

## **Salud Mental en Estudiantes Universitarios Colombianos:**

### **Factores de Riesgo y Protección**

#### **Alianza 4U**

Universidad EAFIT

Universidad Icesi

Universidad del Norte

CESA - Colegio de Estudios Superiores de Administración

#### **Informe de Investigación**

n = 1,200 estudiantes

Abril – Junio 2025

Diseño transversal

**2026**

## Tabla de Contenidos

|                                                                             |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Introducción .....</b>                                                   | <b>6</b>  |
| <b>Objetivos .....</b>                                                      | <b>10</b> |
| Objetivo General .....                                                      | 10        |
| Objetivos Específicos.....                                                  | 10        |
| <b>Marco de Referencia.....</b>                                             | <b>10</b> |
| Bienestar y Salud Mental .....                                              | 16        |
| Depresión .....                                                             | 17        |
| Ansiedad .....                                                              | 19        |
| Riesgo Suicida .....                                                        | 20        |
| Predictores de Salud Mental y Bienestar en Estudiantes Universitarios ..... | 22        |
| Factores Sociodemográficos .....                                            | 23        |
| Hábitos y Estilos de Vida.....                                              | 26        |
| Factores Psicosociales.....                                                 | 30        |
| <b>Método .....</b>                                                         | <b>34</b> |
| Tipo de Estudio y Alcance.....                                              | 34        |
| Instrumentos.....                                                           | 35        |
| Datos demográficos .....                                                    | 35        |
| Estilo de Vida y Hábitos .....                                              | 36        |
| Factores Psicosociales.....                                                 | 38        |

|                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| Salud Mental y Bienestar .....                                    | 39        |
| Análisis Estadístico .....                                        | 43        |
| <b>Resultados .....</b>                                           | <b>45</b> |
| Descriptivos y Pruebas de Normalidad .....                        | 45        |
| Comparaciones por Grupos .....                                    | 48        |
| Comparaciones Entre Regiones .....                                | 48        |
| Comparaciones por Sector .....                                    | 49        |
| Comparaciones por Género .....                                    | 50        |
| Análisis de Correlaciones .....                                   | 51        |
| Modelos de Ecuaciones Estructurales .....                         | 52        |
| Depresión .....                                                   | 52        |
| Ansiedad .....                                                    | 55        |
| <b>Discusión .....</b>                                            | <b>58</b> |
| Factores Sociodemográficos .....                                  | 59        |
| Estilos de Vida y Hábitos .....                                   | 60        |
| Factores Psicosociales .....                                      | 61        |
| <b>Implicaciones para la Intervención Universitaria .....</b>     | <b>63</b> |
| <b>Limitaciones y Recomendaciones para Futuros Estudios .....</b> | <b>64</b> |
| <b>Conclusiones .....</b>                                         | <b>65</b> |
| <b>Referencias .....</b>                                          | <b>65</b> |

### Lista de Tablas

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1 Pesos factoriales estandarizados del constructo Riesgo Suicida .....                    | 42 |
| Tabla 2 Análisis estadísticos realizados en este estudio .....                                  | 44 |
| Tabla 3 Demográficos de la muestra (N=1.200).....                                               | 45 |
| Tabla 4 Estadísticos descriptivos de las variables del estudio .....                            | 46 |
| Tabla 5 Verificación de supuestos de normalidad .....                                           | 47 |
| Tabla 6 Comparaciones de variables de análisis entre regiones del país.....                     | 48 |
| Tabla 7 Comparaciones de variables de análisis entre sector .....                               | 49 |
| Tabla 8 Comparación entre variables de análisis entre géneros .....                             | 50 |
| Tabla 9 Correlaciones entre variables.....                                                      | 51 |
| Tabla 10 Coeficientes estandarizados ( $\beta$ ) y valores p: predictores de la depresión ..... | 52 |
| Tabla 11 Depresión y su incidencia en el riesgo de ideación suicida .....                       | 53 |
| Tabla 12 Efectos indirectos (mediación) .....                                                   | 53 |
| Tabla 13 Coeficientes estandarizados ( $\beta$ ) y valores p: predictores de la ansiedad .....  | 55 |
| Tabla 14 Ansiedad y su incidencia en el riesgo de ideación suicida .....                        | 56 |
| Tabla 15 Efectos indirectos (mediación) .....                                                   | 56 |

### **Lista de Ilustraciones**

|                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 Predictores de salud mental y bienestar en estudiantes universitarios .....                                       | 23 |
| Figura 2 Modelo de ecuaciones estructurales: predictores de depresión y su efecto sobre el riesgo de ideación suicida..... | 54 |

## Introducción

La depresión y la ansiedad se ubican entre los trastornos mentales más prevalentes en el mundo. De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para 2015 la depresión afectaba al 4,4% de la población global, unos 322 millones de personas; los trastornos de ansiedad, por su parte, aquejaban al 3,6%, equivalente a 264 millones (OMS, 2017). Esta carga, sin embargo, recae de manera desproporcionada sobre un grupo etario: los jóvenes de entre 15 y 24 años concentran una proporción especialmente alta, con prevalencias de depresión que pueden alcanzar entre el 8% y el 20% (Dongjun et al., 2025), mientras que los trastornos de ansiedad son el problema de salud mental más extendido en la población de 10 a 24 años a nivel mundial, con cerca de 94 millones de personas impactadas para 2021 (Wang et al., 2025). La etapa universitaria coincide precisamente con esta ventana de mayor vulnerabilidad, en la que convergen transiciones vitales, construcción identitaria e incertidumbre académica, económica y social, condiciones que, unidas a oportunidades de apoyo a menudo insuficientes, incrementan de manera significativa el riesgo de desarrollar o agravar problemáticas de salud mental.

La pandemia por COVID-19 exacerbó de forma significativa este panorama. Reportes globales indican que durante el primer año de la pandemia la prevalencia de depresión y ansiedad en la población general aumentó entre un 25% y un 28% (OMS, 2022). En el caso específico de estudiantes universitarios, diversos estudios han mostrado que las tasas son aún mayores, dado que este grupo enfrenta simultáneamente procesos de transición hacia la adultez, exigencias académicas intensificadas y creciente incertidumbre económica y laboral (Arnett, 2016; Bore et al., 2016; Ibrahim et al., 2013).

En países de ingresos bajos y medios (LMICs), la situación resulta particularmente preocupante debido a la limitada disponibilidad de servicios de salud mental, la exposición a violencia y las restricciones económicas estructurales. Antes de la pandemia, las estimaciones en estudiantes universitarios de estos contextos ya señalaban prevalencias de depresión entre el 24% y el 40% y de ansiedad entre el 30% y el 50% (Akhtar et al., 2020). Datos posteriores muestran cifras aún más elevadas en América Latina, donde hasta el 45% de los estudiantes reportan síntomas de ansiedad y el 54% de depresión, porcentajes superiores incluso a los observados en trabajadores de la salud y en la población general (Zhang et al., 2022). Proyecciones recientes advierten que, sin intervenciones estructurales y preventivas, los niveles elevados de malestar psicológico podrían mantenerse en las próximas décadas (Santomauro et al., 2021), lo que subraya la urgencia de fortalecer la investigación y las estrategias de acción en salud mental universitaria en la región.

En Colombia, el 66.3% de los colombianos han presentado algún problema de salud mental y los jóvenes de 18 a 24 años, así como las mujeres, son aquellos con más alta carga de enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Cabe anotar que según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2020), el 25% de la población colombiana son jóvenes y que, según el último estudio nacional de salud mental, 9.6% de los adultos entre los 18 y 44 años presentan algún trastorno mental (Gómez-Restrepo et al., 2016). Lo anterior ha llevado a que, según la OPS (2020) en Colombia los trastornos de salud mental, neurológicos, de sustancias y el suicidio causen el 18% de los años perdidos por discapacidad (DALYs). Adicionalmente, un análisis de los registros de salud entre 2017 y 2021 evidenció un incremento en depresión y ansiedad a lo largo de los años, que fue aún mayor después del 2020

(Martínez-Cabeza et al., 2024), coincidiendo con la pandemia del COVID-19, la cual parece haber incrementado las problemáticas de este tipo a nivel mundial.

Referente a la conducta suicida, la OMS la considera un síntoma de malestar y no constituye un diagnóstico en sí mismo, por lo que debe ser estudiada de forma independiente. Según esta organización, el suicidio es la tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años en el mundo (OMS, 2025). El suicidio representa en Colombia el 15% de la carga de enfermedad entre los 15 y 25 años (OPS, 2020). En el 2023 la tasa de suicidios se incrementó en 15.73% con respecto al 2022, pasando de 1564 a 1810 casos. Los intentos de suicidio en el 2023 llegaron a 30021 casos según el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Fundación Saldarriaga Concha, 2024). Cabe anotar que en la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 se encontró que el 5.5% (I.C. 95%, 4.5%-6.7%) de los hombres y el 7.6% (I.C. 95%, 6.6%-8.7%) de las mujeres adultas han pensado en suicidarse. Adicionalmente, aproximadamente un tercio de las personas con estas ideas han tenido planes o intentos suicidas. Específicamente en el grupo de 18 a 44 años, se observó que el 1.9% de hombres y 3.2% de mujeres han tenido planes, mientras que el 2.3% de hombres y 3.8% de mujeres han intentado suicidarse. Respecto a factores asociados a la conducta suicida, la OMS señala que el principal predictor de conducta suicida es un intento previo, seguido por depresión y consumo de alcohol. También señala que muchos actos suicidas se cometen impulsivamente y que debe tenerse en cuenta que las catástrofes naturales, guerras, conflictos armados y la pérdida de un ser querido también son factores asociados a la conducta suicida, así como pertenecer a grupos minoritarios (OMS, 2025).

Los datos anteriores deben ser leídos teniendo presente que las problemáticas de salud mental son fenómenos que responden a modelos multifactoriales, donde factores de riesgo y protección influyen en la probabilidad de que estos trastornos se presenten e impacten la calidad

de vida de quienes los padecen (Ingram & Price, 2001, Ingram & Luxton, 2005). La salud mental, como parte de la salud, se ve afectada por determinantes sociales y comerciales (Gilmore et al., 2023; Marmot et al., 2008), pero también por aspectos asociados al estilo de vida individual. Comprender estos factores se vuelve relevante para establecer intervenciones preventivas e identificar poblaciones en mayor riesgo respecto a problemáticas de salud mental.

Respecto a estos factores en la población universitaria se destaca un estudio llevado a cabo en la Universidad de los Andes en el 2020 (Sotaquirá et al., 2022). En la primera medición, previa al comienzo de la pandemia del COVID-19, se evidenció que el 42% de los participantes presentaban puntuaciones que hacían pensar en síntomas depresivos clínicamente significativos. Para agosto, en medio del confinamiento asociado a la pandemia, la cifra aumentó en un 6.5%. Este estudio también identificó factores de riesgo asociados a la depresión, y encontró que bajos niveles de capital social, percepción de salud pobre y altos niveles de estrés se asociaron con depresión. Respecto a hábitos, el no dormir bien fue encontrado como factor de riesgo mientras que tener niveles de actividad física moderados fue un factor protector.

El panorama anterior hace pensar en la necesidad de establecer medidas para prevenir, detectar y tratar oportunamente los problemas de salud mental en la población adulta joven. En este sentido, la Alianza 4U (Alianza entre cuatro Universidades privadas del país: ICESI de Cali, Universidad del Norte de Barranquilla, CESA en Bogotá y la Universidad EAFIT en Medellín) lanzó esta iniciativa para conocer el estado de salud mental de los universitarios en el país y comprender cómo factores comportamentales, familiares y psicosociales inciden en esta problemática. Estos datos podrán ser la base de programas al interior de las instituciones educativas, pero también la base para hacer recomendaciones de política pública orientadas a esta población.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar los factores de riesgo y protección que influyen en la salud mental de los estudiantes universitarios en Colombia, con el propósito de comprender su estado actual y de incidir en la agenda nacional mediante recomendaciones de política pública.

### **Objetivos Específicos**

- a. Caracterizar el estado de la salud mental de los estudiantes universitarios en Colombia.
- b. Relacionar el estado actual de la salud mental con variables sociodemográficas de los estudiantes universitarios, como género, edad, región, tipo de institución educativa, entre otros.
- c. Examinar la relación entre factores de riesgo y protección con depresión, ansiedad y riesgo suicida.
- d. Generar recomendaciones de política pública a nivel nacional y estrategias institucionales en educación superior que promuevan la prevención y el cuidado de la salud mental a partir de las evidencias e insumos técnicos producidos.

