estándar	2,7	5,7	4,1	6,9	4,1	14,5
Coefficiente de correlación de Pearson entre ASM y edad						r = 0,131	

En la tabla 5 se evidencia que los estudiantes que viven en la zona urbana obtuvieron un puntaje total promedio en AMS de 120,84 puntos, el que fue superior al de los participantes pertenecientes a la zona rural que obtuvieron un puntaje promedio de 116,14.

Tabla 4: Resultados globales de ASM por lugar de residencia.

Área de residencia		Total Conocimiento	Total Estigma	Total Búsqueda de Ayuda	Total Estrés percibido	Total Sensación de Bienestar	Total ASM
Rural (n=114)	Media	11,55	41,53	21,65	27,96	13,45	116,14
	Mediana	11,50	43,00	23,00	29,00	13,00	116,00
Urbano (n=256)	Media	12,31	42,98	21,85	29,45	14,24	120,84
	Mediana	12,00	44,00	23,00	29,00	14,00	121,00

La tabla 6 señala que los participantes de último año tienen mejores resultados generales y además en las secciones de conocimiento, estrés percibido y sensación de bienestar, mientras que el grupo de estudiantes en su tercer año tienen mejores resultados en las secciones de estigma y de búsqueda de ayuda.

Tabla 6: Resultados generales de ASM por año de carrera en curso

Año de carrera		Total Conocimiento	Total Estigma	Total Búsqueda de Ayuda	Total Estrés percibido	Total Sensación de Bienestar	Total ASM
Primero (n=64)	Media	11,34	42,56	21,70	27,89	13,22	116,72
	Mediana	11,50	44,00	23,00	28,00	12,00	116,50
Segundo (n=65)	Media	11,40	41,85	20,55	28,65	13,74	116,18
	Mediana	11,00	43,00	22,00	29,00	14,00	119,00
Tercero (n=64)	Media	11,94	43,73	22,09	28,92	13,61	120,30
	Mediana	12,00	45,00	23,00	29,00	13,00	120,50
Cuarto (n=99)	Media	12,49	42,13	21,71	29,30	14,25	119,89
	Mediana	13,00	44,00	23,00	29,00	13,00	119,00
Último año (n=78)	Media	12,83	42,60	22,74	29,85	14,85	122,87
	Mediana	13,00	43,00	24,00	31,00	15,00	122,50

La tabla 7 muestra que los participantes pertenecientes al tercer quintil obtuvieron los mejores resultados en las secciones de estigma y estrés percibido, así como el mejor resultado global. Por su parte el quintil 4 obtuvo los mejores puntajes en las secciones de conocimiento, búsqueda de ayuda y sensación de bienestar.

El coeficiente de correlación de Pearson $r = -0,006$ indica que no existe correlación entre las variables ASM e ingreso socioeconómico.

Tabla 5: Resultados globales de ASM por nivel socioeconómico.

Ingreso per cápita (Agrupada)		Total Conocimiento	Total Estigma	Total Búsqueda de Ayuda	Total Estrés	Total Bienestar	Total ASM
1 (n=85)	Media	11,71	42,31	21,74	27,56	13,47	116,79
	Mediana	12,00	44,00	23,00	28,00	13,00	117,00
2 (n=191)	Media	12,18	42,64	21,62	29,38	14,06	119,89
	Mediana	12,00	43,00	23,00	29,00	13,00	120,00
3 (n=6)	Media	11,50	43,83	21,17	32,33	14,33	123,17
	Mediana	11,50	45,00	25,00	34,50	14,00	130,00
4 (n=56)	Media	12,32	42,75	22,34	29,84	14,73	121,98
	Mediana	12,00	43,50	23,00	30,00	14,00	120,50
5 (n=32)	Media	12,13	41,84	22,09	28,34	13,66	118,06
	Mediana	13,00	42,50	24,00	29,00	13,00	123,00
Coeficiente de correlación de Pearson entre ASM e ingreso socioeconómico							$r = -0,006$

En la tabla 8 se realizó una prueba Z de comparación de las medias de los valores de ASM entre los grupos de carreras del área de la salud y de otras áreas del conocimiento, hallándose que no poseen una diferencia estadística significativa.

Tabla 8: Nivel de ASM por sección para el grupo de estudiantes de carreras del área de la salud y de otras áreas distintas a la salud.

Estadígrafo	Total Conocimiento	Total Estigma	Total Búsqueda de ayuda	Total Estrés percibido	Total Sensación de Bienestar	Total ASM
Estudiantes de carreras del área de la salud (n=174)						
Media	12,9	42,7	22,2	30,1	14,4	122,4
Mediana	13,0	44,0	23,0	30,0	13,0	122,5
Desviación estándar	2,4	5,3	3,8	6,2	3,9	12,8
Estudiantes de carreras otras áreas (n=196)						
Media	11,4	42,4	21,4	28,0	13,6	116,7
Mediana	11,0	43,0	22,0	28,0	13,0	116,0
Desviación estándar	2,5	5,8	4,0	7,1	3,7	14,2

En la tabla 9 se realizó una prueba Z de comparación de las medias de los valores de ASM entre los grupos de estudiantes de primero y último año de carrera, encontrándose que no existe una diferencia estadística significativa.

Tabla 6: Nivel de ASM para el grupo de estudiantes de primer y último año.

Estadígrafo	Total Conocimiento	Total Estigma	Total Búsqueda de ayuda	Total Estrés percibido	Total Sensación de Bienestar	Total ASM
Estudiantes de primer año (n=64)						
Media	11,3	42,6	21,7	27,9	13,2	116,7
Mediana	11,5	44,0	23,0	28,0	12,0	116,5
Desviación estándar	2,2	5,1	3,4	7,0	3,5	12,6
Estudiantes de último año (n=78)						
Media	12,8	42,6	22,7	29,8	14,8	122,9
Mediana	13,0	43,0	24,0	31,0	15,0	122,5
Desviación estándar	2,7	5,1	2,8	7,4	4,0	13,5

4. DISCUSIÓN

4.1. Discusión general de los resultados

Los trastornos de salud mental son identificados en su gran mayoría a los 25 años. Padecerlos en la adolescencia puede traer consecuencias en diversos ámbitos de la vida de los alumnos, como por ejemplo en la salud física y mental, las relaciones interpersonales y el rendimiento académico (95). La ASM en la adolescencia, entonces, es fundamental para disminuir la carga por discapacidad que afecta a la población adulta (66). Para ello, una de las herramientas más importantes es la detección de los trastornos de salud mental a tiempo.

De los 370 participantes del estudio el 78% fueron mujeres, lo que puede estar asociado a que la mayor cantidad de respuestas obtenidas fue en el área de la salud, en especial de Enfermería. En esta carrera, la matrícula es de un 74,6% de mujeres según datos de la Universidad del Bío-Bío 2017 (96). Algunos estudios como el de Aluh (2017) en Nigeria señalan que, al analizar la participación de estudiantes de pregrado por géneros, su encuesta fue contestada por un 64,9% de mujeres (97); esto se corresponde con los hallazgos de un estudio similar realizado entre estudiantes universitarios en Malasia por Khan y otros (2010) donde de un total de 500 participantes el 75,4% fueron mujeres (98), lo que marca una tendencia clara.

Los participantes entre 21 y 24 años corresponden al 69,45% de quienes contestaron el instrumento y la distribución de alumnos está concentrada en estudiantes de cuarto año de su carrera. Si esto se vincula con el área de estudios de los encuestados, la explicación se encuentra en que una buena parte de esos educandos cursa sus estudios en carreras del área de la salud. En efecto, un análisis detallado de los resultados muestra que sólo la carrera de Enfermería concentra el 30% de los encuestados, siendo la que aportó mayor cantidad de participantes al estudio. El 12% del total de la muestra fueron estudiantes de Enfermería en el citado nivel de estudios. Los resultados son concordantes con trabajos de

similares características, tales como el de Aluh y otros (2018) que menciona que el rango de edad 18 a 24 años es el grupo que más participó en su estudio y que coincide con estudiantes de farmacéutica, que puede ser considerado similar a enfermería, o al menos dentro de la misma “familia de carreras” (97).

Según el área de residencia, el 30% de los encuestado pertenece a una zona rural. Los datos del Censo del año 2017 para la región de Ñuble dan cuenta del mismo fenómeno (99), por lo que desde el punto de vista sociodemográfico los resultados son concordantes con la realidad regional.

Más del 50% de los estudiantes pertenecen a los dos primeros quintiles de ingresos. Esto está en línea con los resultados oficiales entregados por la Universidad que dan cuenta que el porcentaje de vulnerabilidad de los estudiantes de pregrado es del 60% (100), y que tres de cada cuatro estudiantes de primer año pertenecen a los 3 primeros quintiles de ingresos (96).

Los alumnos participantes de este estudio presentan una media de 12,1 puntos de un total de 18 puntos en el área de conocimiento sobre las enfermedades mentales, que coincide con lo reportado en el trabajo recopilatorio de Tay y otros (13) donde se señala que en Suecia solo el 61% pudo reconocer los síntomas de la depresión y el 61% reconoció la ayuda de un psiquiatra. Las intervenciones no profesionales fueron mucho más populares: ejercicio (77,6%) y libros de autoayuda (72%). Lo anterior está en línea con lo sostenido por la OMS en su informe de Salud Mundial de 2001 (101), a saber, que el 33% de las personas no buscan ayuda en un profesional cuando presentan síntomas de salud mental. Si la población adolescente tuviese un mejor nivel de conocimiento sobre problemas mentales, y si pudiese identificar aquellos problemas a tiempo y/o buscar ayuda oportuna de algún profesional de la salud mental, se podría prevenir la morbilidad y mortalidad asociada al suicidio.

