Revista Cubana de Medicina Militar

2026;55(3 – Sup. 1):e026077753 – Docencia en Salud

Artículo de Investigación

Factores protectores y salud mental en estudiantes universitarios consultantes de atención psicológica

Protective factors and mental health in university students seeking psychological counseling

Claudio Marín Medina[1]* https://orcid.org/0000-0001-5058-9042

María Eugenia Araneda Bengoechea[1] https://orcid.org/0000-0002-4071-1048

Viviana Tartakowsky Pezoa[1] https://orcid.org/0000-0001-7706-3761

[1]Universidad Bernardo O'Higgins. Santiago, Chile.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: claudio.marin@ubo.cl

RESUMEN

Introducción: La evidencia muestra una alta prevalencia de problemas de salud mental en estudiantes universitarios, lo que vuelve relevante examinar los factores protectores de su salud mental.

Objetivo: Analizar la relación de factores protectores con la sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés en estudiantes universitarios consultantes de un centro de atención psicológica.

Métodos: Estudio cuantitativo, de alcance correlacional y explicativo, con diseño transversal. Se recolectó información de 760 estudiantes universitarios de Santiago de Chile entre 2024 y 2025. Los instrumentos fueron el DASS-21, la CD-RISC-10 y la Ryff-6.

Resultados: Se observaron niveles severos de depresión, ansiedad y estrés, con coocurrencia frecuente entre esta sintomatología. La resiliencia y el bienestar psicológico mostraron correlaciones negativas y débiles con los síntomas y explicaron una parte reducida de su varianza.

Bajo licencia Creative Commons


2026;55(3 – Sup. 1):e026077753 – Docencia en Salud

Conclusiones: Los estudiantes acuden a consulta con malestar, lo que sugiere que estos recursos no resultan suficientes por sí solos y que se requieren intervenciones institucionales más amplias.
Palabras clave: bienestar psicológico; estudiantes; resiliencia psicológica; salud mental; centro de atención psicológica universitario.

ABSTRACT

Introduction: Mental health problems show a high prevalence among university students, which makes it relevant to examine the protective factors of their mental health.

Objective: To analyze the relationship between protective factors and symptoms of anxiety, depression, and stress in university students seeking care at a psychological counseling center.

Methods: Quantitative study with a correlational and explanatory scope and a cross-sectional design. Data were collected from 760 university students in Santiago, Chile, between 2024 and 2025. The instruments were the DASS-21, the CD-RISC-10, and the Ryff-6.

Results: Severe levels of depression, anxiety, and stress were observed, with frequent co-occurrence among these symptoms. Resilience and psychological well-being showed negative and weak correlations with the symptoms and explained a small portion of their variance.

Conclusions: Students seek counseling with distress, which suggests that these resources are not sufficient on their own and that broader institutional interventions are required.
Keywords: mental health; psychological resilience; psychological well-being; students; university psychological counseling center.

Recibido: 01/09/2026

Aprobado: 25/09/2026

Bajo licencia Creative Commons

2026;55(3 – Sup. 1):e026077753 – Docencia en Salud

INTRODUCCIÓN

La salud mental de los estudiantes universitarios constituye un problema de salud pública. Las prevalencias de depresión, ansiedad y estrés en esta población superan las de la población general de la misma edad y se asocian con el género y las dificultades económicas.[1] En América Latina las cifras son aún más altas y muestran una marcada comorbilidad entre los tres cuadros.[2] En Chile el panorama es más adverso: sobre la mitad de los estudiantes presenta niveles moderados a severos de esta sintomatología, con mayor riesgo en mujeres y en quienes tienen antecedentes de trastornos mentales o dificultades económicas.[3] A ello se suman brechas persistentes en el acceso a los servicios de apoyo psicológico.[4]

Frente a este escenario ha crecido el interés por los factores protectores. La resiliencia, entendida como el conjunto de recursos internos y ambientales que permiten afrontar la adversidad de modo adaptativo,[5] se asocia con menor sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés, aun tras controlar variables sociodemográficas.[6] Desde el enfoque eudaimónico, el bienestar psicológico se vincula también con menor malestar emocional y mayor satisfacción vital.[7] La literatura reciente plantea que ambos recursos conforman un entramado protector que amortigua el efecto de los estresores académicos sobre la salud mental.[6]

Pese a ello, son escasos los estudios que integran en un mismo modelo variables sociodemográficas, factores protectores y sintomatología, sobre todo en estudiantes que consultan en servicios universitarios de atención psicológica, un subgrupo con mayor malestar y menor confianza en su capacidad para afrontar la adversidad.[8] La mayor parte de la evidencia proviene de encuestas abiertas a toda la población estudiantil, lo que puede subestimar la gravedad de los cuadros en estos consultantes.[8]

Por tanto, este estudio tiene como objetivo analizar la relación de factores protectores, como la resiliencia y el bienestar psicológico, con la sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés en estudiantes universitarios consultantes de un centro de atención psicológica. Se espera que mayores niveles de resiliencia y bienestar psicológico se asocien con menor sintomatología, que existan diferencias según género y edad, y que ambos factores expliquen una proporción de la varianza de los síntomas más allá de las variables sociodemográficas.