## **Marco de Referencia**

La OMS (2022) define la salud mental como un estado de bienestar en el que la persona puede desarrollar sus habilidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad. No se trata simplemente de la ausencia de enfermedades mentales, sino de un estado positivo que permite a los individuos funcionar de manera efectiva en diversos aspectos de su vida (Presidencia de la República de Colombia, 2025, Decreto 0729).

Resulta fundamental comprender la salud mental de los jóvenes universitarios de Colombia no solo desde indicadores epidemiológicos, sino también desde una mirada psicosocial que reconozca las condiciones estructurales, institucionales y subjetivas que la configuran. La etapa universitaria representa un período de transición crítica en el desarrollo, caracterizado por el paso hacia la adultez, momento en el que convergen múltiples desafíos: asumir autonomía, construir identidad, mantener rendimiento académico y gestionar presiones sociales y familiares (Honorato et al., 2025; Hyseni et al., 2024). Estos factores pueden actuar como fuentes de crecimiento, pero también como estresores que, combinados con vulnerabilidades previas o falta de apoyo, impactan la salud mental.

La evidencia científica señala que durante estos años se manifiesta el inicio de gran parte de los trastornos mentales comunes —como la ansiedad, la depresión o los trastornos alimentarios y del sueño—, así como síntomas psicológicos subclínicos que, sin configurar un trastorno, deterioran la calidad de vida y el bienestar subjetivo (Deng & Li, 2024; Muñoz-Albarracín et al., 2023). Es por esto que la salud mental universitaria se erige como un tema prioritario no solo en el ámbito clínico, sino también en el educativo y el comunitario (Vargas et al., 2025).

Desde una perspectiva contemporánea, la salud mental se entiende como un fenómeno complejo y dinámico. En concordancia con esto, en los últimos años, la salud mental ha adquirido una visibilidad sin precedentes. Los efectos de la pandemia de COVID-19 han exacerbado los problemas emocionales, especialmente entre la población joven. Estudios muestran un aumento significativo en la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en estudiantes universitarios durante y después del periodo de confinamiento (García et al., 2024; Clerque et al., 2024). Además, los cambios socioculturales asociados a la hiperconectividad,

incertidumbre laboral y crisis climática han transformado las condiciones bajo las cuales las personas gestionan su bienestar psicológico (UNESCO, 2024; Rodríguez & Fernández, 2014). Hablar de salud mental hoy significa, entonces, reflexionar sobre la capacidad de las personas para sostener sentido, vínculos y proyectos de vida en contextos de alta complejidad emocional y social (Akin & Sarrar, 2024).

En las universidades contemporáneas, el bienestar psicológico se ha convertido en una preocupación transversal que influye directamente en el aprendizaje, la permanencia y el desarrollo personal de los estudiantes (Merino, 2025; Navarro et al., 2024). Por ello, organizaciones mundiales e instituciones de educación superior están promoviendo políticas, servicios de acompañamiento y programas de salud mental orientados a la prevención, autocuidado y fortalecimiento del sentido de comunidad (OMS, 2022; Regalado et al., 2023). En América Latina, y especialmente en Colombia, este interés se ha reforzado con la actualización de la Política Nacional de Salud Mental 2024–2033 (Presidencia de la República de Colombia, 2025, Decreto 0729), que plantea la salud mental como un derecho fundamental y reconoce la responsabilidad de las universidades en la promoción del bienestar psicosocial.

En los últimos años, la salud mental en la población universitaria ha adquirido una relevancia creciente dentro de los intereses públicos nacionales e internacionales. La OMS (2022) estima que una de cada ocho personas en el mundo vive con un trastorno mental. Asimismo, distintas investigaciones han identificado que los jóvenes entre los 18 y 25 años presentan las mayores tasas de ansiedad y depresión (Ortiz et al., 2024; Soto & Zúñiga, 2021). Estos hallazgos coinciden en señalar que la etapa universitaria constituye un periodo crítico de vulnerabilidad psicológica, en el cual las demandas académicas y sociales se entrelazan con los procesos de construcción identitaria, autonomía y proyección de futuro (Jiménez et al., 2023).

A nivel regional, América Latina enfrenta importantes desafíos estructurales para garantizar el bienestar mental de su población estudiantil. Una revisión sistemática de investigaciones en la región documentó prevalencias promedio de entre el 35% y el 58% de síntomas depresivos, ansiosos y de agotamiento emocional, vinculados a factores como la precarización económica, las exigencias académicas intensificadas y la falta de apoyo institucional (Villa-Orozco et al., 2023; León et al., 2022; Salas, 2022). Por ejemplo, en México, Linares-González et al. (2023) hallaron una prevalencia de depresión del 37.8% y de ansiedad del 30.3% en estudiantes de medicina durante la educación virtual impuesta por la pandemia. En Perú, Estrada-Araoz et al. (2023) reportaron que el 39.4% de los alumnos de ciencias humanas presentaban trastornos mentales comunes asociados al estrés académico y a la escasa red de apoyo psicosocial.

Estas problemáticas se agravan por la persistencia del estigma hacia la búsqueda de ayuda profesional (Mascayano et al., 2015) y por los efectos prolongados de la pandemia de COVID-19, que profundizó la sensación de aislamiento, la inseguridad económica y la incertidumbre frente al futuro (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023; Zapata-Martínez et al., 2024). De este modo, la salud mental universitaria debe ser comprendida no solo como un asunto individual, sino también como un fenómeno influido por condiciones estructurales y contextuales que atraviesan la vida estudiantil.

En el caso colombiano, la salud mental universitaria se ha consolidado como una prioridad dentro de la agenda pública, dada la tendencia sostenida al incremento de los trastornos emocionales. Investigaciones realizadas en universidades de Bogotá, Medellín y Manizales calculan que la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en estudiantes oscila entre el 27% y el 63% (Gallego, 2021, Ministerio de Salud y Protección Social, 2024). En 2021, en la costa

atlántica, Vinaccia y Ortega (2021) hallaron que el 55.7% de los universitarios presentaban ansiedad y el 32.2% depresión, con una comorbilidad del 28.9%. De igual forma, Restrepo et al. (2022) evidenciaron prevalencias similares durante la pandemia en estudiantes universitarios de Medellín. Estos resultados coinciden con investigaciones internacionales que asocian el estrés académico, la incertidumbre laboral y los cambios socioculturales acelerados con el malestar psicológico en jóvenes universitarios (Auerbach et al., 2018; Yang et al., 2021).

Más allá de las cifras, el panorama de la salud mental en la educación superior se ve profundamente afectado por factores estructurales como la inestabilidad económica familiar, el desempleo juvenil y la violencia social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024). Si bien el entorno universitario puede representar un espacio de desarrollo personal y académico, también puede convertirse en un escenario de alta exposición a factores de riesgo psicosocial. De acuerdo con la OMS (2022), estos factores comprenden las condiciones sociales, económicas y organizacionales que impactan el bienestar psicológico, físico y social de las personas. En la vida universitaria, se manifiestan en diversas dimensiones —académica, social, económica y relacional— que, de no ser gestionadas adecuadamente, pueden desencadenar sintomatología ansiosa, depresiva o de agotamiento emocional (Pereira et al., 2025).

Entre los factores de riesgo psicosocial más relevantes se encuentra la presión académica, entendida como la percepción de exigencias excesivas y competencia constante. Esta presión suele intensificarse por la alta carga de evaluaciones, el temor al fracaso y las expectativas familiares o sociales (Caballero et al., 2015). Diversos estudios han demostrado que la sobrecarga académica y la falta de estrategias de afrontamiento adaptativas incrementan significativamente el riesgo de *burnout* académico, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y bajo rendimiento (Maslach & Leiter, 2016; Garrosa & Carmona, 2011). En

Colombia, investigaciones recientes evidencian que más del 40% de los estudiantes reportan niveles moderados o altos de agotamiento académico, asociados principalmente a la gestión inadecuada del tiempo y a la ausencia de redes de apoyo institucional (Ferrel et al., 2017).

Otro elemento crítico es la precarización económica, que afecta tanto la estabilidad emocional como la permanencia educativa. La incertidumbre frente a los costos universitarios, la falta de oportunidades laborales y la necesidad de compatibilizar estudio y trabajo generan un clima de estrés financiero sostenido (León et al., 2022). Este tipo de presión, junto con la desigualdad estructural, constituye un determinante social del malestar psicológico en estudiantes de bajos recursos, quienes experimentan mayores dificultades para acceder a servicios de salud mental y menor percepción de apoyo institucional (OPS, 2023).

El aislamiento social y la violencia simbólica dentro del ámbito universitario también emergen como factores que deterioran la salud mental de los estudiantes. La transición a la vida universitaria implica una ruptura con los entornos familiares y comunitarios, lo que puede generar sentimientos de soledad, ansiedad social o dificultades de adaptación (Restrepo et al., 2023). A ello se suman manifestaciones de acoso, discriminación y exclusión hacia mujeres, personas LGBTIQ+ o estudiantes de minorías étnicas, las cuales perpetúan dinámicas de violencia psicológica que impactan el bienestar emocional y la percepción de seguridad dentro de las instituciones (Williams Institute, 2020; UNESCO, 2022).

En conjunto, estos factores configuran un escenario complejo donde las demandas académicas, económicas y sociales interactúan con vulnerabilidades individuales y estructurales. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2025), comprender la salud mental universitaria desde un enfoque psicosocial permite reconocer que los trastornos emocionales no son solo el resultado de condiciones individuales, sino también de contextos educativos y

socioculturales que pueden potenciar o mitigar el riesgo. Por tanto, las universidades colombianas enfrentan el reto de consolidar estrategias preventivas e integrales que aborden los determinantes estructurales del malestar y promuevan entornos académicos emocionalmente sostenibles.

### **Bienestar y Salud Mental**

El bienestar subjetivo constituye uno de los pilares del modelo de salud mental positiva desarrollado por Corey Keyes (2002, 2006), quien propuso un enfoque bidimensional o de doble continuo, según el cual la salud mental no equivale a la ausencia de enfermedad, sino a la presencia simultánea de bienestar emocional, psicológico y social. Esta visión se operacionaliza mediante la *Mental Health Continuum Short Form* (MHC-SF), instrumento validado en diversas poblaciones y culturas que permite identificar estados de florecimiento (*flourishing*), languidez (*languishing*) o funcionamiento moderado (*moderate mental health*).

Los estudios recientes destacan que el bienestar subjetivo se manifiesta como un estado dinámico y multidimensional, que integra la evaluación cognitiva de la vida (satisfacción vital), la experiencia afectiva positiva (emociones placenteras y sentido de propósito) y el funcionamiento social (sentido de pertenencia y contribución comunitaria). Budler (2025) subraya que el bienestar subjetivo debe distinguirse conceptualmente del bienestar psicológico centrado en el desarrollo personal y del bienestar mental como concepto global de funcionamiento positivo, siendo el Bienestar subjetivo la expresión más inmediata de la experiencia emocional positiva y la valoración subjetiva de la propia vida. En este marco, la salud mental óptima se concibe como la capacidad de “sentirse bien y funcionar bien”, una condición de equilibrio emocional y social que favorece la resiliencia y la adaptación a los desafíos cotidianos (Piqueras et al., 2022; Luijten et al., 2019).

Desde 2019, las investigaciones han reafirmado la vigencia del modelo de Keyes y lo han ampliado hacia un enfoque más integrativo y preventivo, haciendo énfasis en que el bienestar subjetivo no solo implica emociones positivas, sino también un funcionamiento psicosocial adaptativo. Las investigaciones entre 2019 y 2025 muestran que los niveles de bienestar subjetivo en adolescentes y universitarios tienden a ser moderados o bajos, con una proporción minoritaria de estudiantes clasificados como florecientes (Piqueras et al., 2022; Luijten et al., 2019). En Europa, aproximadamente un 10-20% de los adolescentes presentan signos de malestar psicológico. En América Latina, estudios recientes advierten que la disminución del bienestar se asocia con sobrecarga académica, inseguridad económica y limitadas redes de apoyo (Romero et al., 2025; Estrella-Proaño et al., 2024). Asimismo, estudios recientes en universitarios latinoamericanos revelan que altas prevalencias de ansiedad se asocian con bajo bienestar psicológico, estrés académico y deterioro del funcionamiento social, siendo más frecuente en mujeres y en contextos de vulnerabilidad socioeconómica (Romero et al., 2025; Quizinga et al., 2025). Estos resultados enfatizan la necesidad de incorporar este constructo como indicador de alerta temprana en contextos educativos y de salud pública, dado su valor predictivo sobre la aparición de sintomatología depresiva, ansiosa y conductas de riesgo.