Los estudiantes encuestados presentan un menor estigma con una media de 42,5 sobre un máximo de 50 puntos, lo que sería concordante con estudios de Holman (2015) y

Sayols-Villanueva (2015) quienes indican que el estigma está presente en los estudiantes, pero hay reportes que señalan que este es moderado y decrece conforme se avanza en los cursos, sobre todo en carreras como Enfermería (102), difiriendo con lo que dice Kristin (2017) quien realizó un estudio comparativo para observar si la educación en estudiantes universitarios disminuye el estigma y no se encontraron efectos significativos (70).

La intención de búsqueda de ayuda en las mujeres es levemente mayor que en los hombres (21,9 contra 21,5 puntos) lo que es coincidente con Olivari (2017) quien señala que existen diferencias de género: las mujeres presentan una mejor disposición en la búsqueda de ayuda en las áreas de estrés y ansiedad, pero no en otros ámbitos problemáticos (82). Otro estudio concordante es el de Ducci en 2005 quien menciona que las mujeres tienden a preocuparse más que los hombres por su salud mental, reconocen sus tensiones emociones, que se encuentran deprimidas y buscan algún tipo de ayuda o tratamiento. Esto se debe a que son quienes presentan más prevalencia a padecer problema de salud mental (depresión, ansiedad), lo que está relacionado a su vez con ciertos factores sociales como ser jefa de familia, dedicarse de forma exclusiva a los quehaceres del hogar, la crianza y cuidados de los hijos, el bajo nivel socioeconómico entre otros (103).

Los estudiantes participantes en la encuesta reportaron un nivel alto de estrés percibido, con un promedio de 29 puntos sobre un puntaje máximo de 50 puntos. Lo anterior es concordante con el estudio de Thai y otros (2020) quienes señalan que educandos de secundaria poseen altos niveles de estrés percibido (56).

En cuanto a la sensación de bienestar presentada por los participantes, éstos presentan un promedio de 14 puntos sobre un máximo de 25, lo que se interpreta como una baja sensación de bienestar; esto es concordante con Campo-Arias (2015) donde analizaron a estudiantes adolescentes, reflejado en una media de 9,6 puntos de un máximo posible de 25 puntos (104). Otro estudio de Ratnayake y Hyde (2019) no encontró diferencias significativas en la sensación de bienestar entre hombres y mujeres; además

encontró una asociación entre mejores resultados de sensación de bienestar y la capacidad de buscar ayuda (57).

Los resultados muestran que el puntaje promedio obtenido en la prueba de ASM es de 119,39 puntos de un máximo de 168. No se puede realizar una comparación con estudios similares, ya que la evaluación en estudios revisados es segmentada en cada elemento y no en su totalidad. Sin embargo, en la propuesta planteada en este estudio la muestra se agrupa en cuartiles dando como resultado un nivel de ASM medio bajo.

Al comparar con estudios que valoran la ASM en base a otras escalas, se obtienen resultados concordantes a la propuesta planteada. Un estudio de Sullivan y otros (2020) señalan que numéricamente los resultados del nivel de ASM se pueden considerar medios, pero que al estudiar con más detalle las respuestas de cada pregunta se llega a la conclusión de que el nivel de ASM es bajo (105). Rafal y otros (2018) señalan que incluso las diferencias entre estudiantes de pregrado y posgrado son muy significativas (17), y que los resultados de los no graduados están en línea con lo encontrado en este trabajo.

En el estudio no se reflejó relación entre ASM y las variables señaladas, al menos para la muestra estudiada. Ello es discordante con algunos estudios internacionales como el de Holman (2015) donde hay una relación indirecta entre nivel de ingresos y nivel de ASM (106). En efecto, según Vicente y otros (2012) existe evidencia de relación entre nivel socioeconómico y mayor riesgo de enfermedades mentales (107), lo que puede conducir a bajos niveles de ASM en ese grupo particular. Khajouei y Salehi (2017) encontraron una relación estadísticamente significativa entre alfabetización en salud e ingreso económico familiar (16).

Los puntajes globales de las cinco dimensiones que se pueden observar indican que son numéricamente mejores en las mujeres, con una mayor diferencia en la dimensión de estigma donde los hombres presentan 41,0 puntos promedio y las mujeres 43,0 puntos promedio, lo que se traduce en que el estigma es mayor en los hombres. Sin embargo, desde el punto de vista estadístico, la diferencia de esas medias no es significativa. La

diferencia reportada puede deberse al “tabú” que existe entre los hombres respecto de hablar sobre salud mental, tal como Ritchie reportó en 1999 (108) y por miedo a la discriminación y rechazo por parte de sus pares, tal como lo señala Iglesias (2019) y Lina Zapata en Colombia (2019) (109,110).

Los estudiantes pertenecientes al rango de edad de 21 a 24 años obtuvieron mejores resultados en el área de conocimiento con un puntaje de 12,4 de 18 puntos posibles, en comparación con aquellos de 18 a 20 años los cuales obtuvieron un puntaje de 11,3 en el área de conocimiento. Esto es debido a que el gran porcentaje que respondió la encuesta pertenece a carreras del área de la salud y los pertenecientes a ese rango de edad se encuentran en su último año de estudios. Holman (2015) en un estudio comparativo en estudiantes universitarios del área de la salud indican que a lo largo de su formación académica ven diversos contenidos relacionados con la salud mental, lo que genera que tengan un mayor conocimiento acerca del tema abordado en la prueba (102).

Los estudiantes que pertenecen a las zonas urbanas presentan un mayor conocimiento en ASM con 12,31 puntos de 18 posibles, mientras los de zona rural obtuvieron 11,55 puntos. Esto es concordante con un estudio de Fuica y otros (2014) realizado en la región del Bío-Bío y actual región de Ñuble (Concepción–Chillán) quienes mencionan que el grupo perteneciente a la zona urbana posee un rendimiento promedio superior en el coeficiente intelectual en comparación con los de la zona rural (111). Lo anterior se explica por la planificación social presente en América Latina que concentra los recursos principalmente en el desarrollo urbano. Esto ha llevado a que la mayor parte de la población rural se encuentre en privación sociocultural (111). Otros estudios internacionales como el de Yu y otros (2015) señalan que la alfabetización en salud mental de una zona rural específica de China es más baja que la de zonas urbanas (112). Griffiths, Jorm y Christensen (2009) reportaron un resultado similar para población rural australiana adulta (113). Un estudio sistemático de literatura llevado a cabo por Aljassim y Ostini

durante 2020 da cuenta de que la alfabetización en salud es mejor en población urbana que en rural, lo que puede extenderse a la ASM (114).

El grupo perteneciente al tercer quintil de ingresos obtuvo mejores puntajes en el área de estigma y estrés percibido con puntajes de 43,83 y 32,33 puntos, respectivamente. Los estudiantes del cuarto quintil obtuvieron mejores puntajes en promedio; 12,32 en el área de conocimiento de 18 puntos totales, 24,09 en búsqueda de ayuda y 14,73 en sensación de bienestar de 25 puntos posibles. Lo anterior es concordante con un estudio realizado por Attygalle y otros (2017), en donde al investigar sobre ASM en adolescentes, compararon las variables socioeconómico y ASM, y se encontró que un nivel socioeconómico más alto se asocia significativamente con un mejor reconocimiento de los problemas de salud mental (15).

Al comparar el nivel de ASM de estudiantes de primer (116,7 puntos) y último año de carrera (122,9 puntos) de un total de 168 puntos, se observa que son mejores con el avance de los cursos, aunque la diferencia no sea estadísticamente significativa. Esto coincide con estudios de McCann y otros (2009) donde analizaron población universitaria de la Licenciatura en Enfermería en Australia, mostrando la mejora progresiva en las opiniones sobre la utilidad de las intervenciones en salud mental a lo largo de los 3 años que dura el programa (115).

También es coincidente con el estudio de Angermeyer y otros (2009) quienes verificaron que la población alemana a lo largo de los años experimentó una mejora en su nivel de ASM (116). Reavley, McCann y Jorm (2012) reportan, tras un estudio en universitarios en Australia, que a mayor edad de los estudiantes, mejor nivel de ASM tendrán (117).

Los alumnos de carreras de la salud presentaron una media de 122,4 puntos comparados con la media de 116,7 puntos obtenidos por estudiantes de otras áreas del conocimiento (sobre un total de 168 puntos posibles). Es concordante con el trabajo de

Furnham y otros de 2011 quienes señalan que sus resultados fueron mejores ya que una buena parte de los encuestados tenía instrucción en psiquiatría o psicología (12).

4.2. Limitaciones

Una de las primeras limitaciones que se tuvo fue la dificultad técnica para la difusión del cuestionario, haciendo que el proceso de recolección de datos fuera más largo de lo esperado.

Este estudio no tiene capacidad predictiva para todos los estudiantes de la Universidad del Bío-Bío, ya que la muestra utilizada no abarca otros campus. Sin embargo, el estudio realizado sí tiene capacidad predictiva para los estudiantes de la sede Chillán, lo que nos da un primer indicio respecto de cómo los estudiantes universitarios de la región de Ñuble –o al menos de la ciudad– se encuentran en materia de salud mental y alfabetización.

Otra limitación del trabajo es que el mayor porcentaje de respuestas fueron de estudiantes que pertenecen al área de la salud, por lo que la muestra no es equitativa entre todas las carreras participes del estudio. Si hubiese existido una igualdad en la participación de estudiantes en las carreras, el nivel de ASM del alumnado universitario que se hubiese medido habría sido más representativo.