Bajo licencia Creative Commons

2026;55(3 – Sup. 1):e026077753 – Docencia en Salud

MÉTODOS

Diseño

Se realizó un estudio cuantitativo, de alcance correlacional y explicativo, con un diseño no experimental transversal. El estudio buscó analizar la relación de un conjunto de variables sociodemográficas y factores protectores con la salud mental, entendida como sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés, en estudiantes universitarios consultantes de un centro de atención psicológica.

Sujetos

La población correspondió a estudiantes universitarios mayores de edad que solicitaron apoyo en un centro de atención psicológica de una universidad ubicada en el centro de Santiago de Chile. El estudiantado de esta institución pertenece en su mayoría a sectores socioeconómicamente vulnerables: el 81,18 % cuenta con gratuidad universitaria, beneficio que en Chile se asigna a quienes se ubican entre el primer y el sexto decil de ingresos, y solo el 1,98 % se sitúa en los deciles 9 o 10. El muestreo fue por conveniencia y la muestra quedó conformada por 760 estudiantes, con datos recolectados durante los años lectivos 2024 y 2025.

Variables

Se consideraron como variables sociodemográficas la edad, el género y la composición del hogar. Como factores protectores se midieron la resiliencia individual y el bienestar psicológico. La salud mental se operacionalizó a través de la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés.

Procedimientos

Se aplicó una ficha de datos sociodemográficos que recogió el género, la edad y la composición del hogar. La salud mental se midió con la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés en su versión breve (DASS-21). Los factores protectores se evaluaron con la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson breve (CD-RISC 10) y con una versión breve de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff-6).

Bajo licencia Creative Commons

2026;55(3 – Sup. 1):e026077753 – Docencia en Salud

El DASS-21 deriva de la versión original de 42 ítems de Lovibond y Lovibond y mide sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés. La versión chilena fue traducida en 2008 y validada en población adolescente en 2010. Sus 21 ítems se distribuyen en tres componentes de 7 ítems, con respuesta tipo Likert de cuatro niveles, de 0 a 3, en la cual un puntaje mayor refleja una sintomatología más intensa. En población universitaria chilena el instrumento mostró una estructura trifactorial coherente con el modelo teórico y un alfa de Cronbach de 0,91.[9]

La CD-RISC 10 mide resiliencia individual. Deriva de la versión original de 25 ítems de Connor y Davidson y fue reducida a 10 ítems por Campbell-Sills y Stein en 2007. En este estudio se usó la adaptación española validada por Notario-Pacheco y otros en 2011. Sus 10 ítems se responden con una escala tipo Likert de cinco niveles, de 0 a 4, y el puntaje total corresponde al promedio de los ítems, de modo que un valor cercano a 4 indica mayor resiliencia. La versión presentó adecuados índices de ajuste para un modelo unifactorial y un alfa de Cronbach de 0,87.[10]

La Ryff-6 mide bienestar psicológico como un constructo multidimensional que integra autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.[11] La versión original de Ryff contaba con 120 ítems y dio lugar a sucesivas versiones breves.[11] En este estudio se empleó la adaptación de *Stavraki M* y otros,[12] de un solo componente y 6 ítems, uno por dimensión, con respuesta tipo Likert de seis niveles, de 1 a 6; el puntaje total corresponde al promedio de los ítems. Esta versión obtuvo adecuados índices de ajuste y un alfa de Cronbach de 0,78.

Procesamiento

La base de datos se depuró en Excel y se procesó en SPSS v. 27. Se realizó un análisis de frecuencias de las variables sociodemográficas, excepto la edad, tratada con estadísticos descriptivos, y de los niveles de sintomatología. Se calcularon estadísticos descriptivos de los factores protectores y de las puntuaciones de salud mental, y se estimó la fiabilidad de cada escala y subescala con el alfa de Cronbach. La prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra indicó distribuciones no normales. Se compararon los factores protectores y la salud mental según las variables sociodemográficas mediante un ANOVA de un factor, y se examinó la asociación entre salud mental y factores protectores con la correlación de Spearman. Por último, se ajustaron tres

Bajo licencia Creative Commons

2026;55(3 – Sup. 1):e026077753 – Docencia en Salud

modelos de regresión lineal, cada uno con una de las variables de salud mental como dependiente y el resto como predictoras. La representación gráfica de los modelos de regresión se elaboró con draw.io.

Cuestiones bioéticas

El estudio se ajustó a los principios éticos para la investigación con seres humanos de la *American Psychological Association* y de la Declaración de Helsinki. Los instrumentos se alojaron en un formulario en línea que se inició con un consentimiento informado; tras su aceptación, el estudiante accedía a la ficha sociodemográfica y a los demás instrumentos. El formulario permaneció disponible desde marzo hasta noviembre de 2025, en el momento en que cada estudiante solicitaba atención por primera vez, con autorización del centro de atención psicológica.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 760 estudiantes universitarios consultantes de un centro de atención psicológica de una universidad de Santiago de Chile. La edad media fue de 23,15 años (DE= 5,77; rango 18 a 63), con tres cuartas partes de la muestra entre los 18 y los 24 años (Q3= 24). Predominó el género femenino (74,1 %) sobre el masculino (25,9 %). Respecto a la composición del hogar, el 70,3 % vivía con su familia directa (madre, padre o hermanos), el 17,1 % en una familia extendida, el 7,9 % vivía solo y el 4,7 % con hermanos o amigos.