## **Depresión**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta significativamente el funcionamiento social, académico y ocupacional de quien la padece. La OMS (2019) la reconoce como una de las principales causas de discapacidad a nivel global, con impacto creciente en población joven. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2022), el diagnóstico del trastorno depresivo mayor requiere la presencia sostenida de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, alteraciones del sueño y apetito, sentimientos de inutilidad y dificultades para

concentrarse por al menos dos semanas. En el contexto universitario, estos síntomas pueden verse exacerbados por las exigencias académicas, la transición a la vida adulta y la presión social, lo que convierte esta etapa en un periodo de especial vulnerabilidad emocional (García et al., 2024; Clerque et al., 2024).

El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones más frecuentes de los seres humanos. Generalmente las escalas autoaplicadas miden sintomatología depresiva que puede hacer referencia a un episodio depresivo, el cual hace parte de diferentes trastornos de salud mental (OMS, 2019). Los episodios depresivos tienden a ser de alta recurrencia; sin embargo, la recuperación en un episodio y sus posibles recaídas están asociadas con que se tenga un tratamiento oportuno y eficaz para esta patología (Belloch, Sandín & Ramos, 2020).

Respecto a características demográficas asociadas a este trastorno se ha encontrado que el riesgo de depresión en mujeres es el doble que en hombres (Sarason & Sarason, 2006), aunque se ha afirmado que las diferencias entre sexos se están acortando (Belloch, Sandín & Ramos, 2020). Respecto a las diferencias entre sexos, mientras las mujeres reportan más alteraciones del apetito y el sueño, los hombres muestran con mayor frecuencia e intensidad estrategias desadaptativas como el abuso de alcohol o drogas y bajo control de impulsos. En cuanto a determinantes sociales, se ha encontrado un mayor riesgo de sufrir trastorno depresivo mayor en personas con ingresos bajos, educación formal limitada y víctimas de racismo y otras formas de discriminación (Asociación Americana de Psiquiatría APA, 2022).

Diversos estudios recientes confirman la alta prevalencia de depresión en jóvenes universitarios y su fuerte vínculo con otros determinantes de la salud mental. Por ejemplo, un estudio realizado en la Universidad del Rosario (Téllez, 2025) reportó que el 77.2% de los estudiantes evaluados presentó sintomatología depresiva, asociada principalmente con factores

como mala higiene del sueño, escaso apoyo social y baja actividad física. En un estudio longitudinal sobre salud mental universitaria, Roldán-Espínola et al. (2024) indicaron que los hábitos de vida poco saludables aumentan significativamente la probabilidad de desarrollar depresión durante la etapa universitaria. Otros hallazgos en México y América Latina señalan prevalencias similares, con cifras que varían entre el 30% y el 50% según la población estudiada y el nivel académico (Linares-González & Hernandez-Patiño, 2023; Gutiérrez et al., 2010). De esta manera, la depresión en universitarios constituye un fenómeno multicausal y persistente, en el que las condiciones académicas, sociales y personales interactúan para configurar un perfil de riesgo que requiere atención desde políticas institucionales de salud mental.

### **Ansiedad**

La ansiedad es un estado de ánimo que se distingue por la presencia de síntomas físicos de tensión y aprensión al futuro. En los seres humanos, la ansiedad puede manifestarse de manera subjetiva como una sensación de inquietud, un conjunto de conductas observables (verse preocupado y angustiado, inquieto) o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardíaca elevada y tensión muscular (Barlow & Durand, 2008). Los trastornos de ansiedad presentan características de miedo y ansiedad excesivos y se diferencian del miedo o la ansiedad normal por su intensidad y duración más allá de los periodos de desarrollo apropiados (APA, 2022).

Respecto a estimaciones de prevalencia, diferencia por sexos, entre otros, es importante tener presente que existen diversos trastornos de ansiedad y que no todos presentan una misma tendencia. Por ejemplo, se ha señalado que las mujeres y las adolescentes tienen al menos el doble de probabilidades que los hombres y los adolescentes de sufrir ansiedad generalizada; adicionalmente se ha encontrado que en mujeres las comorbilidades de este trastorno se limitan

comúnmente a otros trastornos de ansiedad y a la depresión unipolar, mientras que en los hombres se extiende a los trastornos por uso de sustancias. En cuanto a su desarrollo y curso, se ha visto que entre más temprano se desarrollen este espectro de trastornos, más comorbilidades y deterioro tenderán a observarse (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022). Finalmente, se han encontrado diferencias entre niveles educativos y estratos socioeconómicos, siendo más afectados los de niveles más bajos (Belloch, Sandín & Ramos, 2020).

En investigaciones recientes, la ansiedad ha mostrado una estrecha vinculación con la salud mental y el bienestar general de los estudiantes universitarios. Romero et al. (2025a), en un estudio realizado con estudiantes universitarios de Perú, reportaron que el 63% de los estudiantes evaluados presentó síntomas de ansiedad medios y altos, asociados con el estrés académico y bajo bienestar psicológico. De forma complementaria, Quizinga et al. (2025), encontraron que el 45,4% de los universitarios experimenta ansiedad moderada, siendo las mujeres las más afectadas, y que la autopercepción de bienestar disminuye significativamente con el incremento de la ansiedad. Además, Estrella-Proañó et al. (2024) identificaron una prevalencia de 19,7% de ansiedad en estudiantes universitarios latinoamericanos, con impactos directos en el rendimiento académico y las relaciones interpersonales. Finalmente, Suárez-Menéndez y Bitar-Cabezas (2025), resaltaron el papel del estrés académico como desencadenante de la ansiedad universitaria, indicando que niveles elevados de estrés predicen significativamente síntomas ansiosos y deterioro del bienestar mental en población universitaria.

### **Riesgo Suicida**

El riesgo suicida se refiere a la probabilidad de que una persona presente pensamientos, planes o conductas orientadas a quitarse la vida. Incluye la presencia de ideación suicida, intención, planificación previa, intentos anteriores y factores de vulnerabilidad psicológica o

contextual (APA, 2022). El riesgo suicida no responde a un solo diagnóstico. Estudios demuestran que hay asociaciones entre los pensamientos o conductas de suicidio y varios diagnósticos. Pero incluso entre los individuos con un mismo diagnóstico, una variedad de psicopatologías puede influir en el riesgo de suicidio, que se clasifica entre nulo y grave. En el riesgo suicida generalmente se incluye desde los pensamientos de muerte, de suicidio, pasando por el plan suicida y los intentos como tal. Lamentablemente, frente a la conducta suicida tiende a haber un subregistro, ya que muchos de los intentos realmente son reportados como intoxicaciones o en otros casos se manejan ambulatoriamente, por lo cual no se tiene registro de estos (APA, 2022).

Dentro de las teorías que explican el riesgo suicida, está la teoría de escape o de la autodiscrepancia propuesta por Baumeister (1990) quien afirma que el riesgo suicida se desarrollaría en la medida que hay una discrepancia extrema con los estándares que la persona tiene sobre sí mismo. De esta forma, el suicidio aparecería como una manera de “escapar de sí mismo” y se presentaría con mayor frecuencia en personas con alta conciencia de sí mismos y afecto negativo. Esta teoría podría explicar la alta prevalencia entre conducta suicida y trastornos depresivos y ansiosos (Van Orden et al., 2005). La teoría de escape hace parte de diferentes modelos que señalan la importancia de analizar la conducta suicida desde modelos de vulnerabilidad-estrés, señalando que las posibles discrepancias que causen malestar podrían estar asociadas también a las necesidades no satisfechas, por ejemplo, la necesidad de pertenencia o conexión (Van Orden et al., 2005). Desde esta posición tiene sentido que fenómenos de rechazo y agresión entre pares en el contexto del *bullying* se hayan asociado con desmejora de la salud mental, incluyendo mayores tasas de suicidio (Chen et al., 2024; Wang et al., 2023).

## **Predictores de Salud Mental y Bienestar en Estudiantes Universitarios**

La literatura ha sugerido que la salud mental y el bienestar en estudiantes universitarios responden a un entramado multifactorial, en el que interactúan condiciones estructurales, comportamientos cotidianos y recursos psicosociales. La Figura 1 presenta la organización conceptual que orientó el análisis del presente estudio y la selección de los instrumentos. Las variables se organizaron de manera jerárquica con base en la evidencia previa y estudios con objetivos similares (e.g., Liu et al., 2018; Silva et al., 2021; Wang et al., 2022). En primer lugar, se incluyeron factores predisposicionales, compuestos por variables sociodemográficas y de estilos de vida y hábitos, por considerarse condiciones de base asociadas de forma consistente con la salud mental en población universitaria. En segundo lugar, se incorporaron factores psicosociales potencialmente modificables (específicamente, percepción de estrés, apoyo social y experiencias de agresión entre pares) dada su relevancia empírica como mecanismos proximales vinculados al malestar psicológico. Finalmente, se incluyeron como variables de resultado los indicadores de salud mental y bienestar, específicamente ansiedad, depresión y bienestar general. Esta secuencia refleja un orden lógico sustentado en la literatura, que distingue entre condiciones predisponentes, recursos o riesgos psicosociales y desenlaces en salud mental.

**Figura 1***Predictores de salud mental y bienestar en estudiantes universitarios*

| Factores predisponentes                                                                                                                                                                                      | Factores psicosociales                                                                                                                          | Salud mental y bienestar                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sociodemográficos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Género</li> <li>• Estrato socioeconómico</li> <li>• Región</li> <li>• Tipo de institución</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de estrés</li> <li>• Apoyo social</li> <li>• Experiencia de agresión entre pares</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Depresión</li> <li>• Riesgo suicida</li> <li>• Bienestar</li> </ul> |
| <b>Estilo de vida</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad física</li> <li>• Sueño</li> <li>• Tiempo en pantallas</li> <li>• Uso de redes sociales</li> <li>• Consumo de sustancias</li> </ul> |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |

**Convenciones**

Factor de riesgo
  Factor protector

*Nota.* Las variables se organizan en tres grupos jerárquicos: factores predisponentes (sociodemográficos y estilos de vida), factores psicosociales y resultados de salud mental y bienestar. El color de cada variable indica su rol en el modelo.

### ***Factores Sociodemográficos***

**Género.** La literatura ha documentado de forma consistente diferencias de género en la prevalencia y expresión de la ansiedad y la depresión en estudiantes universitarios, con una mayor carga de malestar psicológico reportada por las mujeres en distintos contextos culturales y geográficos (Sarokhani et al., 2013; Sheldon et al., 2021). Estas diferencias no se explican únicamente por factores biológicos, sino que responden a procesos sociales y psicosociales más

amplios, como la socialización diferencial de las emociones, mayores demandas relacionales, y una mayor exposición a estresores interpersonales y académicos. Estudios previos sugieren que las mujeres tienden a reportar mayores niveles de estrés percibido y rumiación cognitiva, ambos factores estrechamente asociados con síntomas internalizantes como la ansiedad y la depresión (Sowislo & Orth, 2013; Sheldon et al., 2021). Asimismo, la evidencia indica que las mujeres presentan una mayor sensibilidad a contextos de inseguridad económica y académica, lo que puede amplificar su vulnerabilidad psicológica durante la etapa universitaria, caracterizada por transiciones identitarias y altas exigencias de desempeño (Arnett, 2016; Ibrahim et al., 2013). Desde una perspectiva sociocognitiva, las diferencias de género en salud mental universitaria también se han vinculado a variaciones en recursos psicológicos protectores y en estilos de afrontamiento. Metaanálisis recientes muestran que factores como la autoestima, el optimismo disposicional y el apoyo social percibido desempeñan un papel central en la explicación de la ansiedad y la depresión en estudiantes, y que estos recursos tienden a distribuirse de manera desigual según el género (Liu et al., 2018; Sheldon et al., 2021). En particular, niveles más bajos de autoestima y mayores dificultades en la regulación del estrés han sido identificados como mecanismos clave que contribuyen a la mayor prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en mujeres universitarias (Sowislo & Orth, 2013; Amanvermez et al., 2023). Estos hallazgos sugieren que las brechas de género en salud mental no solo reflejan diferencias en exposición al riesgo, sino también desigualdades en el acceso y la activación de recursos psicológicos, lo que refuerza la necesidad de marcos conceptuales que integren género, cognición y contexto social al analizar el bienestar psicológico en la educación superior.