4.3. Sugerencias

A la luz de los resultados obtenidos se podrían implementar estrategias de promoción de la salud mental a nivel universitario, las cuales les permita mantener el equilibrio emocional, disminuyendo los niveles de estrés y síntomas depresivos. Esto debe ser parte de las políticas públicas en salud, en donde se recomienda realizar nuevas

investigaciones, donde la población sea igualitaria tanto en hombres como mujeres para que el estudio pueda ser comparativo.

Es importante considerar la validación del instrumento en universitarios chilenos a partir de la presente investigación, pero considerando las diferencias sociodemográficas y académicas de los encuestados.

Se sugiere realizar estudios sobre ASM en estudiantes universitarios con búsqueda activa por géneros para tener grupos comparables. Además de realizar estudios en otras casas de estudio de la región y/o a nivel país que permitan tener una visión global de la ASM en Chile.

Finalmente, es necesario generar un estudio más detallado de los mismos resultados obtenidos, por dimensión, pero estudiando cada subsección de la prueba por separado, toda vez que la ASM es un constructo multidimensional.

4.4. Conclusiones

El presente trabajo tuvo por objetivo estudiar el nivel de alfabetización en salud mental que poseen los estudiantes de pregrado de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán.

El promedio del nivel de ASM es de 119,39 puntos sobre un máximo posible de 168. La muestra presenta por características: un 78,4% son mujeres; un 69,5% tiene entre 21 a 24 años; el 26,8% está en cuarto año de la carrera; el 47% pertenecen al área de la salud. Declaró la muestra que su ingreso *per cápita* está en el segundo quintil en un 51,6% y reside en zona urbana en un 69,2%.

Se concluye que el nivel de ASM general de la muestra estudiada es medio bajo, el cual se encuentra dentro de lo esperado, ya que existen resultados similares en otros estudios.

Se concluye que la muestra obtuvo mejores resultados en las dimensiones de conocimiento, estigma y búsqueda de ayuda, lo que está en línea con algunas investigaciones que hablan de que la población joven presenta mejores resultados en dichas dimensiones que el resto de la población.”

Las mujeres presentan mejores resultados que los hombres; lo cual está asociado a que poseen una mayor participación de las carreras del área de la salud en la encuesta administradas (carreras con mayor presencia femenina). Del mismo modo los mejores resultados por edad están asociados a que el nivel de ASM mejora a medida que las personas recibe mejore educación sanitaria

Existen mejores niveles de ASM en los estudiantes que pertenecen al tercer y cuarto quintil de ingresos, y en aquellos residentes en zona urbana. Lo anterior puede revelar una asociación entre mayor nivel socioeconómico y mejor nivel de ASM; así como también el vivir en zonas con mayor acceso a recursos, servicios, y socioculturalmente más activas incidiría en tener una mejor ASM. Sin embargo, en esta investigación no se encontró diferencias estadísticamente significativas que sugieran una relación entre ASM y el nivel socioeconómico de los estudiantes, o el nivel académico cursado, por lo que no se puede definir como un factor predictor del nivel de ASM.

Se concluye que el trabajo de promoción de la salud mental es crucial en las etapas formativas de los universitarios. La evidencia acumulada señala que planes de intervención en universidades ayudan a mejorar las condiciones de salud mental de los estudiantes, por lo que un programa de intervención en la Universidad del Bío-Bío sede Chillán, sería de gran utilidad para mejorar los niveles de ASM entre la población universitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Florenzano R. Salud mental y características de personalidad de los estudiantes universitarios en Chile. *Calid en la Educ* [Internet]. 9 de mayo de 2005 [citado 9 de junio de 2020];0(23):105. Disponible en: <https://www.calidadenlaeducacion.cl/index.php/rce/article/view/290>
2. Consejo Nacional de Educación de Chile. *Resumen de Matrícula de Pregrado de Educación Superior*. 2019.
3. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust* [Internet]. febrero de 1997;166(4):182–6. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
4. Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental Health Literacy: Past, Present and Future. *Can J Psychiatry* [Internet]. 3 de marzo de 2016;61(3):154–8. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743715616609>
5. Cataldo Monsalves M. *Cuenta Anual 2020 UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO* [Internet]. 2020 p. 1–29. Disponible en: http://ubiobio.cl/rectoria/docs/Cuenta_Publica_UBB_2020.pdf
6. Universidad del Bío-Bío Dirección General de Desarrollo Institucional. *Compilado de estadísticas institucionales 2014-2018* [Internet]. 2018. Disponible en: http://dgai.ubiobio.cl/wp-content/uploads/2019/12/Compendio_Estadistico_UBB.pdf
7. Flores Mena A, Jara Hidd J, Montecinos Tejos C, Pavez Hernández N. Nivel de estrés académico en estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío

- Chillán, durante el primer semestre del año académico 2012. Universidad del Bío-Bío; 2012.
8. Rivera Álvarez LN. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. Av en Enfermería [Internet]. 2012;24(2):91–8. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35969>
 9. Lozano Polo A. Alfabetización sanitaria y promoción de la salud | Promoción y Educación para la Salud [Internet]. Región de Murcia, Consejería de Salud. 2014 [citado 28 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2014/07/09/alfabetizacion-sanitaria-y-promocion-de-la-salud/>
 10. Ferrari Gutiérrez DJ. Salud mental en Chile: análisis y propuestas de política pública con enfoque en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales [Internet]. Universidad Técnica Federico Santa María; 2017. Disponible en: <https://repositorio.usm.cl/bitstream/handle/11673/24468/3560902048933UTFSM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 11. Jorm AF. Mental health literacy; empowering the community to take action for better mental health. Am Psychol. 2012;67(3):231–43.
 12. Furnham A, Cook R, Martin N, Batey M. Mental health literacy among university students. J Public Ment Health [Internet]. 9 de diciembre de 2011;10(4):198–210. Disponible en: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/17465721111188223/full/html>
 13. Tay JL, Tay YF, Klainin-Yobas P. Mental health literacy levels. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 1 de octubre de 2018;32(5):757–63. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883941717305599>
 14. Hadjimina E, Furnham A. Influence of age and gender on mental health literacy of

- anxiety disorders. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017;251(January):8–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.089>
15. Attygalle UR, Perera H, Jayamanne BDW. Mental health literacy in adolescents: ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 15 de diciembre de 2017;11(1):38. Disponible en: <http://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-017-0176-1>
 16. Khajouei R, Salehi F. Health Literacy among Iranian High School Students. *Am J Health Behav* [Internet]. 1 de marzo de 2017;41(2):215–22. Disponible en: <http://www.ingentaconnect.com/content/10.5993/AJHB.41.2.13>
 17. Rafal G, Gatto A, DeBate R. Mental health literacy, stigma, and help-seeking behaviors among male college students. *J Am Coll Heal* [Internet]. 2018;66(4):284–91. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1434780>
 18. Clough BA, Nazareth SM, Day JJ, Casey LM. A comparison of mental health literacy, attitudes, and help-seeking intentions among domestic and international tertiary students. *Br J Guid Counc* [Internet]. 2 de enero de 2019;47(1):123–35. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03069885.2018.1459473>
 19. Antúnez Z, Vinet E V. Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Rev Med Chil* [Internet]. febrero de 2013;141(2):209–16. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 20. Rüsçh N, Evans-Lacko SE, Henderson C, Clare F, Thornicroft G. Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatr Serv*. 2011;62(6):675–8.
 21. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health*. 2013;103(5):777–80.

22. Cova Solar F, Alvial S W, Aro D M, Bonifetti D A, Hernández M M, Rodríguez C C. Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción. *Ter psicológica*. 2007;25(2):105–12.
23. Pineda-Pérez S, Aliño-Santiago M. El concepto de adolescencia. En: Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 1999. p. 15–23. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/#>
24. Allen B, Waterman H. Etapas de la adolescencia - HealthyChildren.org [Internet]. 2019 [citado 11 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
25. Flora De La Barra M, Benjamin Vicente P, Sandra Saldivia B, Roberto Melipillán A. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. septiembre de 2012;23(5):521–9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864012703462>
26. Irarrázaval M, Prieto F, Armijo J. Prevenção e intervenções precoces em saúde mental: Uma perspectiva internacional. *Acta Bioeth*. 2016;22(1):37–50.
27. Pérez-Villalobos C, Bonnefoy-Dibarrat C, Cabrera-Flores A, Peine-Grandón S, Abarca K-M, Baqueano-Rodríguez M, et al. Problemas de salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción, Chile. *An Psicol* [Internet]. 1 de octubre de 2012;28(3):797–804. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2012-25920-018&site=ehost-live&scope=site%5Cncperezvillalobos@me.com>
28. Ministerio de Salud. Instructivo para completar historia Clínica del Adolescente CLAP/OMS/OPS. Versión modificada por Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes [Internet]. 2016. Disponible en:

https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/03/Instructivo-para-completar-Ficha-Salud-Integral-10.03.17.pdf