Las escalas presentaron una adecuada fiabilidad (alfa de Cronbach). El total del DASS-21 obtuvo 0,919, con 0,873 en la subescala de depresión, 0,836 en la de ansiedad y 0,804 en la de estrés. La CD-RISC 10 y la Ryff-6 alcanzaron 0,853 y 0,838, respectivamente.

Los estadísticos descriptivos (tabla 1) mostraron niveles altos de sintomatología y niveles moderados de recursos protectores. La depresión tuvo una media de 12,72 (DE= 5,52), clasificada como severa, con un Q2 de 13 y un Q3 de 18; el análisis de frecuencias confirmó que el 64,9 % de la muestra se ubicó en niveles severos a extremadamente severos. La ansiedad presentó una media de 11,67 (DE= 5,68), clasificada como extremadamente severa, y el 73,1 % de los participantes se situó en niveles severos a extremadamente severos. El estrés alcanzó una media de 13,76

Bajo licencia Creative Commons

(DE= 4,73), clasificada como severa, con un 63,7 % de la muestra en esos niveles. En cuanto a los factores protectores, la resiliencia individual tuvo una media de 2,25 (DE= 0,72) y una mediana de 2,30, dentro de un rango moderado en la escala de 0 a 4. El bienestar psicológico tuvo una media de 3,93 (DE= 1,11) y una mediana de 4,00, con un rango intercuartílico de 3,16 a 4,79, lo que ubicó a la mayoría de los participantes en valores moderados a moderadamente altos dentro de la escala de 1 a 6.

Tabla 1 - Estadísticos descriptivos de salud mental y factores protectores

Variables	Media	D. E.	Rango	Mínimo	Máximo	Q1	Q2	Q3
Depresión	12,72	5,527	21	0	21	8,00	13,00	18,00
Ansiedad	11,67	5,684	21	0	21	7,00	12,00	17,00
Estrés	13,76	4,737	21	0	21	10,00	14,00	17,75
Resiliencia individual	2,258	0,7281	4,0	0,0	4,0	1,800	2,300	2,700
Bienestar psicológico	3,936	1,1165	5,0	1,0	6,0	3,167	4,000	4,792

La comparación según variables sociodemográficas (tabla 2: a y b) mostró diferencias en algunas de ellas. Según la composición del hogar, las puntuaciones de salud mental no difirieron de forma significativa entre los grupos: las medias de ansiedad se clasificaron como extremadamente severas, las de estrés como severas y las de depresión como severas, salvo en quienes vivían con hermanos o amigos (M= 14,44), cuyo nivel fue extremadamente severo. Los factores protectores también se mantuvieron en rangos moderados en todos los grupos familiares. Las diferencias descriptivas observadas no alcanzaron significación estadística, lo que pudo deberse al tamaño desigual de las categorías familiares.

Bajo licencia Creative Commons

2026;55(3 – Sup. 1):e026077753 – Docencia en Salud

Tabla 2a - Comparación de salud mental y factores protectores según variables sociodemográficas

Factor	Variable	Categoría	N	Media	D. E.
Género	Depresión	Masculino	197	12,66	5,561
		Femenino	563	12,74	5,521
	Ansiedad**	Masculino	197	10,16	5,948
		Femenino	563	12,20	5,496
	Estrés**	Masculino	197	12,49	5,042
		Femenino	563	14,21	4,547
	Resiliencia**	Masculino	197	2,444	0,7577
		Femenino	563	2,193	0,7067
	Bienestar psicológico	Masculino	197	3,928	1,0644
		Femenino	563	3,939	1,1351
Edad	Depresión	18 a 23	559	12,84	5,599
		24 a 29	128	12,85	5,254
		≥ 30	73	11,56	5,377
	Ansiedad*	18 a 23	559	11,93	5,639
		24 a 29	128	11,43	5,497
		≥ 30	73	10,10	6,131
	Estrés	18 a 23	559	13,93	4,805
		24 a 29	128	13,67	4,315
		≥ 30	73	12,63	4,820
	Resiliencia**	18 a 23	559	2,198	0,7220
		24 a 29	128	2,310	0,7043
		≥ 30	73	2,621	0,7122
	Bienestar psicológico**	18 a 23	559	3,864	1,1190
		24 a 29	128	4,005	1,0714
		≥ 30	73	4,370	1,0831

*La diferencia fue significativa al nivel de $p < 0,05$.

**La diferencia fue significativa al nivel de $p < 0,001$.

Nota: las diferencias se identificaron mediante ANOVA de un factor, con análisis post hoc de Tukey en las variables de tres o más categorías.