**Nivel Socioeconómico.** La evidencia internacional y regional indica que el estrato socioeconómico constituye uno de los determinantes estructurales más consistentes de la salud

mental en estudiantes universitarios, particularmente en países de ingresos bajos y medios (Akhtar et al., 2020; January et al., 2018; Santomauro et al., 2021). Estudiantes provenientes de contextos socioeconómicos más desfavorecidos tienden a presentar mayores niveles de ansiedad y depresión, lo cual se ha atribuido a la exposición acumulativa a estresores financieros, inseguridad material, menor acceso a recursos educativos y presión por la movilidad social ascendente (Ibrahim et al., 2013; Sheldon et al., 2021). En el contexto universitario, estas desigualdades pueden intensificarse debido a los costos asociados a la vida académica, la necesidad de compatibilizar estudio y trabajo, y la incertidumbre respecto a la inserción laboral futura, configurando un entorno de riesgo sostenido para el bienestar psicológico (Arnett, 2016; January et al., 2018). Desde una perspectiva psicosocial y sociocognitiva, el impacto del estrato socioeconómico sobre la salud mental no opera únicamente a través de la privación material, sino también mediante procesos cognitivos y emocionales mediadores, como el estrés percibido, la autoestima y las expectativas frente al futuro. Estudios meta-analíticos han mostrado que el estrés financiero y académico se asocia de manera robusta con síntomas depresivos y ansiosos en estudiantes universitarios, especialmente en aquellos con menor capital económico y social (Liu et al., 2018; Sheldon et al., 2021). Asimismo, contextos de desventaja socioeconómica suelen vincularse con menores niveles de apoyo social percibido y menor optimismo disposicional, ambos identificados como factores protectores clave frente al malestar psicológico (Harandi et al., 2017; Rincon Uribe et al., 2022). En conjunto, estos hallazgos sugieren que las desigualdades socioeconómicas influyen en la salud mental estudiantil tanto de forma directa como indirecta, a través de la configuración de recursos psicológicos y sociales, reforzando la necesidad de incorporar el estrato socioeconómico como eje central en los marcos conceptuales sobre bienestar universitario en contextos latinoamericanos.

## ***Hábitos y Estilos de Vida***

En Colombia, la normatividad en salud considera los hábitos y estilos de vida saludables como un conjunto de acciones diarias que tienen como fin fomentar el bienestar integral de las personas (Nova Espitia, 2025). Dentro de este contexto, el Programa Nacional de Hábitos y Estilos de Vida Saludable busca fortalecer comportamientos protectores de la salud mediante la promoción de la actividad física regular, una alimentación equilibrada y espacios libres de humo de tabaco (Torres Moya & Prieto Alvarado, 2018).

**Actividad Física.** Diversos autores señalan que la relación positiva entre la actividad física y la salud psicológica puede explicarse desde un enfoque fisiológico o neurofisiológico, debido a la liberación de hormonas y neurotransmisores que favorecen el bienestar psicológico. También se interpreta como un proceso psicológico que permite alcanzar relajación, diversión y evasión de pensamientos, emociones y conductas negativas, sustituyéndolos por sensaciones de autosuficiencia, control y competencia (Sánchez, 1996).

**Sueño.** La higiene del sueño también constituye un factor protector esencial para la salud. Cuando los hábitos promueven la excitación o interrumpen el ciclo normal de sueño-vigilia de la persona, esta tiende a presentar problemas de salud mental. Por ejemplo, se ha encontrado una tasa significativamente mayor de depresión en personas con prácticas de higiene del sueño deficientes (Alanazi et al., 2023). De manera más específica, alteraciones como el sueño corto, acostarse tarde (después de las 2:00 horas), y la presencia de insomnio, son factores asociados a una mayor prevalencia de ansiedad y depresión (Coico-Lama et al., 2022).

**Tiempo en Pantallas.** El tiempo en pantalla, entendido como el uso de distintos dispositivos electrónicos, como televisores, computadoras, teléfonos móviles y tabletas (Vizcaino et al., 2019), se considera un factor de riesgo para la adopción de un estilo de vida

saludable, dado que ha sido reconocido como una medida indirecta del comportamiento sedentario, porque representa una reducción de la movilidad y el gasto energético (Ramón-Arbués et al., 2023). Evidencia reciente sugiere que el tiempo elevado frente a una pantalla, especialmente cuando excede las seis horas por día, se asocia con mayor sintomatología psicológica, como ansiedad y depresión, predominante en población universitaria (Ramón-Arbués et al., 2023). Sin embargo, algunas investigaciones señalan que el uso de dispositivos electrónicos también puede fomentar el bienestar; y en consecuencia, aunque el uso del teléfono móvil puede estar relacionado con conductas sedentarias, también puede desempeñar un papel positivo en la promoción de la actividad física a través de aplicaciones y herramientas digitales que promueven la adopción de estilos de vida activos (Peterson et al., 2018).

**Uso de Redes Sociales.** El uso de redes sociales puede ser entendido como la frecuencia, duración y forma en que una persona interactúa con plataformas digitales diseñadas para la conexión social, tales como Instagram, TikTok, Facebook, X (antes Twitter), entre otras (Andreassen et al., 2016; Ruvalcaba Arredondo et al., 2022). Esta variable incluye tanto el tiempo de exposición como los tipos de actividades realizadas, como publicar contenido, consumir publicaciones de otros usuarios, reaccionar o comentar, y mantener conversaciones en privado.

Los efectos del uso de redes sociales sobre la salud mental pueden explicarse mediante mecanismos como la comparación social, la sobre estimulación cognitiva y la interrupción de rutinas de descanso (Vogel et al., 2014; Primack et al., 2017). En particular, se ha encontrado que un uso intensivo de estas redes puede aumentar la percepción de estrés y contribuir a la aparición de síntomas de ansiedad y depresión, especialmente cuando se combina con patrones de consumo pasivo o nocturno (Keles, McCrae & Grealish, 2020).

En estudiantes universitarios, un estudio reciente encontró que el uso excesivo de redes sociales (más de tres horas diarias) se asocia significativamente con alteraciones del sueño, agotamiento mental, aislamiento social y ansiedad, lo que refuerza la necesidad de promover un uso responsable de estas plataformas (Osman, 2025). Además, el uso de redes sociales puede influir en las estrategias de afrontamiento, ya sea facilitando el acceso a apoyo emocional o, por el contrario, intensificando sentimientos de aislamiento y comparación negativa (Nesi & Prinstein, 2015).

Cabe anotar que el uso de redes sociales no siempre se asocia con efectos negativos. Algunos estudios han encontrado que, en contextos de interacción positiva y moderada, estas plataformas pueden promover el bienestar subjetivo y el sentido de pertenencia (Verduyn et al., 2017). Sin embargo, el impacto depende en gran medida del tipo de uso, la motivación del usuario y las características individuales.

**Consumo de Sustancias.** Un principio fundamental en múltiples teorías sobre el abuso y la dependencia es que el consumo de sustancias se convierte, para quienes las usan, en un mecanismo de afrontamiento frente a sensaciones desagradables generadas por diversas circunstancias vitales. Este mecanismo de defensa psicológico ayuda a mitigar emociones negativas tales como el estrés, la ansiedad y el dolor emocional, ofreciendo un alivio temporal a través del efecto eufórico inicial que producen muchas sustancias (Barlow & Durand, 2008). La función de este afrontamiento es evitar la confrontación directa con el malestar psicológico, generando una falsa sensación de control y escape, aunque a largo plazo suele intensificar los problemas subyacentes y aumentar la vulnerabilidad a trastornos mentales y conductas adictivas (Khantzian, 1997; Sinha, 2008).

En el contexto universitario, el consumo de sustancias psicoactivas, como el alcohol, la marihuana, el tabaco y los psicofármacos, constituye una problemática relevante que se relaciona con el manejo del estrés, la ansiedad y las emociones negativas propias de esta etapa de la vida. En estudiantes universitarios latinoamericanos se han observado altas prevalencias tanto de consumo de sustancias, como de síntomas de ansiedad y depresión. Por ejemplo, un estudio en estudiantes de ciencias de la salud de diez países latinoamericanos encontró que el 24.8 % reportaba uso de sustancias psicoactivas, mientras que el 54.1 % presentaba síntomas de depresión y el 46.2 % de ansiedad (Ulloa et al., 2024). De manera similar, en Brasil se halló que el 33.4 % de los universitarios evaluados cumplía criterios de depresión, y que el consumo de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas se asociaba significativamente con mayores niveles de sintomatología depresiva (Camargo et al., 2024). En Colombia, los patrones de riesgo en el consumo de alcohol entre estudiantes de primer semestre se han relacionado con el entorno social, las conductas de pares y la transición a la vida universitaria (Gesualdo et al., 2023). En conjunto, la elevada frecuencia del consumo y su relación con indicadores de malestar psicológico reflejan un patrón preocupante que demanda atención institucional mediante estrategias de prevención y promoción del bienestar emocional en las universidades.

Además, investigaciones han identificado que los jóvenes que emplean estrategias de afrontamiento evasivas o centradas en la evitación emocional tienen una mayor probabilidad de consumo problemático de sustancias. Por ejemplo, un estudio con estudiantes universitarios halló que el afrontamiento de evitación se relacionaba positivamente con el uso de alcohol y sus consecuencias personales y sociales (McConaha et al., 2024). De forma contraria, las estrategias adaptativas —como la búsqueda de apoyo social, la resolución activa de problemas o el

afrontamiento centrado en la emoción-activo— tienden a asociarse con menores índices de abuso y mayor bienestar emocional (Caricati & Ferrari, 2021; Rojas-Ruíz, 2024).

Estos hallazgos indican que el consumo de sustancias en universitarios debe analizarse desde una perspectiva integral, reconociendo su función como mecanismo de defensa frente a adversidades emocionales y sus consecuencias negativas a mediano y largo plazo para el bienestar psicológico. La implementación de programas de prevención y acompañamiento que fortalezcan estrategias de afrontamiento adaptativas y reduzcan la vulnerabilidad al estrés psicológico resulta esencial para garantizar el desarrollo saludable de los jóvenes en esta etapa crítica.

### ***Factores Psicosociales***

**Percepción de Estrés.** Los modelos para conceptualizar el estrés han evidenciado que este es un concepto dinámico, donde entran en juego un gran número de variables. Una de las definiciones más utilizadas es la de Lazarus y Folkman (1986), quien define el estrés como el proceso en el que se considera que las demandas del ambiente superan los recursos del individuo, entendiendo el estrés como una interacción entre la persona y su entorno. Desde esta perspectiva transaccional, el significado del estrés depende de la evaluación cognitiva que el individuo realiza de la situación y de su capacidad para afrontarla. Según su duración y efectos, puede distinguirse entre estrés agudo y crónico, así como entre eustrés y distrés (Selye, 1974). Mientras el eustrés favorece la adaptación, el distrés genera consecuencias negativas para la salud. Asimismo, su impacto se ve modulado por factores personales, ambientales y sociales, entre los que el apoyo social desempeña un papel protector fundamental (Cohen y Wills, 1985). En este sentido, el estrés es un proceso subjetivo que puede influir tanto en el bienestar psicológico como en el desarrollo de enfermedades físicas.

**Apoyo Social.** El apoyo social puede ser entendido como la percepción que una persona tiene de que otros puedan proporcionarle ayuda o apoyo cuando este es necesario (Sarason & Sarason, 2006). Los efectos del apoyo social podrían explicarse mediante una moderación, ya que afectaría la percepción de las situaciones como más o menos estresantes (Cohen, 2004). En estudiantes universitarios se encontró que los menores niveles de apoyo social podían llevar a la percepción de los días como más estresantes y demandantes que los no solitarios (Hawkley et al., 2003). El apoyo social también se asocia con mejores estrategias de afrontamiento según la situación, lo cual lleva a menores síntomas depresivos (Holahan, Moerkbak, & Suzuki, 2006).