29. Lindow JC, Hughes JL, South C, Minhajuddin A, Gutierrez L, Bannister E, et al. The Youth Aware of Mental Health Intervention: Impact on Help Seeking, Mental Health Knowledge, and Stigma in U.S. Adolescents. *J Adolesc Heal* [Internet]. julio de 2020;67(1):101–7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X20300331>
30. Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S, Wei Y, Ferrill N, et al. Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma Among High School Students: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. mayo de 2016;55(5):383-391.e1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.02.018>
31. Escoda Riveros J, Terrazas Martins F. La Alfabetización de la Salud en el Sistema de Salud Pública en Chile [Internet]. Universidad de Chile; 2008. Disponible en: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2008/escoda_j/sources/escoda_j.pdf%5Cnapers2://publication/uuid/6013A6BB-9843-47A3-92BD-7A366C1EA66A
32. Sanabria G. Alfabetización en salud estado del arte. Caso Cuba, 2018. *Conv Int Salud, Cuba Salud* 2018. 2018;1–8.
33. Macaya Sandoval X, Vicente Parada B. Alfabetización en salud mental para disminuir la brecha de atención en población adolescente escolarizada. *Gac Medica Espirituana* [Internet]. 2019;21(1):70–82. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v21n1/1608-8921-gme-21-01-70.pdf>
34. Simonds SK. Health Education as Social Policy. *Health Educ Monogr* [Internet]. 27 de marzo de 1974 [citado 12 de enero de 2021];2(1_suppl):1–10. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10901981740020S102>
35. Kaas J, Stasková V, Šulistová R. The concept of health literacy in contemporary

- nursing. Kontakt. 2016;18(4):e219–23.
36. World Health Organization. Promoting Mental Health: Concepts - Emerging Evidence - Practice - Summary Report. 2004.
 37. Salud adolescentes y jóvenes – Todas las Mujeres Todos los Niños [Internet]. [citado 14 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.everywomaneverychild-lac.org/areas-de-trabajo/salud-adolescentes-jovenes/>
 38. ¿Adolescentes hasta los 24 años? Un artículo abre el debate sobre cuándo nos convertimos realmente en adultos - BBC News Mundo [Internet]. [citado 14 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-42746543>
 39. Iriarte Bennetts MT, Estévez Ramos RA, Basset Machado I, Sánchez González A, Flores Villegas J. Estado de salud mental de adolescentes que cursan la educación media superior / Mental health status of adolescents attending upper secondary education. RICS Rev Iberoam las Ciencias la Salud [Internet]. 18 de octubre de 2018;7(13):100–24. Disponible en: <http://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/71>
 40. de la Barra F, Irrazaval M, Valdes A, Soto-Brandt G. Evolving child and adolescent mental health and development programs in Chile. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 17 de abril de 2019;43:1. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50672>
 41. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Üstün TB. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. Curr Opin Psychiatry. 2007;20(4):359–64.
 42. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. Rev Med Chil [Internet]. abril de 2012;140(4):447–57. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=en

43. García-Fernández J, Inglés Saura C, Lagos San Martín N. Ansiedad escolar según género y edad en una muestra de adolescentes chilenos. *Intersecc Educ* [Internet]. 2014;5:9–20. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/48556/1/2014_Garcia-Fernandez_et al_Intersecciones-Educativas.pdf
44. Hamilton JL, Hamlat EJ, Stange JP, Abramson LY, Alloy LB. Pubertal timing and vulnerabilities to depression in early adolescence: Differential pathways to depressive symptoms by sex. *J Adolesc* [Internet]. 2014;37(2):165–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.11.010>
45. Cumsille P, Martínez ML, Rodríguez V, Darling N. Parental and individual predictors of trajectories of depressive symptoms in Chilean adolescents. *Int J Clin Heal Psychol* [Internet]. septiembre de 2015;15(3):208–16. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1697260015000514>
46. Marín Laredo MM. Estrés en estudiantes de educación superior de ciencias de la salud. *RIDE Rev Iberoam para la Investig y el Desarro Educ*. 2015;6(11):675–87.
47. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen H-U, Carter R. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 18 de julio de 2008;104(5):332–9. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.2001.00432.x>
48. Yang CK. Sociopsychiatric characteristics of adolescents who use computers to excess. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(3):217–22.
49. Maggini C, Ampollini P, Gariboldi S, Cella PL, Pelizza L, Marchesi C, et al. The Parma High School Epidemiological Survey: obsessive-compulsive symptoms. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. junio de 2001;103(6):441–6. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1034/j.1600-0447.2001.00337.x>
50. Jorm AF. Mental health literacy. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2 de noviembre de

- 2000;177(5):396–401. Disponible en:
https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S000712500022730X/type/journal_article
51. Jorm AF. Why We Need the Concept of “Mental Health Literacy”. *Health Commun.* 2 de diciembre de 2015;30(12):1166–8.
52. Lauber C, Ajdacic-Gross V, Fritschi N, Stulz N, Rössler W. Mental health literacy in an educational elite - An online survey among university students. *BMC Public Health* [Internet]. 9 de mayo de 2005;5:1–9. Disponible en:
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1471-2458-5-44.pdf>
53. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2009;301(21):2252–9.
54. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *Am J Psychiatry.* 1995;152(7):1026–32.
55. Rickwood D, Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi J. Young people’s help-seeking for mental health problems. *Aust e-Journal Adv Ment Heal* [Internet]. 17 de enero de 2005;4(3):218–51. Disponible en:
www.auseinet.com/journal/vol4iss3suppl/rickwood.pdf
56. Thai TT, Vu NLLT, Bui HHT. Mental Health Literacy and Help-Seeking Preferences in High School Students in Ho Chi Minh City, Vietnam. *School Ment Health* [Internet]. 2020;12(2):378–87. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12310-019-09358-6>
57. Ratnayake P, Hyde C. Mental Health Literacy, Help-Seeking Behaviour and Wellbeing in Young People: Implications for Practice. *Educ Dev Psychol* [Internet]. 15 de julio de 2019;36(01):16–21. Disponible en:
https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2059077619000013/type/journal_article

58. Organización Mundial de la Salud. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias [Internet]. mhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. 2008. 1–49 p. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/mhgap_spanish.pdf?ua=1
59. Jorm AF, Angermeyer M, Katschnig H. Public knowledge of and attitudes to mental disorders: a limiting factor in the optimal use of treatment services. En: Andrews G, Henderson S, editores. Unmet Need in Psychiatry [Internet]. Cambridge University Press; 2000 [citado 4 de agosto de 2020]. p. 399–414. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/CBO9780511543562A039/type/book_part
60. Wei Y, McGrath P, Hayden J, Kutcher S. The quality of mental health literacy measurement tools evaluating the stigma of mental illness: A systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(5):433–62.
61. Ministerio de salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 [Internet]. Ministerio de Salud de Chile. subsecretaría de Salud Pública. 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
62. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:1–9.
63. Aguayo E, Rojas V. Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud [Internet]. Vol. 18, Ministerio de Salud, Serie Cuadernos de Redes. 2005. 197 p. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>
64. Dois Castellón A, Ojeda Cabrera I, Vargas Palavecino I, Larrea Quintanilla M, Quiroz

- Olave M, Rodríguez Cares M, et al. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Minist Salud Chile Subsecr Redes Asist [Internet]. 2012;1–143. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
65. Kutcher S, Bagnell A, Wei Y. Mental Health Literacy in Secondary Schools. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am [Internet]. abril de 2015;24(2):233–44. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1056499314001199>
66. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. Acta Bioeth [Internet]. junio de 2016;22(1):51–61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
67. Barker G, Olukoya A, Aggleton P. Young people, social support and help-seeking. Int J Adolesc Med Health. 2005;17(4):315–35.
68. Thompson A, Hunt C, Issakidis C. Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 1 de octubre de 2004;39(10):810–7. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-004-0816-7>
69. Loureiro L, Pedreiro A, Correia S, Mendes A. Reconhecimento da Depressão e Crenças sobre Procura de Ajuda em Jovens Portugueses. Port J Ment Heal Nurs. 2012;7(7):13–7.
70. Lo K, Gupta T, Keating JL. Interventions to Promote Mental Health Literacy in University Students and Their Clinical Educators. A Systematic Review of Randomised Control Trials. Heal Prof Educ [Internet]. septiembre de 2018;4(3):161–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hpe.2017.08.001>
71. Reavley NJ, McCann T V., Cvetkovski S, Jorm AF. A multifaceted intervention to

- improve mental health literacy in students of a multicampus university: a cluster randomised trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 6 de octubre de 2014;49(10):1655–66. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-014-0880-6>
72. Schilling S, Bustamante JA, Salas A, Acevedo C, Cid P. Development of an Intervention To Reduce Self-Stigma in Outpatient Mental. 2015;73(32):284–94.
73. conocimiento | Definición | Diccionario de la Lengua Española | RAE - ASALE [Internet]. 2020 [citado 11 de enero de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/conocimiento?m=form>
74. Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener BA. Research on Mental Health Literacy: What we know and what we Still Need to know. *Aust New Zeal J Psychiatry* [Internet]. 26 de enero de 2006;40(1):3–5. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1080/j.1440-1614.2006.01734.x>
75. Rengel Morales D. La construcción social del “otro”. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida. *Gaz Antropol*. 2005;(21):25.
76. Brea Iglesias J, Gil Rodríguez H. Estigma y salud mental. Una reflexión desde el trabajo social [Stigma and mental health. A reflection from the field of social work]. *Trab Soc Hoy* [Internet]. 31 de mayo de 2016;78(Segundo Cuatrimestre):78–112. Disponible en: <http://www.trabajosocialhoy.com/articulo/142/estigma-y-salud-mental-una-reflexion-desde-el-trabajo-social/>
77. Torres Cubeiro M. Contradicciones en Salud Mental: Estigma, Alfabetización en Salud Mental y Revelación (o no) del Diagnóstico de un Desorden Mental. *Sociol y Tecnociencia* [Internet]. 3 de mayo de 2018;8(2):92. Disponible en: <https://revistas.uva.es/index.php/sociotecno/article/view/1973>
78. Torres Cubeiro M. Alfabetización en salud mental, estigma e imaginarios sociales. *Imagonautas Rev Interdiscip sobre imaginarios Soc*. 2016;8(8):50–63.