Bajo licencia Creative Commons

2026;55(3 – Sup. 1):e026077753 – Docencia en Salud

Tabla 2b - Comparación de salud mental y factores protectores según variables sociodemográficas

Factor	Variable	Categoría	N	Media	D. E.
Familia	Depresión	Directa	534	12,42	5,500
		Extendida	130	13,21	5,351
		Hermanos o amigos	36	14,44	5,443
		Solo	60	13,28	6,012
	Ansiedad	Directa	534	11,56	5,701
		Extendida	130	11,44	5,707
		Hermanos o amigos	36	13,69	4,990
		Solo	60	12,00	5,752
	Estrés	Directa	534	13,75	4,651
		Extendida	130	13,49	5,194
		Hermanos o amigos	36	14,86	4,114
		Solo	60	13,82	4,831
	Resiliencia	Directa	534	2,258	0,7044
		Extendida	130	2,216	0,7719
		Hermanos o amigos	36	2,131	0,6777
		Solo	60	2,425	0,8487
	Bienestar psicológico	Directa	534	3,976	1,0876
		Extendida	130	3,836	1,1174
		Hermanos o amigos	36	3,657	1,2163
		Solo	60	3,967	1,2884

*La diferencia fue significativa al nivel de p < 0,05.

**La diferencia fue significativa al nivel de p < 0,001.

Nota: las diferencias se identificaron mediante ANOVA de un factor, con análisis post hoc de Tukey en las variables de tres o más categorías.

Según el género, los hombres presentaron menor ansiedad (M= 10,16) y menor estrés (M= 12,49) que las mujeres (M= 12,20 y M= 14,21), además de una resiliencia mayor (M= 2,44 frente a 2,19), todas diferencias significativas. La depresión y el bienestar psicológico fueron similares entre ambos grupos. Los mayores niveles de ansiedad y estrés en las mujeres coincidieron con su menor resiliencia.

Según la edad, las medias de depresión y estrés fueron menores en el grupo de 30 años o más (M= 11,56 y M= 12,63), aunque sin diferencias significativas respecto a los otros grupos. En la ansiedad, ese grupo sí tuvo una media significativamente menor (M= 10,10). En resiliencia y

Bajo licencia Creative Commons

2026;55(3 – Sup. 1):e026077753 – Docencia en Salud

bienestar psicológico, el grupo de 18 a 23 años presentó las medias más bajas (M= 2,19 y M= 3,86) y el de 30 años o más las más altas (M= 2,62 y M= 4,37), con diferencias significativas.

Tabla 3 - Correlaciones de salud mental y factores protectores (Rho de Spearman)

Variables	Depresión	Ansiedad	Estrés	Resiliencia individual	Bienestar psicológico
Depresión	1,000	0,524**	0,604**	-0,318**	-0,470**
Ansiedad	0,524**	1,000	0,738**	-0,195**	-0,263**
Estrés	0,604**	0,738**	1,000	-0,211**	-0,279**
Resiliencia individual	-0,318**	-0,195**	-0,211**	1,000	0,505**
Bienestar psicológico	-0,470**	-0,263**	-0,279**	0,505**	1,000

** La correlación fue significativa al nivel de $p< 0,01$ (unilateral).

Todas las correlaciones resultaron significativas al nivel 0,01 (tabla 3). La depresión se asoció de forma positiva y moderada con la ansiedad (*rho*= 0,524) y algo más fuerte con el estrés (*rho*= 0,604), y de forma negativa y moderada con la resiliencia (*rho*= -0,318) y el bienestar psicológico (*rho*= -0,470). La ansiedad se correlacionó de forma positiva y fuerte con el estrés (*rho*= 0,738) y de forma negativa, aunque más débil, con la resiliencia (*rho*= -0,195) y el bienestar psicológico (*rho*= -0,263). El estrés mostró correlaciones negativas débiles con la resiliencia (*rho*= -0,211) y el bienestar psicológico (*rho*= -0,279). La resiliencia y el bienestar psicológico se correlacionaron de forma positiva y moderada entre sí (*rho*= 0,505).

La figura 1 sintetiza los tres modelos de regresión lineal. Los estadísticos de colinealidad (VIF entre 1,023 y 2,265) descartaron problemas de multicolinealidad. En conjunto, los modelos mostraron que los síntomas se encontraron fuertemente interrelacionados y que los factores protectores se asociaron sobre todo con la depresión, aunque de forma débil. El modelo con el estrés como variable dependiente explicó el 62 % de la varianza (R^2 ajustado= 0,620), con la ansiedad (β= 0,561; $p< 0,001$) y la depresión (β= 0,332; $p< 0,001$) como principales predictores; entre las variables sociodemográficas, solo el género tuvo un efecto significativo aunque bajo, con mayores niveles de estrés en las mujeres (β= 0,075; $p= 0,05$). La resiliencia y el bienestar psicológico no presentaron efectos directos significativos sobre el estrés. El modelo con la ansiedad como variable dependiente explicó el 55,7 % de la varianza (R^2 ajustado= 0,557), con el estrés

Bajo licencia Creative Commons

como principal predictor (β= 0,654; *p*< 0,001), seguido de la depresión (β= 0,106; *p*< 0,05) y el género (β= 0,050; *p*< 0,05). El modelo con la depresión como variable dependiente explicó el 49,1 % de la varianza (R^2 ajustado= 0,491) y mostró un patrón distinto: un mayor bienestar psicológico (β= -0,274; *p*< 0,001) y una mayor resiliencia (β= -0,074; *p*< 0,05) se asociaron con menores niveles de depresión. También se observó un efecto del tipo de hogar (β= 0,063; *p*< 0,001), con mayor sintomatología en quienes vivían con amigos, hermanos o solos, y un efecto inverso del género femenino (β= -0,096; *p*< 0,001). El estrés (β= 0,445; *p*< 0,001) y la ansiedad (β= 0,122; *p*< 0,05) mantuvieron un efecto importante.