No obstante, el apoyo social no siempre se asocia con comportamientos protectores para la salud. Un estudio de Cohen y Lemay (2007) encontró que las personas con menor integración social incrementan el afecto positivo, así como el consumo de alcohol y cigarrillo, cuando interactúan con un mayor número de personas. En contraste, aquellos con una alta integración social tienen un comportamiento independiente del número de personas con las que interactúan.

Estudios recientes confirman la importancia del apoyo social como un factor protector clave en la salud mental de estudiantes universitarios. Un estudio en Colombia con 876 estudiantes técnicos y tecnológicos encontró que el 47.3% percibía bajo apoyo social y que esta percepción estaba negativamente correlacionada con índices de ansiedad (44.7%) y depresión (38.6%) (Reyes-Ruiz et al., 2024). Igualmente, destacaron en su investigación la función mediadora del apoyo social en la relación entre estrés académico y bienestar emocional, apuntando a la necesidad de fortalecer las redes de soporte familiar y de pares. En un análisis más cualitativo, Zapata-Martínez et al. (2024) resaltaron la relevancia de los lazos afectivos con la familia como fuente fundamental de sentido de pertenencia e identidad que contribuye al equilibrio emocional en jóvenes universitarios.

De manera similar, diversos estudios han respaldado la existencia de una relación inversa entre el apoyo social percibido y la sintomatología depresiva. En estudios con universitarios chilenos, se ha observado que un mayor nivel de apoyo social, tanto familiar como de amigos, se vinculan con una menor manifestación de sintomatología depresiva, lo que confirma su papel como factor protector de la salud mental (Dávila et al., 2011). Asimismo, en población adulta general, las puntuaciones más bajas en apoyo social percibido se relacionan significativamente con mayores niveles de depresión (Matud et al., 2002), lo que evidencia la consistencia de esta asociación en distintos grupos etarios (Barra et al., 2006).

Además, diversas investigaciones señalan que el apoyo social proveniente de la familia constituye uno de los factores más influyentes en la presencia de sintomatología depresiva, llegando incluso a constituirse como el predictor en algunos modelos de regresión, seguido del apoyo social de otros significativos (Barrera-Herrera et al., 2019). Este hallazgo refuerza la hipótesis del efecto amortiguador del apoyo social, entendido como un mecanismo que contribuye a mitigar el malestar psicológico (Barrera-Herrera et al., 2019). Por el contrario, la carencia de una red de apoyo sólida puede aumentar el riesgo de desarrollar síntomas depresivos o, en casos más graves, conductas suicidas relacionadas con la depresión (Barrera Guzmán & Flores Galaz, 2020).

En este sentido, diversas investigaciones han abordado las diferencias de género en el apoyo social percibido. Aunque tradicionalmente se ha señalado que los hombres presentan menores niveles de apoyo social familiar y de amigos que las mujeres (Barra, 2012; Feldman et al., 2008), estudios recientes con universitarios en Chile y México no han identificado diferencias significativas entre ambos sexos en los tipos de apoyo percibido (Barrera-Herrera et al., 2019; Barrera Guzmán & Flores Galaz, 2020).

No obstante, al considerar otros factores sociodemográficos, las diferencias de género se tornan más evidentes. Por ejemplo, las mujeres en condiciones desfavorables —menor nivel educativo, más edad, mayores cargas familiares o ausencia de empleo— tienden a percibir menor apoyo social. De igual forma, en estudios con población general, se ha observado que las mujeres separadas, divorciadas o viudas perciben menor apoyo social, seguidas de las casadas, mientras que las solteras manifiestan los niveles más altos (Matud et al., 2002). Este hallazgo puede explicarse, en parte, porque tanto mujeres como hombres prefieren recibir apoyo emocional de mujeres.

Por último, también se ha encontrado que el nivel de apoyo social puede variar según el tipo de ocupación: tanto hombres como mujeres profesionales reportan mayor apoyo social que quienes desempeñan trabajos manuales, siendo este último grupo, junto con los estudiantes, el que manifiesta menor percepción de apoyo (Matud et al., 2002). Estos hallazgos indican que las diferencias de género en el apoyo social no se deben únicamente a los patrones de socialización, sino también a factores estructurales y contextuales que influyen en la disponibilidad y la percepción del apoyo recibido.

**Agresión Entre Pares.** Estudios previos con poblaciones universitarias han mostrado una asociación entre experiencias de agresión física y relacional entre pares con peores niveles de salud mental y alteraciones en cognición social (Thomas, 2019). Asimismo, se ha identificado una relación significativa entre la experiencia de acoso —tradicional y cibernético— y la ideación suicida (Wang et al., 2023), siendo el primero un factor de riesgo para la conducta suicida (Carballo et al., 2020), mientras que el segundo se considera un predictor fuerte de ideación suicida posterior (Zhou et al., 2023). Desde una perspectiva transcultural, un estudio en Argentina, Finlandia, Estonia y EE. UU. encontró que las mujeres reportaron con mayor

frecuencia críticas injustificadas y humillaciones académicas, mientras que los hombres en países como Argentina, reportaron experiencias de acoso relacionado con abuso, insultos y amenazas, y en Estados Unidos predominan las críticas relacionadas con cualidades personales (apariencia, religión o clase social) (Pörhöla et al., 2016), reflejando la influencia del contexto cultural en las formas de acoso. Asimismo, las minorías sexuales muestran una vulnerabilidad particular: una encuesta (Acciari et al., 2014) reveló que uno de cada cinco estudiantes lesbianas, gays y bisexuales (LGB) y uno de cada tres transgéneros han experimentado alguna forma de acoso, y hasta han tenido que interrumpir sus estudios por el trato recibido (Valentine et al., 2009).

Por otro lado, una encuesta sobre ciberacoso aplicada a 1.733 universitarios (26% hombres, 74% mujeres) reportó una prevalencia de 24.1% de ciberacoso en los últimos 12 meses, con agresores tanto conocidos como anónimos o incluso docentes (Faucher et al., 2014). El ciberacoso amplifica su impacto al difundirse en redes sociales, ya que el anonimato del agresor favorece la desconexión moral, reduciendo la empatía. Estas experiencias se asocian con insomnio, depresión, ansiedad, autolesión y pensamientos suicidas (Kyriacou y Zuin, 2016), reflejando que la ideación suicida resulta de la interacción entre la desesperanza y victimización continua.

## **Método**

### **Tipo de Estudio y Alcance**

Para la recolección de información se utilizó la modalidad presencial mediante encuestas aplicadas directamente a estudiantes de pregrado entre 18 y 28 años en instituciones de educación superior de diferentes regiones del país entre abril y junio de 2025. El estudio corresponde a un muestreo de tipo transversal, realizado en un único momento del tiempo, con el fin de capturar el estado actual de la salud mental de la población joven universitaria. El tamaño

final de la muestra fue de 1.200 encuestas, lo que permite realizar estimaciones con un margen de error de  $\pm 2.83\%$  y un nivel de confianza del 95% para el total de la población estudiada. La selección de participantes se efectuó mediante un muestreo estratificado por región, con distribución proporcional y presencia mínima en cada universidad visitada.

El cuestionario incluyó preguntas cerradas y estructuradas, compuestas principalmente por ítems tipo Likert de 4 y 5 categorías para medir frecuencia, intensidad o acuerdo; escalas de respuesta dicotómica (sí/no) para eventos específicos; y preguntas de selección múltiple para caracterizar hábitos, comportamientos y condiciones académicas. Se integraron escalas estandarizadas internacionalmente para evaluar síntomas de ansiedad, depresión, estrés, calidad del sueño, apoyo social y riesgo suicida. La fundamentación psicométrica y validación de cada escala se presentan en detalle en el contenido de las siguientes secciones del documento.

Para garantizar comparabilidad estadística, se definió un factor de ponderación que corrige diferencias entre la distribución real del universo estudiantil y la composición obtenida en la muestra final. Este factor permite realizar análisis representativos a nivel nacional y, cuando el tamaño lo permite, estimaciones por región, género, rango de edad y tipo de universidad (pública/privada). La ponderación asegura que los resultados reflejen adecuadamente la estructura de la población objetivo y que las inferencias sean válidas en los niveles de desagregación definidos.

## **Instrumentos**

### ***Datos demográficos***

Los participantes reportaron información sociodemográfica básica, incluyendo género, estrato socioeconómico, región de residencia y tipo de institución de educación superior (oficial

o privada). Estas variables se incluyeron como factores contextuales relevantes para el análisis de las diferencias en los desenlaces de salud mental.

### ***Estilo de Vida y Hábitos***

**Cuestionario Internacional de Actividad Física (Internacional Physical Activity Questionnaire-IPAQ).** Instrumento creado para medir la frecuencia, duración e intensidad de la actividad física. Existen dos versiones, una larga con 27 ítems y una corta con siete. Ambas versiones miden tres características de la actividad física: intensidad (leve, moderada y vigorosa), frecuencia (días por semana) y duración (tiempo por día). La puntuación consolidada se registra en METS (Metabolic Equivalent of Task o Unidades de Índice Metabólico). Su validez y confiabilidad se reportó inicialmente en un estudio en 12 países en el cual se tradujo y adaptó el instrumento. Para su validación se utilizó validez concurrente y de criterio, comparando sus resultados con los de un acelerómetro. A partir de este estudio se considera que el IPAQ tiene propiedades psicométricas apropiadas para monitorear los niveles de actividad física en la población mayor de 18 años (Craig et al., 2003). En el 2020 se llevó a cabo su validación para Colombia en población adulta mediante validez concurrente con acelerómetros arrojando índices de concordancia moderada, CCI = 0.434; IC 95% = 0.231-0.600). Para la confiabilidad, se realizaron medidas test-retest, las cuales también mostraron índices moderados, CCI = 0.665; IC 95% 0.505-0.766 (Arango-Velez et al., 2020).

**Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index-ICSP).** El ICSP fue creado por Buysse et al. (1989) para evaluar la calidad y los trastornos de sueño con una sensibilidad de 89.6% y especificidad del 86.5%. Fue traducido al español en 1997 con una sensibilidad del 88.6% y especificidad del 75% (Royuela et al., 1997). Esta prueba es considerada como el instrumento más eficaz para medir la calidad del sueño. Consta de 19

preguntas de autoevaluación y otras cinco dirigidas al compañero de habitación. En el 2005 la versión en español fue revisada por especialistas en trastornos del sueño y adaptada para la población colombiana. En esta validación, realizada con población bogotana, se obtuvieron índices de validación concurrente y discriminante. El análisis de la prueba mostró diferenciar aquellos que duermen más horas, los consumidores de hipnóticos y los adultos mayores. El análisis de consistencia interna presentó un alfa de Cronbach de 0.78 (Escobar-Córdoba & Eslava-Schmalbach, 2005), el cual fue algo más bajo que el original ( $\alpha$  de Cronbach = 0.83) y el español ( $\alpha$  de Cronbach = 0.81).

**Tiempo en redes sociales.** La exposición a pantallas con fines recreativos se evaluó mediante un ítem que indagó el número promedio de horas diarias que los participantes dedicaban al uso de dispositivos electrónicos (televisor, computador, celular, tablet, entre otros) para entretenimiento. Adicionalmente, se incluyó un ítem específico sobre el tiempo promedio diario dedicado al uso de redes sociales (por ejemplo, Facebook, Instagram, TikTok, X). En ambos casos, las respuestas se registraron en una escala ordinal con cinco categorías: menos de una hora, entre 1 y 2 horas, entre 2 y 3 horas, entre 3 y 4 horas y más de 4 horas. Estas variables se analizaron como indicadores ordinales de exposición digital recreativa.

**Uso de alcohol y sustancias psicoactivas.** El consumo de sustancias se evaluó mediante tres ítems de autorreporte que indagaron la frecuencia de consumo de (1) alcohol, (2) marihuana y (3) otras sustancias psicoactivas (incluyendo cocaína, tusi, éxtasis, LSD y popper, entre otras) durante el último año. Para cada sustancia, los participantes indicaron la frecuencia de consumo en una escala ordinal con las siguientes opciones de respuesta: nunca, solo una o dos veces al año, una vez al mes, dos o tres veces al mes y una vez a la semana o más.