79. Cheng H-L, Wang C, McDermott RC, Kridel M, Rislin JL. Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Attitudes Toward Seeking Psychological Help. *J Couns Dev* [Internet]. 1 de enero de 2018;96(1):64–74. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/jcad.12178>
80. Leal-Zavala RA. Búsqueda de ayuda en salud mental en los adolescentes. *Perspectiva*. 2017;18(4):347–51.
81. Arenas Sotelo E, Rivera Holguín MR, Velásquez Castro T, Custodio Espinoza EE. Indicadores de cambio en salud mental comunitaria de una población afectada por conflicto armado interno en Apurímac. *Rev Eureka*. 2017;M(2):1–22.
82. Olivari C, Guzmán-González M. Validación del cuestionario general de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(3):324–31.
83. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Rev la Fac Med* [Internet]. 10 de febrero de 2015;62(3):407–13. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/43735>
84. Chau C, Vilela P. Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. *Rev Psicol* [Internet]. 2017;35(2):387–422. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/18789/19010>
85. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter psicológica* [Internet]. abril de 2012;30(1):61–71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
86. www.teenmentalhealth.org. *Mental Health & High School Curriculum Guide*. 2015. 1–165 p.

87. Subsecretaría de Educación Parvularia - Ministerio de Educación de la República de Chile. Bases Curriculares Educación Parvularia [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.curriculumnacional.cl/614/articles-69957_bases.pdf
88. Ministerio de Educación de la República de Chile. Objetivos Fundamentales y Contenidos Mínimos Obligatorios de la Enseñanza Básica y Media [Internet]. 2009. Disponible en: https://www.curriculumnacional.cl/614/articles-34641_bases.pdf
89. Wei Y. The Assessment of the Quality of Mental Health Literacy Measurement Tools: A Scoping Review and Three Systematic Reviews. 2017.
90. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: a systematic review. BMC Psychiatry [Internet]. 23 de diciembre de 2016;16(1):297. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-1012-5>
91. Feldman L, Goncalves L, Chacón-Puignau G, Zaragoza J, Bagés N, De Pablo J. Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. Univ Psychol. 2008;7(3):739–51.
92. Chisholm K, Patterson P, Torgerson C, Turner E, Jenkinson D, Birchwood M. Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: the SchoolSpace cluster randomised controlled trial. BMJ Open [Internet]. 19 de febrero de 2016;6(2):e009435. Disponible en: <http://www.youthspace.me>
93. Nguyen Thai QC, Nguyen TH. Mental health literacy: knowledge of depression among undergraduate students in Hanoi, Vietnam. Int J Ment Health Syst [Internet]. 24 de diciembre de 2018;12(1):19. Disponible en: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-018-0195-1>
94. Kim EJ, Yu JH, Kim EY. Pathways linking mental health literacy to professional help-seeking intentions in Korean college students. J Psychiatr Ment Health Nurs

- [Internet]. 5 de agosto de 2020;27(4):393–405. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpm.12593>
95. Kutcher S, Wei Y, Morgan C. Successful application of a Canadian mental health curriculum resource by usual classroom teachers in significantly and sustainably improving student mental health literacy. *Can J Psychiatry* [Internet]. 1 de diciembre de 2015 [citado 29 de diciembre de 2020];60(12):580–6. Disponible en: </pmc/articles/PMC4679167/?report=abstract>
 96. Universidad del Bío-Bío Dirección General de Desarrollo Institucional. Anuario Estadístico Institucional 2017 [Internet]. Concepción, Chile; 2017. Disponible en: www.ubiobio.cl/dgai
 97. Aluh DO, Okonta MJ, Odili VU. Cross-sectional survey of mental health literacy among undergraduate students of the University of Nigeria. *BMJ Open* [Internet]. 12 de septiembre de 2019;9(9):e028913. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2019-028913>
 98. Khan TM, Sulaiman SA, Hassali MA. Mental health literacy towards depression among non-medical students at a Malaysian university. *Ment Health Fam Med*. 2010;7(1):27–35.
 99. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. RESULTADOS CENSO 2017 [Internet]. [citado 4 de enero de 2021]. Disponible en: <http://resultados.censo2017.cl/>
 100. Universidad del Bío-Bío Dirección General de Desarrollo Institucional. Informe de Caracterización Estudiantil de la admisión 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: <http://dgai.ubiobio.cl/wp-content/uploads/2019/08/Pregrado-1.pdf>
 101. The World Health Report 2001: Mental Disorders affect one in four people [Internet]. WHO News release. 2001 [citado 3 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/28-09-2001-the-world-health-report-2001-mental-disorders-affect-one-in-four-people>

102. Sayols-Villanueva M, Ballester-Ferrando D, Gelabert-Vilella S, Fuentes-Pumarola C, Rascón-Hernán C. El estigma de los trastornos mentales en los estudiantes de enfermería. *Rev Enfermería y Salud Ment* [Internet]. 1 de septiembre de 2015;(2):7–15. Disponible en: <http://enfermeriaysaludmental.com/uploads/revistas/0008.pdf>
103. Ducci ME. La salud mental de las mujeres. *Territoris*. 2005;5(0):137–60.
104. Campo-Arias A, Miranda Tapia GA, Cogollo Z, Herazo E. Reproducibility of the Well-Being Index (WHO-5 WBI) among adolescent students. *Salud Uninorte* [Internet]. 1 de enero de 2015;31(1):18–24. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/5493/6952>
105. Sullivan P, Murphy J, Blacker M. The Psychometric Properties of the Multicomponent Mental Health Literacy Measure with a Sample of Student Athletes and Student Athletic Therapists. *J Appl Sport Psychol*. 2020;
106. Holman D. Exploring the relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Heal (United Kingdom)*. 2015;19(4):413–29.
107. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, et al. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. octubre de 2012;53(10):1026–35. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x>
108. Ritchie D. Young men’s perceptions of emotional health: research to practice. *Health Educ*. 1 de abril de 1999;99(2):70–5.
109. Iglesias I. Por qué la depresión sigue siendo un tabú para los hombres [Internet]. *Men’s Health*. 2019 [citado 28 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.menshealth.com/es/salud-bienestar/a26300338/depresion-hombre/>
110. Zapata L. No hablar de salud mental esta matando a los hombres [Internet]. PR

- Newswire. 2019 [citado 28 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.prnewswire.com/news-releases/no-hablar-de-salud-mental-esta-matando-a-los-hombres-879306946.html>
111. Fuica P, Lira J, Alvarado K, Araneda C, Lillo G, Miranda R, et al. Habilidades Cognitivas, Contexto Rural y Urbano: Comparación de Perfiles WAIS-IV en Jóvenes. *Ter psicológica* [Internet]. julio de 2014;32(2):143–52. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
112. Yu Y, Liu Z, Hu M, Liu X, Liu H-M, Yang JP, et al. Assessment of mental health literacy using a multifaceted measure among a Chinese rural population. *BMJ Open* [Internet]. 5 de octubre de 2015;5(10):e009054. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009054>
113. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study. *BMC Public Health* [Internet]. 27 de diciembre de 2009;9(1):92. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-92>
114. Aljassim N, Ostini R. Health literacy in rural and urban populations: A systematic review. *Patient Educ Couns* [Internet]. 1 de octubre de 2020;103(10):2142–54. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399120303256>
115. McCann T V., Lu S, Berryman C. Mental health literacy of Australian Bachelor of Nursing students: a longitudinal study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. febrero de 2009;16(1):61–7. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2850.2008.01330.x>
116. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: A trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry* [Internet]. 16 de mayo de

2009;24(4):225–32.

Disponible

en:

https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0924933800065731/type/journal_article

117. Reavley NJ, McCann T V., Jorm AF. Mental health literacy in higher education students. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. febrero de 2012;6(1):45–52. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1751-7893.2011.00314.x>

Anexo A: DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Teórico	Operacional
Variable Dependiente		
Nivel de Alfabetización en Salud Mental	El nivel de alfabetización en salud mental es un constructo de la interacción de 5 dimensiones: conocimiento en salud mental que implica la comprensión de los trastornos mentales y sus tratamientos, estigma relacionado con trastornos mentales, búsqueda de ayuda el saber cuándo y dónde buscar ayuda y desarrollar competencias para el autocuidado y atención de salud mental, estrés percibido es la capacidad del individuo de identificar ambiente y situaciones estresoras, sensación de bienestar identifica el buen funcionamiento psíquico y somático de sí mismo.	El resultado del nivel de alfabetización en salud mental es la interacción de las 5 dimensiones (conocimiento en salud mental, estigma, búsqueda de ayuda, estrés percibido y sensación de bienestar), expresadas en 1 ^{er} cuartil; 2 ^{do} cuartil; 3 ^{er} cuartil; 4 ^{to} cuartil.
Variable Independiente		
Nivel de conocimiento en salud mental	Averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de salud mental Valor en cuartiles en rangos sobre el conocimiento en salud mental según encuesta TMHSCG-CL	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} cuartil • 2^{do} cuartil • 3^{er} cuartil • 4^{to} cuartil
Nivel de estigma	Un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce dondequiera exista normas de identidad. Valor en cuartiles en rangos de estigma según encuesta TMHSCG-CL	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} cuartil • 2^{do} cuartil • 3^{er} cuartil • 4^{to} cuartil