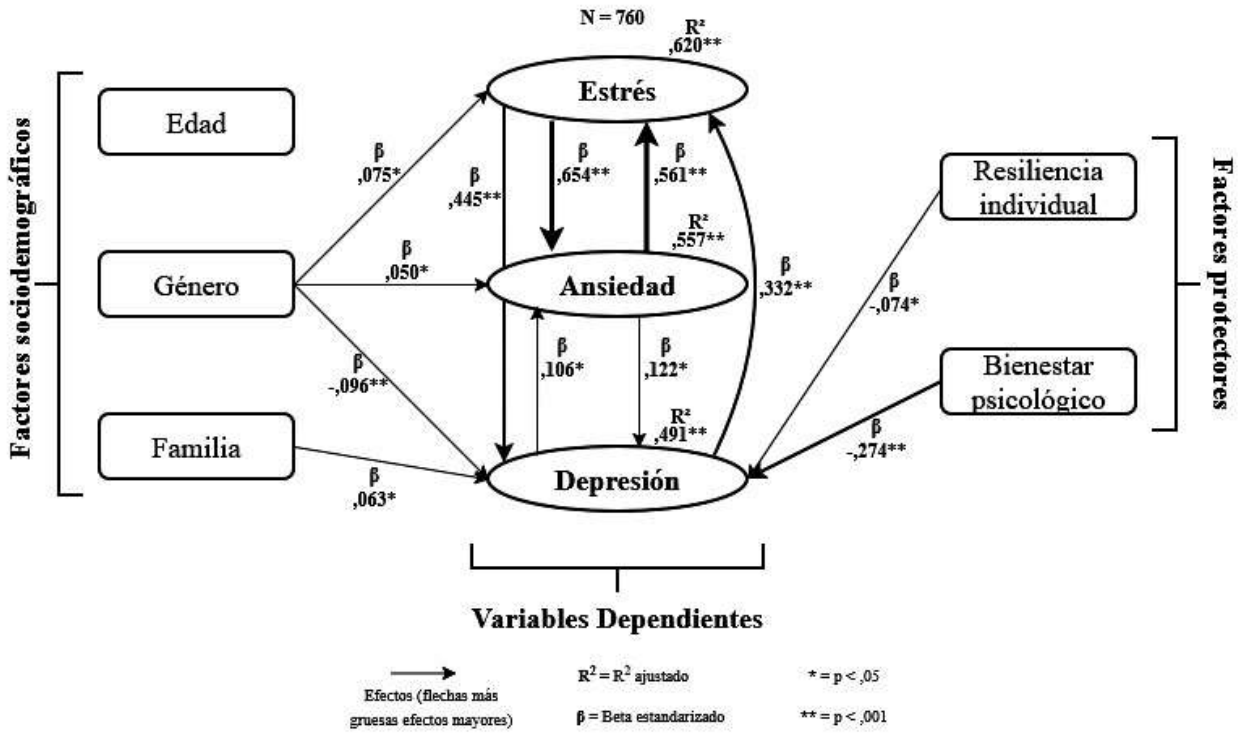


Fig. 1 - Diagrama de los modelos de regresión múltiple.

Bajo licencia Creative Commons

2026;55(3 – Sup. 1):e026077753 – Docencia en Salud

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la relación de factores protectores, como la resiliencia y el bienestar psicológico, con la sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés en estudiantes universitarios consultantes de un centro de atención psicológica. El primer hallazgo a destacar fue el severo nivel de sintomatología de los participantes (ansiedad 73,1 %, depresión 64,9 % y estrés 63,7 %). Aunque se trató de una muestra clínica, estas cifras se ubicaron muy por encima de las reportadas en estudios internacionales,[13] latinoamericanos[14] y nacionales.[3] Este escenario resulta más preocupante si se considera que menos de un cuarto de los estudiantes con problemas de salud mental accede a algún tratamiento.[15] Una explicación posible es que los consultantes de universidades con el perfil de la muestra no encontraron respuesta en los servicios públicos de salud del territorio.

Entre las variables sociodemográficas, las diferencias de género fueron las más claras: las mujeres presentaron mayor sintomatología ansiosa y de estrés, y los hombres, mayor resiliencia. Este patrón, atribuible a factores socioculturales, coincide con la mayor carga sintomática observada de forma sistemática en mujeres.[3,16] Los estudiantes de 30 años o más mostraron mayor resiliencia y bienestar y menor ansiedad, lo que pudo vincularse con que el estudiantado más joven afronta de forma simultánea la construcción identitaria, la adaptación académica y la autonomía, condiciones que elevan su vulnerabilidad psicológica.