### ***Factores Psicosociales***

**Escala de Estrés Percibido EEP-4 (Perceived Stress Scale 4).** Este instrumento es la versión reducida de la escala original de 14 ítems, que se diseñó con el propósito de evaluar la percepción de estrés durante el último mes (Cohen et al., 1983). Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta que van de “nunca” a “muy a menudo” con puntuaciones de 0 – 4. La versión original, de 14 puntos (EEP-14), da puntuaciones entre 0 a 56 donde una mayor puntuación equivale a un mayor nivel de estrés percibido, mientras que la de cuatro ítems genera una puntuación de 0 a 12. La evaluación de las propiedades psicométricas del EEP-4 en una muestra colombiana encontró buenos índices de ajuste para el modelo de un solo factor (estrés psicológico), CFI = 0.99, TLI = 0.97 y RMSEA = 0.07. La confiabilidad de la prueba fue adecuada con un alfa de Cronbach de 0.73 (Sanabria Mazo et al., 2024).

**Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS).** Es un instrumento de 12 ítems que mide la percepción del apoyo social a partir de tres fuentes: miembros de la familia (ítems 3, 4, 8, 11), amigos (ítems 6, 7, 9, 12) y otras personas significativas (ítems 1, 2, 5, 10). Las puntuaciones se hacen en una escala tipo Likert de 12 puntos que va entre 1 (Muy en desacuerdo) y 7 (Muy de acuerdo). Una mayor puntuación corresponde a un mayor apoyo social percibido (Zimet et al., 1988). La prueba fue traducida y adaptada por Trejos-Herrera et al. (1998) en un estudio con adolescentes en Barranquilla (Colombia). Este estudio encontró una consistencia interna de 0.84 (95% CI = 0.83-0.86), con índices de consistencia interna similares entre las subescalas. En el análisis factorial confirmatorio se confirmó la existencia de tres factores que convergen en un único factor correspondiente a la puntuación total, CFI = 0.975 y RMSEA = 0.049 (Trejos-Herrera et al., 2018).

**Agresión entre pares.** La experiencia de agresión entre pares se evaluó mediante un ítem de autorreporte que indagó la frecuencia con la que los participantes habían sido víctimas de agresiones por parte de otros estudiantes durante su estancia en la universidad. La medida no distinguió explícitamente criterios clásicos como repetición, intencionalidad o desequilibrio de poder; por tanto, debe interpretarse como un indicador general de victimización o agresión entre pares en el contexto universitario.

### ***Salud Mental y Bienestar***

**Cuestionario de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9).** Este instrumento es una versión autoadministrada del ampliamente utilizado Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), el primero en ser utilizado en atención primaria para diagnosticar trastornos con base en los criterios diagnósticos del DSM-III-R y DSM-IV. El PHQ-9 utiliza una escala Likert con cuatro opciones de respuesta, preguntando acerca de la frecuencia con la que han aparecido ciertos problemas en las últimas dos semanas. Las posibles respuestas son: “nunca”, “varios días”, “más de la mitad de los días” y “casi cada día”. Además, consta de una última pregunta en la que se evalúa hasta qué punto esos problemas le han creado dificultades. La sensibilidad y especificidad de la prueba son del 88% (Kroenke et al., 2002; Na et al., 2018; Spitzer et al., 1999). La validación en Colombia se realizó mediante un análisis factorial exploratorio y confirmatorio comparando varios modelos. Los resultados mostraron que existe un factor general correspondiente al constructo depresión, pero que además puede separarse en dos factores: somático (ítems 3, 4 y 5) y cognitivo-afectivo (ítems 1, 2, 6, 7, 8 y 9). El modelo mostró niveles de ajuste apropiados: CFI = 0.984, TLI = 0.965, RMSEA = 0.061 (IC 0.049-0.074) y SRMR = 0.021. Respecto a la confiabilidad, en la validación se encontró una

consistencia interna alta ( $\omega = 0.89$ , IC 95% = 0.88-0.90;  $\alpha = 0.88$ , IC 95% = 0.87 – 0.89) (Berrío et al., 2024).

**Cuestionario Trastorno de Ansiedad Generalizada (General Anxiety Disorder, GAD-7).** Este instrumento permite identificar casos de ansiedad generalizada y evaluar la gravedad de los síntomas. Está compuesto por los 7 ítems de mayor correlación de los 13 del instrumento original, los cuales alcanzaron una sensibilidad del 89% y una especificidad del 82% (Spitzer et al., 2006). La validación en Colombia se realizó mediante un análisis factorial exploratorio, confirmatorio y de fiabilidad. Los índices de bondad de ajuste mostraron una unidimensionalidad aceptable, (RMSEA = 0.080; CFI = 0.995; SRMR = 0.053;  $p < 0.001$ ). Respecto a la confiabilidad, se encontró una consistencia interna del instrumento buena, con alfa de Cronbach = 0.920 (IC 95%, 8, 80–9, 71) (Camargo et al., 2023).

**Cuestionario de Bienestar (Reliability and Validity of the Mental Health Continuum – Short Form, MHC – SF).** El MHC fue desarrollado por Keyes (2005) como una versión abreviada del cuestionario de 40 ítems (MHC–LF). Se trata de un cuestionario de 14 ítems que se califican en una escala Likert de 6 puntos que va desde 0 (nunca) hasta 5 (todos los días), de los cuales 3 ítems evalúan la dimensión emocional (rango de 0 a 15), 5 la social (rango de 0 a 25) y 6 la psicológica (rango de 0 a 30), y todos se combinan en una puntuación total de bienestar (rango de 0 a 70). La puntuación continua se suma y se analiza en cada uno de los rangos (Keyes et al., 2008). Respecto a la validez, en una muestra de Singapur y Australia, se encontró que el modelo de dos factores tiene el mayor ajuste de los datos con buenos indicadores de ajuste en ambos (Yeo & Suárez, 2022). La primera validación en español, mediante análisis factorial confirmatorio, arrojó un modelo bifactorial, con las tres dimensiones específicas (bienestar emocional, bienestar social y bienestar psicológico) y una dimensión general, bienestar general

(Echeverría et al., 2017). Adicionalmente, su validación en el contexto latinoamericano se llevó a cabo en Ecuador, donde se tradujo la prueba del inglés y se realizó el proceso de adaptación. El análisis factorial confirmó la estructura original de tres factores,  $RMSEA = 0.045$ ,  $CFI = 0.996$ ,  $GFI = 0.997$  y  $TLI = 0.993$ ; sin embargo, también el modelo bifactorial propuesto por Echeverría mostró buenos niveles de ajuste,  $RMSEA = 0.042$ ,  $CFI = 0.996$ ,  $GFI = 0.997$  y  $TLI = 0.993$ . Respecto a la confiabilidad se encontró una alta consistencia interna, alfa de Cronbach = 0.91 (Peña et al., 2017).

**Riesgo suicida.** El indicador de riesgo suicida se obtuvo de la suma de los ítems asociados a ideas de muerte, de suicidio, planeación e intentos de suicidio (4 preguntas) de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, quinta versión. Esta entrevista fue creada por Sheehan y Lecrubier en 1998 y ha sido actualizada en años posteriores para que responda a los criterios diagnósticos actualizados de los manuales diagnósticos DSM y CIE. La versión utilizada evalúa los criterios diagnósticos del DSM 4 y la CIE-10. La versión en español de esta entrevista fue traducida por Ferrando et al. (2000). Se ha medido su validez concurrente comparando la MINI con el SCID y el CIDI. Los valores kappa para la fiabilidad interobservador son cercanos a 0.75, mientras que la fiabilidad test-retest se observó inferior a 0.75. Dado el carácter sensible de los ítems, se incluyó la opción de no responder. Siguiendo las indicaciones de la prueba, el riesgo se calculó sumando cada pregunta positiva como 1 punto.

El modelo de medida correspondiente al constructo riesgo suicida evidenció una estructura factorial sólida, con ítems que presentan cargas estandarizadas significativas y de magnitud elevada, lo cual confirma la coherencia interna del factor. Según Hair et al. (2021), las cargas factoriales superiores a 0.50 indican una contribución adecuada del ítem al constructo latente, mientras que valores superiores a 0.70 son considerados óptimos y reflejan alta

comunalidad. En este caso, todos los ítems alcanzaron valores dentro del rango aceptable ( $\lambda = .62-.84$ ), respaldando la validez convergente del constructo y la pertinencia teórica de los ítems para medir el atributo. Asimismo, la varianza extraída promedio ( $AVE = 0.89$ ) y la fiabilidad compuesta ( $CR = 0.97$ ) se ubicaron por encima de los puntos de corte recomendados ( $AVE > 0.50$ ;  $CR > 0.70$ ), lo que evidencia consistencia interna adecuada, indicando que el constructo explica el 89% de la varianza de los ítems ( $AVE = 0.89$ ) (Fornell & Larcker, 1981) (ver Tabla 1). Estos resultados sustentan que los indicadores reflejan adecuadamente la dimensión latente y que el modelo de medida se encuentra empíricamente validado para su uso tanto en población masculina como femenina, garantizando la equivalencia métrica de los ítems (Byrne, 2016; Milfont & Fischer, 2010).

**Tabla 1**

*Pesos factoriales estandarizados del constructo Riesgo Suicida*

| Ítem | Contenido del ítem                         | Carga factorial ( $\lambda$ ) | Error ( $\epsilon$ ) | Significancia (p) |
|------|--------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|-------------------|
| IS1  | Has pensado que es mejor estar muerto.     | 0.89                          | 0.34                 | < .001            |
| IS2  | Has pensado en matarte o quitarte la vida. | 0.95                          | 0.03                 | < .001            |
| IS3  | Has hecho planes para quitarte la vida.    | 0.97                          | 0.03                 | < .001            |
| IS4  | Has tenido algún intento suicida.          | 0.95                          | 0.03                 | < .001            |
| AVE  |                                            | 0.89                          |                      |                   |

CR

0.97

---

*Nota.* Todas las cargas factoriales son significativas ( $p < .001$ ). Los valores de AVE y CR

indican validez convergente y fiabilidad compuesta adecuadas (Fornell & Larcker, 1981; Hair et al., 2021).

El modelo confirma que los ítems para medir riesgo suicida comparten un alto nivel de varianza común. Los valores de carga factorial ( $\lambda \geq .60$ ) demuestran que cada ítem contribuye significativamente a la variable latente, sin evidencia de indicadores débiles o redundantes. Además, la magnitud de los errores residuales ( $\varepsilon < .50$ ) sugiere que la mayor parte de la varianza de cada ítem es explicada por el constructo, reforzando su consistencia interna y pertinencia teórica.

### **Análisis Estadístico**

Con el fin de obtener estadísticos descriptivos de las variables del estudio se establecieron medidas de resumen (medias, medianas) y de dispersión (desviación estándar, rangos intercuartílicos). En las variables que se tienen baremos para establecer niveles, por ejemplo, gravedad de los síntomas depresivos o ansiosos, nivel de sueño óptimo o subóptimo, esta información fue caracterizada para facilitar su lectura. La información anterior se obtuvo para la muestra total y para los grupos de género, región, instituciones públicas, privadas, entre otros.

Para establecer comparaciones entre las variables de análisis entre los grupos se realizaron análisis de diferencia de medianas, ya que las pruebas de normalidad mostraron una distribución no normal de los mismos. Para esto se usaron las pruebas estándar de estadística no paramétrica según el número de grupos y la naturaleza de los datos. Finalmente, se establecieron modelos con el objetivo de evaluar si la depresión y la ansiedad mediaban la relación entre variables como el consumo de sustancias, experiencia de agresión entre pares, uso de redes

sociales, horas de sueño, apoyo social y bienestar material general en el riesgo de ideación suicida. Se establecieron modelos independientes para la ansiedad y la depresión por la alta correlación entre estas variables. Los modelos se estimaron mediante ecuaciones estructurales (SEM) utilizando el estimador DWLS/WLSMV, apropiado para variables ordinales, con una muestra de 1200 participantes. Los análisis anteriores se sintetizan en la Tabla 2.