<p>Nivel de búsqueda de ayuda</p>	<p>Aquel comportamiento donde existe una búsqueda activa de ayuda. Valor en cuartiles sobre búsqueda de ayuda según encuesta TMHSCG-CL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} cuartil • 2^{do} cuartil • 3^{er} cuartil • 4^{to} cuartil
<p>Nivel de estrés percibido</p>	<p>Situación de un individuo vivo, o de alguno de sus órganos o aparatos, que por exigir de ellos un rendimiento muy superior al normal los pone en riesgo próximo de enfermar, muchas veces se interpreta según como lo perciba cada persona. La escala brinda 5 opciones de respuesta: “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “con frecuencia” y “con mucha frecuencia”, que se clasifican de cero a cuatro. Escala EPP-10 versión castellano.</p>	<p>La escala brinda 5 opciones de respuesta: “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “con frecuencia” y “con mucha frecuencia”, que se clasifican de cero a cuatro. Los ítems 4, 5, 7 y 9 se califican en forma reversa o invertida. A mayor puntuación mayor estrés percibido.</p>
<p>Nivel de sensación de bienestar</p>	<p>Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica. Cada ítem puntúa en una escala de Likert desde 0 (nunca) hasta 5 (siempre). Well-being Index WHO 5</p>	<p>La puntuación final varía entre 0 y 25 puntos. Se recomienda multiplicar por 4 para cumplir el espectro del buen bienestar desde 0 (peor bienestar imaginable) hasta 100 (mejor bienestar imaginable)</p>
<p>Edad</p>	<p>Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Años
<p>Sexo</p>	<p>Condición orgánica, masculina o femenina de los animales y plantas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
<p>Ingreso económico Familiar</p>	<p>Se refiere a la suma de ingresos <i>per cápita</i> que recibe la familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} quintil: menos de \$69.090 • 2^{do} quintil: \$69.091 a \$106.214 • 3^{er} quintil: \$106.215 a \$168.366 • 4^{to} quintil: \$162.367 a

		<p>\$301.741</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5^{to} quintil: 301.742 o más
Lugar de residencia	Lugar en que se reside.	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural
Carrera que estudia	Es una subdivisión de una universidad que corresponde a una cierta rama del saber.	<ul style="list-style-type: none"> • Pedagogía en Castellano y Comunicación • Pedagogía en Ciencias Naturales • Pedagogía en Educación Física • Pedagogía en Educación General Básica • Pedagogía en Educación Matemática • Pedagogía en Educación Parvularia • Pedagogía en Historia y Geografía • Pedagogía en inglés • Ingeniería en Alimentos • Enfermería • Fonoaudiología • Nutrición y Dietética
Año que corresponda a su carrera	Estudios que un individuo desarrolla en una universidad con el objetivo de alcanzar un grado académico.	<ul style="list-style-type: none"> • Primero • Segundo • Tercero • Cuarto • Quinto

Anexo B: CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Escriba LAS INICIALES SE SU NOMBRE COMPLETO, por ejemplo, si su nombre es Abelino Alfredo Bernardin Bravo, escriba AABS

Complete los datos requeridos:

Edad:	<input type="text"/>		
Sexo:	Hombre	<input type="text"/>	Mujer <input type="text"/>
Lugar de Residencia:	Urbano	<input type="text"/>	Rural <input type="text"/>

Marque la carrera a la cual usted pertenece:

<input type="checkbox"/>	Pedagogía en Castellano y Comunicación
<input type="checkbox"/>	Pedagogía en Ciencias Naturales
<input type="checkbox"/>	Pedagogía en Educación Física
<input type="checkbox"/>	Pedagogía en Educación General Básica
<input type="checkbox"/>	Pedagogía en Educación Matemática
<input type="checkbox"/>	Pedagogía en Educación Parvularia
<input type="checkbox"/>	Pedagogía en Historia y Geografía
<input type="checkbox"/>	Pedagogía en Inglés
<input type="checkbox"/>	Ingeniería en Alimentos
<input type="checkbox"/>	Enfermería
<input type="checkbox"/>	Fonoaudiología
<input type="checkbox"/>	Nutrición y Dietética

Marque el año de la carrera que está cursando actualmente:

<input type="checkbox"/>	Primero
<input type="checkbox"/>	Segundo
<input type="checkbox"/>	Tercero
<input type="checkbox"/>	Cuarto
<input type="checkbox"/>	Quinto

INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR

Seleccione en la casilla el Quintil que se asemeje a su ingreso *per cápita*. Este se calcula dividiendo el ingreso total mensual del hogar, por la cantidad de miembros de la familia.

Ejemplo: Sueldo Padre \$400.000 + Sueldo Madre \$350.000= \$750.000/ 5 (padre, madre y 3 hijos) = \$150.000 *per cápita* o por persona, corresponde al 3^{er} quintil.

	Quintiles	Desde	Hasta
	Primer	\$0	\$69 090
	Segundo	\$69 090	\$106 214
	Tercer	\$106 214	\$168 366
	Cuarto	\$168 366	\$301 741
	Quinto	\$301 742	o más

Anexo C: TEST DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL VERSIÓN TRADUCIDA Y ADAPTADA A POBLACIÓN ADOLESCENTE ESCOLARIZADA CHILENA (TMHSCG-CL)

TEST DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS CHILENOS (TMHSCG-CL)

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

Sección A: Para cada una de las siguientes afirmaciones elige **Verdadero (V)** **Falso (F)** o **No lo sé**, marcando una **X** en el casillero que corresponda.

	V	F	No lo sé
1. Salud mental como enfermedad mental involucran al cerebro y su funcionamiento.	1	0	0
2. El cerebro puede influir en la forma en que funciona el cuerpo, pero el cuerpo no puede influir en la forma en que funciona el cerebro.	0	1	0
3. Las diferentes formas en que funciona el cerebro están controladas por diferentes redes neuronales que se comunican entre sí.	1	0	0
4. El estado de ánimo de cada persona puede cambiar de forma natural de bueno a malo y viceversa.	1	0	0
5. El cerebro ayuda a controlar el funcionamiento de órganos como corazón y los pulmones y extremidades como los dedos.	1	0	0
6. La forma en que pensamos, cómo se mueven nuestros cuerpos, nuestras señales verbales y nuestros gestos están TODOS controlados por el cerebro.	1	0	0
7. Las personas con esquizofrenia a menudo tienen una doble personalidad.	0	1	0
8. La depresión y el trastorno bipolar son dos ejemplos del tipo de enfermedad mental llamada trastorno del estado de ánimo.	1	0	0

9. Un trastorno de ansiedad ocurre cuando una persona detecta la presencia de peligro, como, por ejemplo, el ataque de un perro.	0	1	0
10. Las conductas autolesivas (daño hacia sí mismo) son las mismas que los intentos de suicidio.	0	1	0
11. El tratamiento de la enfermedad mental tiene tres objetivos: aliviar los síntomas, restablecer la buena salud y ayudar a la persona a recuperarse.	1	0	0
12. Las enfermedades mentales son causadas por el estrés habitual de la vida diaria	0	1	0
13. Con el tiempo, toda angustia o preocupación se convertirá en enfermedad mental.	0	1	0
14. Si una persona se siente triste por varios días seguidos, probablemente tenga depresión.	0	1	0
15. Las personas con bulimia nerviosa (preocupación excesiva por el peso corporal) a menudo se mueren de hambre y hacen ejercicio en exceso.	0	1	0
16. Las buenas relaciones con los demás y el ejercicio ayudan a las personas a tener buena salud mental.	1	0	0
17. Sentir tristeza y enojo de forma ocasional es signo de una mala salud mental.	0	1	0
18. El deseo intenso de consumir drogas lleva al abuso de estas sustancias.	1	0	0

La escala determina el nivel de conocimiento sobre enfermedades mentales. El mayor puntaje es para las personas que tienen mayor nivel de conocimiento sobre enfermedades mentales, con un máximo de 18 puntos.

Sección B: Para cada una de las siguientes afirmaciones, **marca una X en el casillero que crees que describe mejor cómo te sientes acerca de la afirmación. Por favor, selecciona sólo una respuesta para cada pregunta**

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La mayoría de las personas con una enfermedad mental se encuentran incapacitadas para trabajar.	5	4	3	2	1

2. Las personas con una enfermedad mental tienden a causarla ellas mismas.	5	4	3	2	1
3. Las personas con una enfermedad mental no se esfuerzan lo suficiente para mejorar.	5	4	3	2	1
4. La mayoría de los delitos violentos son cometidos por personas con una enfermedad mental.	5	4	3	2	1
5. No puedes confiar en las personas que tienen una enfermedad mental.	5	4	3	2	1
6. Me molestaría si alguien con una enfermedad mental se sentara siempre a mi lado en clases.	5	4	3	2	1
7. Si supiera que alguien tiene una enfermedad mental, no tendría una amistad cercana con esa persona.	5	4	3	2	1
8. Si supiera que alguien tiene una enfermedad mental, no saldría con esa persona.	5	4	3	2	1
9. No me gustaría tener clases con un profesor que ha estado en tratamiento debido a una enfermedad mental.	5	4	3	2	1
10. Evitaría a alguien con una enfermedad mental.	5	4	3	2	1

La escala muestra el nivel de estigma presente en las personas frente a otras con enfermedades mentales, con un máximo de 50 puntos. A mayor puntaje obtenido, menor estigma.

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

En general, ¿en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones? Marca con una X

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Si pensara que algún miembro de mi familia necesita ayuda con un problema o trastorno de salud mental (como depresión), los alentaría a que buscaran ayuda.	1	2	3	4	5
2. Si pensara que uno de mis amigos o compañeros necesita ayuda con algún problema o trastorno de salud mental (como depresión), los alentaría a que buscaran ayuda.	1	2	3	4	5
3. Si pensara que tengo un problema o trastorno de salud mental (como depresión, fobia social, etc.), buscaría ayuda.	1	2	3	4	5
4. Me siento cómodo al buscar ayuda debido a un problema o trastorno mental.	1	2	3	4	5
5. En general, buscar ayuda debido a un problema o trastorno mental es beneficioso.	1	2	3	4	5

La escala determina qué tanta intensidad tiene una persona de buscar ayuda cuando presenta problemas de salud mental, con un máximo de 25 puntos. A mayor puntaje, mayor intensidad de búsqueda de ayuda.