La intensidad de la sintomatología plantea un problema adicional cuando estos casos se atienden en centros universitarios, donde con frecuencia los reciben psicólogos en formación o con escasa experiencia clínica que, pese a contar con supervisión, pueden tener menos preparación que los especialistas de centros de alta complejidad. Se configura así un dilema ético: la universidad asume la salud mental de su estudiantado porque los recursos del sistema público resultan insuficientes, pero lo hace con medios técnicos y humanos que pueden no ajustarse a la gravedad de los cuadros.[4] De ahí la urgencia de visibilizar estos casos y de un abordaje coordinado con el sistema público mediante políticas específicas.[4,17]

Otro punto relevante fue la fuerte correlación entre los síntomas, en especial entre estrés y ansiedad, lo que refleja la comorbilidad descrita en la literatura[2] y puede agravar el pronóstico. En contraste,

Bajo licencia Creative Commons


2026;55(3 – Sup. 1):e026077753 – Docencia en Salud

la sintomatología correlacionó de forma negativa con los factores protectores, en línea con lo reportado para la resiliencia[6] y el bienestar psicológico,[7] aunque con magnitudes débiles, salvo en la relación de la depresión con ambos recursos, que fue moderada.

Lo anterior cobra sentido al considerar la conclusión central del análisis: los factores protectores tuvieron un efecto negativo débil a marginal sobre la depresión y ningún efecto significativo sobre la ansiedad y el estrés. Se infiere que recursos como la resiliencia y el bienestar psicológico no operaron del mismo modo que en la población universitaria general[6,18] una vez instalado un cuadro severo. Las variables sociodemográficas tuvieron un peso residual, con el género como único factor de efecto significativo. Este patrón contrastó con el fuerte vínculo entre estrés y ansiedad y entre estrés y depresión, lo que confirmó que estos síntomas se potencian entre sí[16] y pudo amortiguar los efectos protectores de la resiliencia y el bienestar. Todo ello debe entenderse en un contexto de alta vulnerabilidad socioeconómica, reconocida como factor de riesgo para la salud mental universitaria.[14]

No parece casual que la ansiedad fuera la sintomatología más prevalente, ya que se ha vuelto un problema extendido en la población adulta joven, vinculado a la hipertecnologización, la necesidad de inmediatez y la baja tolerancia a la frustración.[19] Estos malestares se retroalimentan con las exigencias de rendimiento del quehacer universitario y se tornan más graves ante la coocurrencia de cuadros de salud mental, que vuelve más complejos los tratamientos.

La salud mental universitaria no puede entenderse solo como un problema individual, sino también como un fenómeno ligado a condiciones estructurales, académicas y sociales contemporáneas. Esto exige adoptar una mirada estratégica y de política pública de promoción y prevención,[20] pues la evidencia muestra que la llegada a la consulta suele ser tardía y reduce las posibilidades de recuperación.[20,21]

En este sentido, los resultados sugieren, en congruencia con lo recomendado por expertos, asegurar el bienestar de los entornos y trayectorias de aprendizaje como elementos inherentes a la formación en la educación superior.[22] Asimismo, que las instituciones estén atentas a la creciente diversificación y particularidad en las necesidades y expectativas de su estudiantado, las que como entidades formativas deben satisfacer con perfiles de ingreso ajustados a éstas, con políticas de

Bajo licencia Creative Commons


2026;55(3 – Sup. 1):e026077753 – Docencia en Salud

inclusión y ajustes, acompañamiento durante momentos críticos del proceso formativo, y cambios curriculares orientados hacia una mayor flexibilidad, coherencia de la carga académica y pertinencia de las metodologías de enseñanza y aprendizaje.[21,23]

En relación con la salud mental, más directamente, los resultados apoyan la evidenciada necesidad de complementar los recursos puestos en acciones para la atención psicológica cuando los problemas ya se presentan y la intervención suele ser más extensa y costosa, con otros dirigidos hacia intervenciones tempranas. Ejemplo de esto pueden ser las tutorías de pares de resiliencia y promoción de estilos de vida saludables, que incorporen una mirada de recursos y la actividad física y la higiene del sueño como parte del currículo de primer año, no como un servicio aislado, facilitando integralmente la transición y el desarrollo de diversas habilidades necesarias para el bienestar en la educación terciaria. Junto con esto, los resultados apuntan a la necesidad de crear y evaluar participativamente, intervenciones focalizadas en grupos más vulnerables en tanto salud mental, como el de las estudiantes mujeres, quienes en nuestra sociedad suelen tener una carga desigual en comparación con los hombres respecto a labores domésticas y de cuidados no remunerados,[24] con el impacto que esto implica para sus estudios, en especial en niveles socioeconómicos bajos.[25] En este último sentido, se sugiere también, al igual como lo han hecho comisiones expertas, que las universidades difundan en conjunto con la red territorial de salud pública, su funcionamiento y de los distintos recursos que posee, según el territorio. Complementariamente, los resultados apuntan a la urgencia de articulación entre direcciones de apoyo estudiantil y centros de salud, públicos y privados, cercanos a las instituciones de educación superior, para realizar derivaciones, sobre todo, a especialistas.[21,23]