**Tabla 2**

*Análisis estadísticos realizados en este estudio*

| <b>Tipo de análisis</b>    | <b>Propósito</b>                                                                                                                                       | <b>Técnica implementada</b>                                                                                 |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estadísticos descriptivos  | Exponer los indicadores de las variables analizadas en el estudio sobre salud mental, con el fin de caracterizar la muestra de jóvenes universitarios. | Medidas de tendencias central (Media, mediana)<br>Medidas de dispersión (Desviación, rangos intercuartiles) |
| Prueba de normalidad       | Determinar la distribución de los datos para las pruebas de inferencia estadística                                                                     | Prueba de Kolmogorov-Smirnov                                                                                |
| Comparaciones entre grupos | Contrastar los indicadores de las variables asociadas a salud mental en diferentes grupos de interés (Región, sector, género)                          | Prueba U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis                                                                   |
| Modelo explicativo         | Analizar las relaciones causales entre las variables para determinar su contribución a los factores protectores y de riesgo                            | Ecuaciones estructurales                                                                                    |

## Resultados

### Descriptivos y Pruebas de Normalidad

En el estudio participaron 1200 estudiantes universitarios, de los cuales el 49.3% se identificaron como hombres, el 48.6% como mujeres y el 2.1% con otras identidades de género. La edad promedio fue de 20 años (D.E. = 2.33, rango 18–28). Las características demográficas y estadísticos descriptivos de las variables del estudio se describen en las Tablas 3 y 4.

**Tabla 3**

*Demográficos de la muestra (N=1.200)*

|           | Variable                 | n (%)      |
|-----------|--------------------------|------------|
| Género    | Hombre                   | 592 (49.3) |
|           | Hombre Trans             | 6 (0.5)    |
|           | Mujer                    | 583 (48.6) |
|           | Mujer Trans              | 2 (0.2)    |
|           | Persona De Género Fluido | 6 (0.5)    |
|           | Persona No Binaria       | 4 (0.3)    |
|           | Prefiero No Decirlo      | 7 (0.6)    |
| Región    | Bogotá                   | 612 (51.0) |
|           | Cafetera                 | 180 (15.0) |
|           | Centro Oriental          | 144 (12.0) |
|           | Norte (Caribe)           | 156 (13.0) |
|           | Sur Occidental           | 108 (9.0)  |
| Sector    | Oficial                  | 456 (38.0) |
|           | Privado                  | 744 (62.0) |
| Depresión | Leve                     | 417 (34.8) |
|           | Mínima                   | 299 (24.9) |
|           | Moderada                 | 269 (22.4) |
| Ansiedad  | Leve                     | 345 (28.8) |

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Mínima              | 317 (26.4) |
| Moderada            | 222 (18.5) |
| Moderadamente Grave | 191 (15.9) |
| Severa              | 125 (10.4) |

**Tabla 4**

*Estadísticos descriptivos de las variables del estudio*

| Variable         | Media    | DE       | Mediana | Mínimo | Máximo | Asimetría | Curtosis |
|------------------|----------|----------|---------|--------|--------|-----------|----------|
| Edad             | 20.45    | 2.33     | 20      | 18     | 28     | 0.979     | 0.557    |
| Actividad Física | 3,367.79 | 5,550.71 | 1,188   | 0      | 39.018 | 3.014     | 11.294   |
| Horas de Sueño   | 6.36     | 2.71     | 6       | 1      | 24     | 3.057     | 13.901   |
| Apoyo Social     | 58.01    | 19.39    | 60      | 12     | 84     | -0.739    | -0.118   |
| Bienestar Total  | 46.20    | 13.10    | 47      | 12     | 84     | -0.196    | -0.451   |
| Ansiedad         | 8.79     | 5.95     | 8       | 0      | 21     | 0.389     | -0.717   |
| Depresión        | 9.85     | 7.15     | 9       | 0      | 27     | 0.533     | -0.463   |
| Estrés           | 7.38     | 2.68     | 8       | 0      | 16     | -0.459    | 0.893    |

Previo a la realización de comparaciones se realizaron pruebas para verificar la normalidad de las distribuciones de las variables. La prueba de Kolmogorov-Smirnov aplicada a las variables del estudio presentó resultados significativos en todos los casos ( $p < 0.05$ ). Esto indica que la distribución de cada una de las variables difiere de una distribución normal, por lo que no se cumple el supuesto de normalidad en ninguna de ellas. En particular, variables como actividad física ( $Z = 9.423$ ;  $p = .000$ ) presentan desviaciones especialmente elevadas, lo que sugiere una distribución marcadamente diferente a la normal. De igual manera, variables relacionadas con el bienestar (emocional, psicológico y social) y con indicadores de salud mental

(ansiedad, depresión y estrés) también muestran valores de significancia inferiores a 0.05, confirmando la ausencia de normalidad (ver Tabla 5).

Estos resultados implican que, para el análisis estadístico posterior, es recomendable emplear pruebas no paramétricas, de manera que se asegura la validez y confiabilidad de las conclusiones derivadas del estudio.

**Tabla 5**

*Verificación de supuestos de normalidad*

| <b>Prueba de Kolmogorov Smirnov</b> |              |                          |                                |                                  |
|-------------------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <b>Variables</b>                    | <b>Media</b> | <b>Desviación típica</b> | <b>Z de Kolmogorov-Smirnov</b> | <b>Sig. asintót. (bilateral)</b> |
| Edad                                | 20.45        | 2.329                    | 5.819                          | .000                             |
| Actividad física                    | 3367.79375   | 5550.71407               | 9.423                          | .000                             |
| Horas en cama calculadas            | 8.50013889   | 4.25178583               | 6.759                          | .000                             |
| % De Eficiencia del sueño           | 23826.24%    | 264871.21%               | 16.543                         | .000                             |
| Apoyo Social                        | 58.01        | 19.39                    | 3.421                          | .000                             |
| Bienestar                           | 46.2         | 13.097                   | 1.926                          | .000                             |
| Bienestar emocional                 | 4.82         | 2.383                    | 9.436                          | .000                             |
| Bienestar psicológico               | 19.49        | 6.397                    | 2.619                          | .000                             |
| Bienestar Social                    | 17.54        | 5.136                    | 4.982                          | .000                             |
| Ansiedad                            | 8.79         | 5.948                    | 3.958                          | .000                             |
| Depresión                           | 9.85         | 7.147                    | 3.431                          | .000                             |
| Estrés                              | 8.07         | 3.561                    | 5.223                          | .000                             |

*Nota.* La tabla presenta los valores de medidas generales, z de Kolmogorov y significancia para supuesto de normalidad.

## Comparaciones por Grupos

Teniendo en cuenta que las variables evaluadas no cumplen con el supuesto de normalidad, se optó por emplear pruebas no paramétricas para la comparación entre grupos independientes. En este caso, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis, que permite contrastar las diferencias entre medianas de más de dos grupos y la prueba U de Mann-Whitney, adecuada para comparaciones de dos grupos.

## Comparaciones Entre Regiones

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre regiones en ansiedad ( $H = 15.963$ ;  $p = .003$ ), depresión ( $H = 15.265$ ;  $p = .004$ ), apoyo social ( $H = 17.503$ ;  $p = .002$ ) y bienestar ( $H = 29.252$ ;  $p < .001$ ). En ansiedad y depresión, las medianas fueron más elevadas en Bogotá, región Cafetera y Sur Occidental ( $Md \approx 8-9$ ;  $RIQ \approx 8-11$ ), mientras que Centro Oriental y Norte (Caribe) presentaron medianas más bajas ( $Md \approx 7-8$ ). En apoyo social, la región Cafetera mostró la mediana más alta ( $Md = 65$ ;  $RIQ = 22$ ), y en bienestar, Norte (Caribe) presentó el valor central más elevado ( $Md = 52$ ;  $RIQ = 22$ ). No se identificaron diferencias significativas en estrés ( $H = 7.321$ ;  $p = .120$ ), con medianas homogéneas entre regiones ( $Md = 8$ ;  $RIQ \approx 3-5$ ) (ver Tabla 6).

**Tabla 6**

*Comparaciones de variables de análisis entre regiones del país*

| Regiones  |         | Bogotá | Cafetera | Centro Oriental | Norte (Caribe) | Sur Occidental | H Kruskal W | P. Valor |
|-----------|---------|--------|----------|-----------------|----------------|----------------|-------------|----------|
| N         |         | 612    | 180      | 144             | 156            | 108            |             |          |
| Ansiedad  | Mediana | 8      | 8        | 7               | 7              | 8.5            | 15.963      | .003*    |
|           | IQR     | 8.0    | 9.0      | 9.0             | 9.0            | 9.0            |             |          |
| Depresión | Mediana | 9      | 9        | 7               | 8              | 9              | 15.265      | .004*    |

|           |         |      |      |      |       |       |        |        |
|-----------|---------|------|------|------|-------|-------|--------|--------|
|           | IQR     | 10.0 | 11.0 | 9.5  | 11.0  | 10.0  |        |        |
| Apoyo     | Mediana | 60   | 65   | 60   | 60    | 57,5  | 17.503 | .002*  |
| Social    | IQR     | 24.0 | 22.0 | 18.0 | 30.25 | 30.0  |        |        |
| Bienestar | Mediana | 45   | 49   | 47   | 52    | 49    | 29.252 | .000** |
|           | IQR     | 18.0 | 19.0 | 18.0 | 22.0  | 20.25 |        |        |
| Estrés    | Mediana | 8    | 8    | 8    | 8     | 8     | 7.321  | 0.12   |
|           | IQR     | 3.0  | 3.0  | 4.0  | 5.0   | 4.0   |        |        |

### ***Comparaciones por Sector***

De acuerdo con los resultados no se encontraron diferencias significativas entre instituciones privadas y públicas en ansiedad ( $U = 164.507$ ;  $p = .378$ ), depresión ( $U = 167.356$ ;  $p = .696$ ), apoyo social ( $U = 164.531$ ;  $p = .381$ ) ni estrés ( $U = 166.254$ ;  $p = .559$ ), con medianas y rangos intercuartílicos similares entre sectores. En bienestar, sí se evidenciaron diferencias significativas ( $U = 151.247$ ;  $p = .002$ ): el sector público presentó una mediana más alta ( $Md = 48$ ;  $RIQ = 17$ ) que el sector privado ( $Md = 44$ ;  $RIQ = 19.25$ ) (ver Tabla 7).

**Tabla 7**

*Comparaciones de variables de análisis entre sector*

| Sector Institución |         | Privado | Público | U de Mann-Whitney | P. Valor |
|--------------------|---------|---------|---------|-------------------|----------|
|                    | N       | 744     | 456     |                   |          |
| Ansiedad           | Mediana | 7       | 8       | 164507            | 0.38     |
|                    | IQR     | 9.0     | 8.0     |                   |          |
| Depresión          | Mediana | 9       | 9       | 167357            | 0.70     |
|                    | IQR     | 11.0    | 10.0    |                   |          |
| Apoyo Social       | Mediana | 60      | 60      | 164531            | 0.38     |
|                    | IQR     | 25.0    | 21.0    |                   |          |
| Bienestar          | Mediana | 48      | 44      | 151247            | 0.002*   |
|                    | IQR     | 17.0    | 19.25   |                   |          |

|        |         |     |     |        |      |
|--------|---------|-----|-----|--------|------|
| Estrés | Mediana | 8   | 8   | 166254 | 0.56 |
|        | IQR     | 4.0 | 3.0 |        |      |

### *Comparaciones por Género*

Los resultados arrojaron diferencias significativas en ansiedad ( $H = 47.99$ ;  $p < .001$ ), depresión ( $H = 23.81$ ;  $p < .001$ ), estrés ( $H = 6.79$ ;  $p = .034$ ) y actividad física ( $H = 47.60$ ;  $p < .001$ ). Las mujeres presentaron medianas más altas en ansiedad ( $Md = 9$ ;  $RIQ = 8$ ), depresión ( $Md = 10$ ;  $RIQ = 11.5$ ) y estrés ( $Md = 9$ ;  $RIQ = 3$ ). En actividad física, los hombres registraron la mediana más elevada ( $Md = 1836$ ;  $RIQ = 4670.62$ ). No se observaron diferencias significativas en apoyo social ( $H = 3.98$ ;  $p = .137$ ) ni en bienestar ( $H = 5.83$ ;  $p = .054$ ), con medianas similares entre los grupos (apoyo social  $Md \approx 60$ ; bienestar  $Md \approx 45-48$ ) (ver Tabla 8).