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

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has estado molesto por algo que pasó de forma inesperada?	5	4	3	2	1
2. Durante el último mes, ¿qué tan seguido has sentido que eras incapaz de controlar las cosas importantes en tu vida?	5	4	3	2	1
3. Durante el último mes, ¿qué tan seguido te has sentido nervioso y “estresado”?	5	4	3	2	1
4. Durante el último mes, ¿qué tan seguido te has sentido seguro de tus habilidades para enfrentar tus problemas personales?	1	2	3	4	5
5. En el último mes, ¿qué tan seguido has sentido que las cosas salían como tú querías?	1	2	3	4	5
6. Durante este último mes, ¿con qué frecuencia te has dado cuenta de que no pudiste hacer frente a todo lo que tenías que hacer?	5	4	3	2	1
7. Durante el último mes, ¿qué tan seguido has sido capaz de controlar las cosas que te molestan en tu vida?	1	2	3	4	5

8. Durante el último mes, ¿qué tan seguido has sentido que tienes todo bajo control?	1	2	3	4	5
9. Durante el último mes, ¿qué tan seguido has estado enojado debido a situaciones que estaban fuera de tu control?	5	4	3	2	1
10. Durante este último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que tus problemas se estaban volviendo tan difíciles de resolver que no podías enfrentarlos?	5	4	3	2	1

La escala brinda 5 opciones de respuesta: “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “con frecuencia” y “con mucha frecuencia”, que se clasifican de cero a cuatro. Los ítems 4, 5, 7 y 9 se califican en forma reversa o invertida. Presenta un máximo de 50 puntos. A mayor puntuación mayor estrés percibido.

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

	Nunca	Algunas veces	Más de la mitad de las veces	La mayor parte del tiempo	Siempre
1. Me he sentido alegre y de buen ánimo.	1	2	3	4	5
2. Me he sentido tranquilo y relajado.	1	2	3	4	5
3. Me he sentido activo y enérgico.	1	2	3	4	5
4. Me he despertado con la sensación de haber descansado.	1	2	3	4	5

5. Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan.	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

La escala muestra el nivel de satisfacción con la vida, en una escala con máximo de 25 puntos. A mayor puntaje mayor sensación de bienestar.

Anexo D: SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE ALUMNOS MATRICULADOS POR CARRERA

Estimados

Mi nombre es Andrea Muñoz Toro. En conjunto con Lucía Mella Pardo y Diego Suárez Molina, y guiados por la profesora Aurora Henríquez Melgarejo, EU., estamos desarrollando nuestro trabajo de Licenciatura en Enfermería, en el tópic de Alfabetización en Salud Mental. Para ello, debemos realizar un estudio a través de una encuesta, por lo que para calcular la muestra necesitamos saber el número exacto de estudiantes en algunas unidades académicas de la Universidad. Para completar el cálculo, quisiera saber cuál es el número de alumnos matriculados en las carreras de Enfermería, Fonoaudiología, Nutrición, ingeniería en recursos naturales de la Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos, así como el número de matriculados en las carreras de Pedagogía en Castellano y Comunicación, Pedagogía en Ciencias Naturales, Pedagogía en Educación Física, Pedagogía General Básica, Pedagogía en Educación Matemática, Pedagogía en Educación Parvularia, Pedagogía en Historia y Geografía y Pedagogía en Inglés de la Facultad de Educación y Humanidades de nuestra Universidad. Si es posible, requerimos los datos de los matriculados en 2020, desagregados hasta el nivel de semestre en curso. Con esa información, podremos calcular la muestra requerida para poder realizar la encuesta a los estudiantes objetivo, necesaria para el logro de nuestros objetivos de trabajo.

Anexo E: SOLICITUD (TIPO) DE APOYO A LAS FACULTADES PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Estimado(a) Decano(a):

Mi nombre es Lucía Mella Pardo. En conjunto con Andrea Muñoz Toro y Diego Suárez Molina, y guiados por la profesora Aurora Henríquez Melgarejo, EU., estamos desarrollando nuestro trabajo de Licenciatura en Enfermería, en el tópicó de Alfabetización en Salud Mental. Para ello, debemos realizar un estudio a través de una encuesta que mide las distintas dimensiones de ésta. Dicha encuesta será aplicada a los alumnos de las carreras de [completar listado de carreras] de la Facultad de [completar facultad respectiva].

Solicitamos formalmente autorización para poder aplicar dichos instrumentos de medición en los estudiantes antes singularizados. Los datos obtenidos serán absolutamente anónimos y tratados de manera discreta sólo para los fines de nuestra investigación.

En caso de obtener vuestra autorización, los detalles del procedimiento de aplicación de la encuesta serán discutidos con los Directores de Escuela y Directores de Departamento respectivos.

Agradecemos de antemano el apoyo para la realización de esta importante investigación de pregrado.

Saludos cordiales.

Anexo F: SOLICITUD (TIPO) DE APOYO A DIRECCIONES DE DEPARTAMENTO PARA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO Y PROCEDIMIENTOS

Estimado(a) Director(a) de Departamento:

Mi nombre es Lucía Mella Pardo. En conjunto con Andrea Muñoz Toro y Diego Suárez Molina, y guiados por la profesora Aurora Henríquez Melgarejo, EU., estamos desarrollando nuestro trabajo de Licenciatura en Enfermería, en el tópic de Alfabetización en Salud Mental. Para ello, debemos realizar un estudio a través de una encuesta que mide las distintas dimensiones de ésta. Dicha encuesta será aplicada a los alumnos de la carrera de [completar listado de carreras], dictada por el Departamento de [completar nombre del Departamento] de la Facultad de [completar facultad respectiva].

Previo a este escrito, se nos fue entregada, con fecha DD de MMMM de 2020, autorización del Decano(a) de la Facultad [completar facultad respectiva] para realizar esta investigación con los alumnos de esta unidad académica de la Universidad. Con todo, solicitamos se nos permita tener acceso a los docentes de los cursos de las carreras [completar las carreras] para poder aplicar los instrumentos de medición en los estudiantes antes singularizados conforme al procedimiento que detallo a continuación.

Cada profesor de asignatura de los alumnos ya señalados solicitará que en los últimos 15 minutos de su clase respondan la encuesta requerida a través de un formulario de Google Forms, cuyo link se entregará oportunamente. Los datos obtenidos serán absolutamente anónimos y tratados de manera discreta sólo para los fines de nuestra investigación.

Agradecemos de antemano el apoyo para la realización de esta importante investigación de pregrado.

Saludos cordiales.

Anexo G: SOLICITUD (TIPO) DE APOYO A LAS DIRECCIONES DE ESCUELA PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO Y LOS PROCEDIMIENTOS

Estimado(a) Director(a) de Escuela:

Mi nombre es Lucía Mella Pardo. En conjunto con Andrea Muñoz Toro y Diego Suárez Molina, y guiados por la profesora Aurora Henríquez Melgarejo, EU., estamos desarrollando nuestro trabajo de Licenciatura en Enfermería, en el tópic de Alfabetización en Salud Mental. Para ello, debemos realizar un estudio a través de una encuesta que mide las distintas dimensiones de ésta. Dicha encuesta será aplicada a los alumnos de la carrera de [completar listado de carreras], dictada por el Departamento de [completar nombre del Departamento] de la Facultad de [completar facultad respectiva].

Previo a este escrito, se nos fue entregada, con fecha DD de MMMM de 2020, autorización del Decano(a) de la Facultad [completar facultad respectiva] para realizar esta investigación con los alumnos de esta unidad académica de la Universidad. Con todo, solicitamos se nos permita tener acceso a los docentes de los cursos de las carreras [completar las carreras] para poder aplicar los instrumentos de medición en los estudiantes antes singularizados conforme al procedimiento que detallo a continuación.

Cada profesor de asignatura de los alumnos ya señalados solicitará que en los últimos 25 minutos de su tiempo respondan la encuesta requerida a través de un formulario de Google Forms, cuyo link se entregará oportunamente. Los datos obtenidos serán absolutamente anónimos y tratados de manera discreta sólo para los fines de nuestra investigación.

Agradecemos de antemano el apoyo para la realización de esta importante investigación de pregrado.

Saludos cordiales.

Anexo H: CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS PARTICIPANTES

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado estudiante de la UBB:

Lucía Mella Pardo, RUN 15.984.038-7, Andrea Muñoz Toro, RUN 19.796.633-5, y Diego Suárez Molina, RUN 19.946.122-2, todos estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, se encuentran realizando una investigación titulada **“Alfabetización en Salud Mental en estudiantes del área Salud y Educación de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán 2020”**, dirigida por la académica EU. Mg. Aurora Henríquez Melgarejo.

Se le solicita su participación en esta investigación. Para ello le solicitamos responder el siguiente cuestionario: Test de Alfabetización en Salud Mental (TMHSCG-CL). Esto tomará aproximadamente 25 minutos

La participación en esta investigación es de carácter voluntario. La información obtenida a través de esta investigación será bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y los datos obtenidos sólo serán almacenados de forma segura con acceso restringido donde solo ingresarán los investigadores, y no existirán copias. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y, por tanto, anónimas. Usted tiene el derecho de retirarse en cualquier momento, y esto no supondrá ninguna consecuencia académica ni personal.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la

Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede contactar con Aurora Henríquez, al teléfono oficina o carrera 42-2363091 o al correo electrónico, ahenriquez@ubiobio.cl.