Entre las limitaciones, el estudio se desarrolló en un solo centro y en una universidad de características particulares, lo que pudo no representar del todo a la subpoblación estudiada. Como proyección, sería pertinente incorporar otros centros y nuevas variables, como el rendimiento académico, los antecedentes psiquiátricos o el uso de redes sociales. Por último, aunque el carácter clínico de la muestra limitó la generalización a la población universitaria general, constituyó también una fortaleza, pues permitió comprender la salud mental de los estudiantes en mayor

Bajo licencia Creative Commons

situación de vulnerabilidad. De ahí que las estrategias de prevención e intervención dirigidas a esta subpoblación no puedan plantearse del mismo modo que para el resto del estudiantado.

En conclusión, los estudiantes universitarios participantes presentaron niveles severos de depresión, ansiedad y estrés, con una marcada coocurrencia entre los tres cuadros. La resiliencia y el bienestar psicológico se asociaron de forma negativa con esta sintomatología, aunque de manera débil, salvo en el caso de la depresión, en el cual la relación fue moderada. En coherencia con ello, ambos factores protectores explicaron una proporción reducida de la varianza de la depresión y no mostraron un efecto significativo sobre la ansiedad ni el estrés. De este modo, se infiere que estos recursos no operaron como factores protectores una vez instalado un cuadro severo, a diferencia de lo observado en la población universitaria general.

Entre las variables sociodemográficas, solo el género tuvo un efecto significativo, con mayor sintomatología ansiosa y de estrés y menor resiliencia en las mujeres, mientras que el estudiantado de mayor edad mostró más recursos protectores. El fuerte vínculo entre los síntomas pudo amortiguar el efecto de la resiliencia y el bienestar psicológico, en un contexto de alta vulnerabilidad socioeconómica. Estos resultados indican que la salud mental de los estudiantes consultantes no puede abordarse del mismo modo que la del resto del estudiantado, y que se requieren estrategias de promoción y prevención, junto con políticas institucionales coordinadas con el sistema público de salud, orientadas a esta subpoblación de mayor riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez P, Jiménez-Molina Á, Mac-Ginty S, Martínez V, Rojas G. Salud mental en estudiantes de educación superior en Chile: una revisión de alcance con meta-análisis. Ter Psicol. 2021;39(3):405-26. DOI: 10.4067/S0718-48082021000300405

2. Ulloa Flores RE, Díaz Sánchez R, Mora Noriega HE, Sánchez Musi LF, Apiquian Guitart R, Olvera Green DM, et al. Factors associated with the presence of depression, anxiety, and substance use in health students from 10 Latin American countries during the COVID-19 pandemic. Salud Ment. 2024;47(2):65-71. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2024.009

Bajo licencia Creative Commons

3. Martínez-Líbano J, Torres-Vallejos J, Oyanedel JC, González-Campusano N, Calderón-Herrera G, Yeomans-Cabrera M-M. Prevalence and variables associated with depression, anxiety, and stress among Chilean higher education students, post-pandemic. Front Psychiatry. 2023;14:1139946. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1139946
4. Beroíza-Valenzuela F. The challenges of mental health in Chilean university students. Front Public Health. 2024;12:1297402. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1297402
5. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76-82. DOI: 10.1002/da.10113
6. Fang S, Barker E, Arasaratnam G, Lane V, Rabinovich D, Panaccio A, et al. Resilience, stress, and mental health among university students: a test of the resilience portfolio model. Stress Health. 2025;41(2):e3508. DOI: 10.1002/smi.3508
7. Pérez-Jorge D, Boutaba-Alehyan M, González-Contreras AI, Pérez-Pérez I. Examining the effects of academic stress on student well-being in higher education. Humanit Soc Sci Commun. 2025;12(1):449. DOI: 10.1057/s41599-025-04698-y
8. Hartley MT. Investigating the relationship of resilience to academic persistence in college students with mental health issues. Rehabil Couns Bull. 2013;56(4):240-50. DOI: 10.1177/0034355213480527
9. Antúnez Z, Vinet EV. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. Ter Psicol. 2012;30(3):49-55. DOI: 10.4067/S0718-48082012000300005
10. Soler Sánchez MI, Meseguer De Pedro M, García Izquierdo M. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. Rev Latinoam Psicol. 2016;48(3):159-66. DOI: 10.1016/j.rlp.2015.09.002
11. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff [Internet]. Psicothema. 2006 [acceso: 22/06/2026];18(3):572-7. Disponible en: https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8474