Las publicaciones que se generan a partir de esta investigación no incluirán nombres ni datos personales de los participantes.

ACEPTACIÓN

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

Seleccione la opción para continuar con el cuestionario.

Si acepto

No acepto

Anexo I: PRUEBA DE HIPÓTESIS DE TRABAJO

Para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba t de Student. Esta prueba estadística se utiliza para probar si la distribución de frecuencias de los datos de nivel de ASM obtenido por los estudiantes encuestados. En este caso, consideramos que la hipótesis nula es una variante de la definida previamente, es decir:

H₀: El puntaje promedio de ASM que obtienen los estudiantes universitarios de pregrado de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán es inferior o igual a 120 puntos.

La hipótesis alterna queda entonces definida de esta manera:

H₁: El puntaje promedio de ASM que obtienen los estudiantes universitarios de pregrado de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán es siempre superior a 120 puntos.

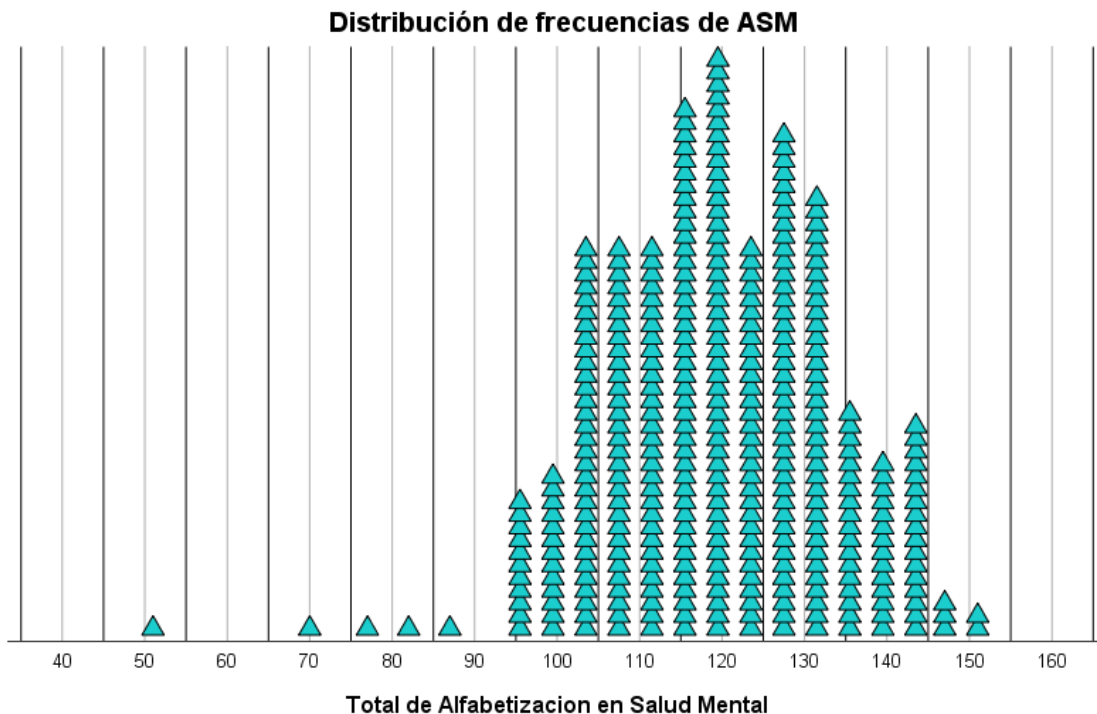
Se puede graficar la distribución de frecuencias de la suma de puntos en la prueba aplicada a los participantes del estudio. Dicha distribución es semejante a la forma que tiene la distribución de probabilidad t de Student.

Propuesta de escala de interpretación de los resultados para la prueba TMHSCG-CL

La propuesta del grupo investigador es que la prueba TMHSCG-CL para ser aplicada en este estudio fueron en la línea de interpretar los niveles de ASM obtenidos por los encuestados usando la técnica de la separación e cuartiles. En efecto, separar en cuartiles significa dividir la muestra estudiada en 4 grupos con la misma cantidad de elementos (de

manera aproximada). Esto genera que el primer cuarto de la muestra obtuvo puntajes hasta $Q_1= 110$ puntos (nivel bajo). El segundo cuarto de muestra obtuvo puntajes entre 110 y $Q_2= 120$ puntos (nivel medio bajo). El tercer cuarto, por su parte, posee puntajes entre 120 y $Q_3= 129$ puntos (nivel medio alto). Dado que la media de puntaje en la prueba completa es de 119,39 puntos (dentro del segundo cuartil), se puede proponer que, a manera de interpretar los resultados de la prueba, se considera que cualquier persona a la que se le aplique la prueba obtenga 120 o menos puntos sea considerado como una con un nivel medio bajo de ASM.

Gráfico 1: *Distribución de frecuencias de puntajes de ASM de la muestra tras aplicar la prueba TMHSCG-CL*



La prueba de si una distribución de frecuencias se compara o aproxima a la distribución *t* de Student requiere que la desviación estándar sea desconocida. Calculando, se obtiene que es imposible rechazar H_0 . Dicho de otro modo, se obtiene con un 95% de confianza que el promedio de puntos de la prueba TMHSCG-CL será menor o igual a 120 puntos. Es decir, el nivel de alfabetización en salud mental de los estudiantes de la Sede Chillán de la Universidad del Bío-Bío es a lo menos medio o bajo. El cálculo se presenta en el anexo respectivo.

Para probar la hipótesis del trabajo, primero se hizo una reformulación de esta en términos más manejables. Sea μ el promedio de puntajes obtenidos por los encuestados en la prueba TMHSCG-CL. Declaramos operacionalmente las hipótesis nulas y alternas como sigue:

H_0 : El promedio de puntajes obtenidos por los estudiantes en la prueba TMHSCG-CL es menor o igual a 120 puntos.

H₁: El promedio de puntajes obtenidos por los estudiantes en la prueba TMHSCG-CL es mayor a 120 puntos.

Matemáticamente, lo anterior se puede escribir:

H₀: $\mu \leq 120$.

H₁: $\mu > 120$.

Dado que para el universo desde donde se ha obtenido la muestra no se conoce la desviación estándar σ , se utilizará la prueba t de Student con $df = 370$ y la estadística definida por

$$t^* = \frac{\bar{x} - \mu}{S_{\bar{x}}}$$

En este caso, calculamos

$$S_{\bar{x}} = \frac{S}{\sqrt{n}} = \frac{13,85}{\sqrt{371}} \approx 0,72.$$

Supondremos un nivel de significancia $\alpha = 0,05$. Como en este caso $n = 371$, $\bar{x} = 119,39$ y $S_{\bar{x}} = 0,72$, podemos decir que

$$t^* = \frac{119,39 - 120}{0,72} = -0,85.$$

El valor crítico dado por tabla para $df(370;0,05)$ es 1,96. Esto genera un gráfico de región de rechazo de la hipótesis H_0 .

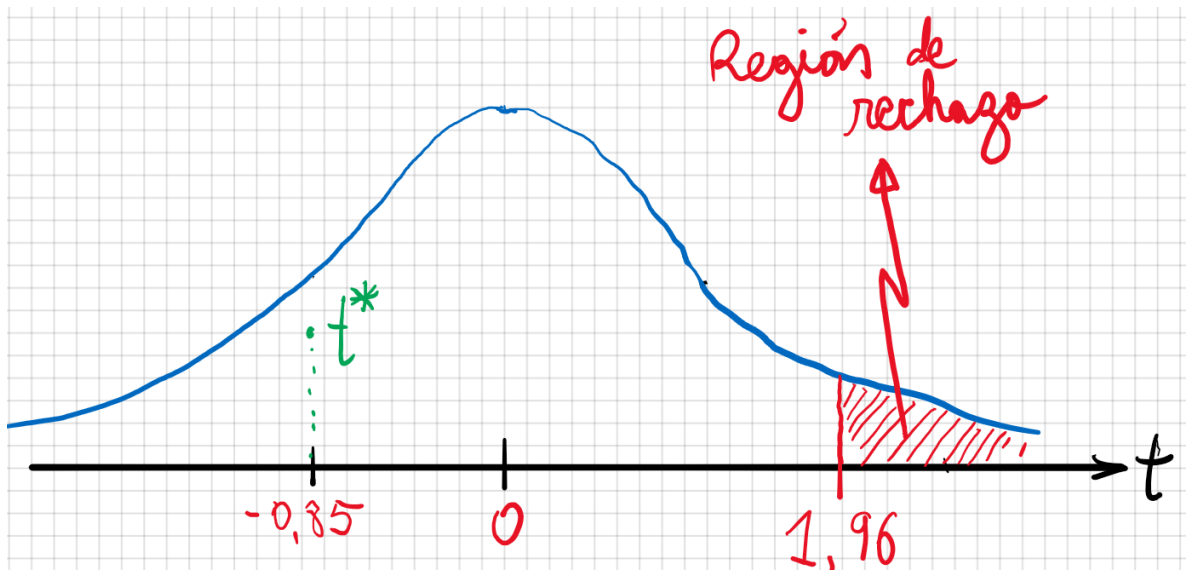


Ilustración I-1: Gráfico de la región de rechazo de la hipótesis H_0 .

Dado que el valor t^* es menor que el valor crítico calculado, es imposible rechazar H_0 . Con un 95% de confianza podemos decir, entonces, que el promedio de puntos obtenidos en la prueba TMHSCG-CL de Alfabetización en Salud Mental será menor o igual a 120 puntos, es decir, que el nivel de alfabetización en salud mental de los estudiantes de la UBB es a lo menos medio o bajo.