Bajo licencia Creative Commons

12. Stavraki M, García-Márquez R, Bajo M, Callejas-Albiñana A, Paredes B, Díaz D. Brief version of the Ryff psychological well-being scales for children and adolescents: evidence of validity. Psicothema. 2022;34(2):316-22. DOI: 10.7334/psicothema2021.235
13. Kandasamy G, Almanasef M, Almeleebia T, Orayj K, Shorog E, Alshahrani AM, et al. Prevalence of anxiety and depression among university students in Southern Saudi Arabia based on a cross-sectional survey. Sci Rep. 2025;15(1):15482. DOI: 10.1038/s41598-025-00695-y
14. Arias-Coronel F, Garibello-Millan CA, Dávila-Vidal DM, Serna-Orozco MF, Solórzano-Alarcón M. Anxiety and depression among university students in Cali, Colombia: a cross-sectional analysis of the prevalence and contributing factors. Int J Environ Res Public Health. 2025;22(9):1445. DOI: 10.3390/ijerph22091445
15. Bruffaerts R, Mortier P, Auerbach RP, Alonso J, Hermosillo De la Torre AE, Cuijpers P, et al. Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college students. Int J Methods Psychiatr Res. 2019;28(2):e1764. DOI: 10.1002/mpr.1764
16. Lillo I, Crockett MA, Errázuriz A, Martínez V. Co-ocurrencia de problemas de salud mental en estudiantes universitarios y su relación con variables sociodemográficas. Rev Med Chile. 2025;153(7):505-16. DOI: 10.4067/s0034-98872025000700505
17. López V, Leal-Soto F, Oyanedel JC, Báez T, Torrealba F. Salud mental en estudiantes de educación superior: un desafío post-pandemia [Internet]. Santiago: Centro de Investigación para la Educación Inclusiva; 2024 [acceso: 22/06/2026]. Disponible en: http://eduinclusiva.cl/wp-content/uploads/2024/05/Salud-mental-en-Educacion-Superior_policy-brief_final_070524-OK
18. García-Pérez L, Cepero-González M, Padial-Ruz R. Resilience as a key to mental well-being in higher education: a systematic review of evidence and strategies. Univ Psychol. 2025;24:1-15. DOI: 10.11144/Javeriana.upsy24.rkmw
19. Haidt J. La generación ansiosa. Barcelona: Deusto; 2024.
20. Galán-Muros V, Roser-Chinchilla J, Hsiung N. Supporting the mental health and well-being of higher education students [Internet]. París: UNESCO; 2024 [acceso: 22/06/2026]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000391501

Bajo licencia Creative Commons

21. Bruna B, Rozas G, Guerra C, García FE. Intervenciones en salud mental en estudiantes universitarios: una revisión sistemática de la literatura. Psychologia. 2024;18(1):73-88. DOI: 10.21500/19002386.6672

22. Jáuregui Jinés G, Williams Kudin J. El desarrollo del dispositivo de consejería en la Universidad de Chile. Rev Bras Orientac Prof. 2020;21(1):7-16. DOI: 10.26707/1984-7270/2020v21n102

23. Subsecretaría de Educación Superior (Chile). Informe Consejo Asesor en Salud Mental para la Educación Superior [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Educación Superior; 2023 [acceso: 22/06/2026]. Disponible en: https://educacionsuperior.mineduc.cl/informe-salud-mental-educacion-superior/

24. Muñoz Rojas C, Rodríguez Wong D. El trabajo de cuidados y la trayectoria educativa de las mujeres en las áreas de ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas (CTIM) [Internet]. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2023. [acceso: 22/06/2026]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/8c392ceb-e9f0-4cb6-8f6c-753007152ed9/content

25. Matus Navarro C, Venegas Muggli JI. Efecto de las labores de cuidado en las trayectorias educativas de estudiantes de INACAP [Internet]. Santiago: INACAP, Centro de Desarrollo, Estudios e Incidencia, Serie Análisis de Política Pública: Educación Superior N.º 5; 2024. [acceso: 22/06/2026]. Disponible en: https://minmujeryeg.gob.cl/wp-content/uploads/2025/02/Policy-INACAP-Labores-de-Cuidado.pdf

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés respecto del estudio.

Financiamiento

Los autores declaran que la investigación no recibió financiamiento de ninguna institución.

Bajo licencia Creative Commons


2026;55(3 – Sup. 1):e026077753 – Docencia en Salud

Contribuciones de los autores

Conceptualización: *Claudio Marín Medina, María Eugenia Araneda Bengoechea, Viviana Tartakowsky Pezoa.*

Curación de datos: *Claudio Marín Medina*.

Análisis formal: *Claudio Marín Medina.*

Investigación: *Claudio Marín Medina, María Eugenia Araneda Bengoechea, Viviana Tartakowsky Pezoa.*

Metodología: *Claudio Marín Medina.*

Visualización: *Claudio Marín Medina.*

Redacción, preparación del borrador original: *Claudio Marín Medina, María Eugenia Araneda Bengoechea, Viviana Tartakowsky Pezoa.*

Redacción, revisión y edición: *Claudio Marín Medina, María Eugenia Araneda Bengoechea, Viviana Tartakowsky Pezoa.*

Disponibilidad de datos

Los datos que respaldan los resultados de este estudio son confidenciales, debido a que proceden de instrumentos aplicados a participantes humanos en un contexto de atención psicológica. Por razones éticas y de protección de la privacidad, no se encuentran disponibles de forma pública ni abierta. Los datos permanecen bajo resguardo del equipo investigador. El acceso podrá solicitarse al autor para la correspondencia, previa autorización del equipo responsable y bajo garantía de anonimización de la información.

Bajo licencia Creative Commons