**Tabla 8**

*Comparación entre variables de análisis entre géneros*

| Género       |         | Hombre | Mujer | Otro | H Kruskal<br>W | P. Valor |
|--------------|---------|--------|-------|------|----------------|----------|
| N            |         | 592    | 583   | 25   |                |          |
| Ansiedad     | Mediana | 7      | 9     | 7    | 47,99          | .000**   |
|              | IQR     | 7.25   | 8.0   | 10.0 |                |          |
| Depresión    | Mediana | 8      | 10    | 9    | 23,81          | .000**   |
|              | IQR     | 10.0   | 11.5  | 9.0  |                |          |
| Apoyo Social | Mediana | 60     | 60    | 57   | 3,98           | 0.137    |
|              | IQR     | 23.0   | 24.0  | 23.0 |                |          |
| Bienestar    | Mediana | 48     | 46    | 45   | 5,83           | 0.054    |
|              | IQR     | 17.0   | 19.0  | 23.0 |                |          |
| Estrés       | Mediana | 8      | 9     | 8    | 6,79           | 0.034    |
|              | IQR     | 4.0    | 3.0   | 4.0  |                |          |
|              | Mediana | 1836   | 720   | 1188 | 47,6           | .000**   |

|                  |     |         |        |        |
|------------------|-----|---------|--------|--------|
| Actividad Física | IQR | 4670.62 | 2853.0 | 4666.5 |
|------------------|-----|---------|--------|--------|

### ***Análisis de Correlaciones***

El análisis de correlaciones evidenció que la ansiedad y la depresión tienen una relación negativa con los niveles de actividad física y las horas de sueño, así como con el apoyo social. Asimismo, se evidenció una relación directa entre el estrés y ansiedad y depresión. Frente al bienestar se encontró que este presenta relaciones positivas con el nivel de actividad física, horas de sueño y apoyo social (ver Tabla 9).

**Tabla 9**

*Correlaciones entre variables*

|                                 | Nivel de<br>Actividad<br>física | Horas de<br>sueño | Ansiedad | Depresión | Bienestar | Apoyo<br>social |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|----------|-----------|-----------|-----------------|
| Nivel de<br>actividad<br>física | 1                               | 0.064*            | -0.092*  | -0.088*   | 0.085*    | 0.023           |
| Horas de<br>sueño               | 0.064*                          | 1                 | -0.261** | -0.284**  | 0.219**   | 0.045           |
| Ansiedad                        | -0.092*                         | -0.261**          | 1        | 0.747**   | -0.303**  | -0.069*         |
| Depresión                       | -0.088*                         | -0.284**          | 0.747**  | 1         | -0.441**  | -0.136**        |
| Bienestar                       | 0.085*                          | 0.219**           | -0.303** | -0.441**  | 1         | 0.397**         |
| Apoyo<br>Social                 | 0.023                           | 0.045             | -0.069*  | -0.136**  | 0.397**   | 1               |
| Estrés                          | -0.066*                         | -0.168**          | 0.481**  | 0.513**   | -0.443**  | -0.229**        |

*Nota.* \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.001$

## Modelos de Ecuaciones Estructurales

### *Depresión*

**Indicadores de Ajuste del Modelo.** El modelo mostró un adecuado ajuste global a los datos (CFI = .98; TLI = .99; RMSEA = .064; SRMR = .055). Los índices CFI y TLI superan el criterio de .95, lo que indica excelente ajuste comparativo. El RMSEA (.064) se encuentra dentro del rango aceptable (.05–.08), y el SRMR (.055) también indica buen ajuste residual. En general, los indicadores sugieren que la estructura teórica propuesta representa adecuadamente las relaciones observadas.

**Resultados.** En relación con la predicción de la depresión, los resultados indican que el bienestar general es uno de los predictores de mayor magnitud ( $\beta = -0.495$ ,  $p < .001$ ), evidenciando que menores niveles de bienestar se asocian de manera importante con mayores niveles de sintomatología depresiva. Asimismo, el consumo de sustancias ( $\beta = 0.236$ ,  $p < .001$ ) y agresión entre pares ( $\beta = 0.195$ ,  $p < .001$ ) mostraron efectos positivos de magnitud moderada, lo que sugiere que la exposición a estas condiciones incrementa significativamente el riesgo de depresión. Por su parte, las horas de sueño presentaron una relación negativa significativa ( $\beta = -0.120$ ,  $p < .001$ ), indicando que una menor cantidad de horas de sueño se asocia con mayores niveles depresivos. El uso de redes sociales mostró un efecto positivo pequeño, pero estadísticamente significativo, lo que sugiere una asociación mínima con la sintomatología depresiva. En contraste, el apoyo social no evidenció un efecto significativo dentro del modelo ( $\beta = 0.003$ ,  $p = .911$ ). En general, las variables incluidas explican el 43% de la varianza de la depresión ( $R^2 = .430$ ), lo que representa una capacidad explicativa considerable (ver Tabla 10).

### **Tabla 10**

*Coeficientes estandarizados ( $\beta$ ) y valores  $p$ : predictores de la depresión*

| Predictor            | $\beta$ | p      |
|----------------------|---------|--------|
| Sustancias           | 0.236   | < .001 |
| Agresión entre pares | 0.195   | < .001 |
| Uso de redes         | 0.116   | < .001 |
| Horas de sueño       | -0.120  | < .001 |
| Apoyo social         | 0.003   | .911   |

En la Tabla 11 se observa que la depresión explica fuertemente la ideación suicida ( $\beta = 0.654$ ,  $p < .001$ ). El modelo explica 42.7% de la varianza del riesgo de ideación suicida ( $R^2 = .427$ ).

**Tabla 11**

*Depresión y su incidencia en el riesgo de ideación suicida*

| Predictor | $\beta$ | p      |
|-----------|---------|--------|
| Depresión | 0.654   | < .001 |

Los resultados respaldan un modelo de mediación completa a través de la depresión, evidenciando que los efectos del consumo de sustancias, haber experimentado agresión entre pares, el uso de redes sociales, las horas de sueño, el apoyo social y el bienestar general considerados sobre la ideación suicida operan fundamentalmente mediante la depresión. Entre estos predictores, el bienestar general se presenta como el factor estructural de mayor peso, mostrando la asociación más fuerte con la depresión y, por ende, el mayor efecto indirecto sobre la ideación suicida (ver Tabla 12).

**Tabla 12**

*Efectos indirectos (mediación)*

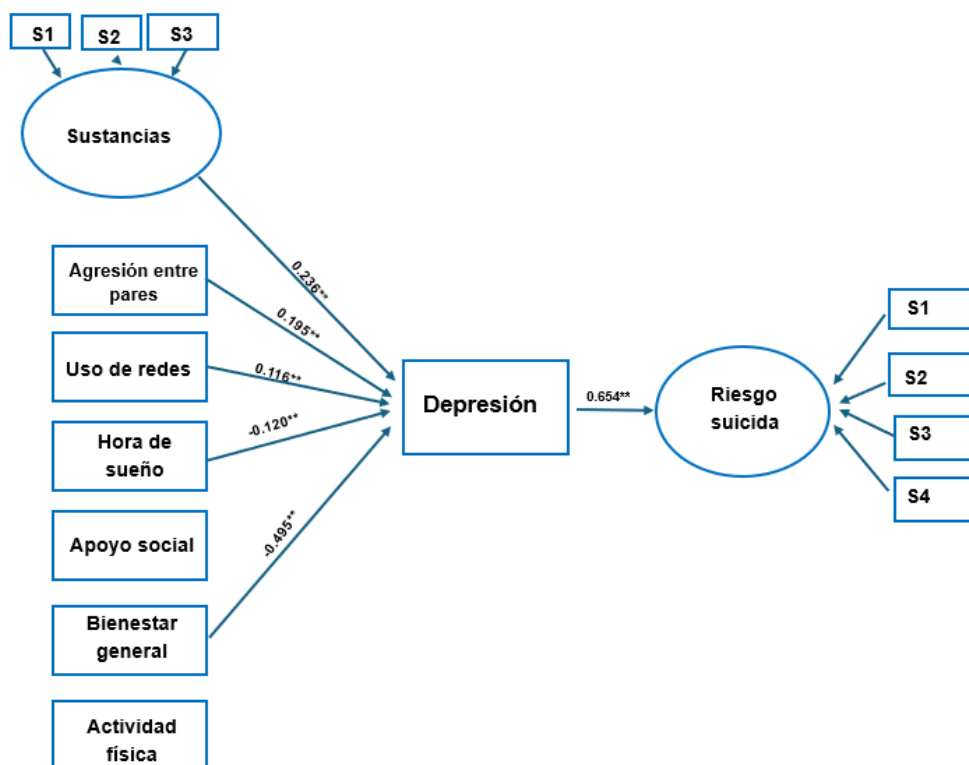
| Variable   | $\beta$ indirecto | p      |
|------------|-------------------|--------|
| Sustancias | 0.154             | < .001 |

|                      |        |        |
|----------------------|--------|--------|
| Agresión entre pares | 0.127  | < .001 |
| Uso de redes         | 0.076  | < .001 |
| Horas de sueño       | -0.079 | < .001 |
| Apoyo social         | 0.002  | .911   |

En la Figura 2 se observa que el mayor efecto indirecto proviene de bienestar general ( $\beta = -0.324$ ); Sustancias y agresión entre pares también muestran efectos indirectos significativos. Apoyo social no muestra efecto mediado significativo.

**Figura 2**

*Modelo de ecuaciones estructurales: predictores de depresión y su efecto sobre el riesgo de ideación suicida*



*Nota.* Los coeficientes reportados son estandarizados ( $\beta$ ). \*\*  $p < .001$ ; n.s. = no significativo.

Método de estimación: DWLS/WLSMV.  $N = 1,200$ .  $R^2$  depresión = .430;  $R^2$  riesgo suicida = .427.

### ***Ansiedad***

**Indicadores de ajuste del modelo.** El modelo fue estimado mediante el método DWLS y mostró un adecuado ajuste global a los datos (CFI = .98; TLI = .99; RMSEA = .053; SRMR = .027). Los índices CFI y TLI superan el criterio de .95, lo que indica excelente ajuste comparativo. El RMSEA (.053) se encuentra dentro del rango aceptable (.05–.08), y el SRMR (.027) también indica buen ajuste residual. En general, los indicadores sugieren que la estructura teórica propuesta representa adecuadamente las relaciones observadas.

**Resultados.** En la Tabla 13 los resultados indican que los predictores más relevantes de la ansiedad corresponden a bienestar general ( $\beta = -.250$ ), en contraste, con el uso o exposición en redes sociales ( $\beta = .144$ ) y el bullying ( $\beta = .134$ ) que emergen como los principales factores de riesgo, al relacionarse con incrementos significativos en la ansiedad. Asimismo, las horas de sueño presentan un efecto protector significativo, indicando que dormir más se asocia con una disminución de los niveles de ansiedad. Por otro lado, el consumo de sustancias no mostró un efecto significativo sobre la ansiedad. Llama la atención del apoyo social que, aunque con muy poca incidencia, su efecto es positivo con la ansiedad.

**Tabla 13**

*Coeficientes estandarizados ( $\beta$ ) y valores  $p$ : predictores de la ansiedad*

| Predictor  | $\beta$ (Std.all) | p-valor |
|------------|-------------------|---------|
| Sustancias | 0.054             | 0.116   |
| Bullying   | 0.134             | < .001  |
| Prom_red   | 0.144             | < .001  |

|                   |        |        |
|-------------------|--------|--------|
| Horas de sueño    | -0.112 | < .001 |
| Apoyo social      | 0.078  | 0.002  |
| Bienestar general | -0.250 | < .001 |

En la Tabla 14 se observa cómo la ansiedad presenta un efecto positivo y estadísticamente significativo sobre la ideación suicida ( $\beta = .245$ ,  $p < .001$ ), lo que indica que a medida que aumentan los niveles de ansiedad, también se incrementa el riesgo de ideación suicida. La magnitud del efecto es moderada, lo que sugiere que, aunque la ansiedad constituye un factor relevante en la explicación del fenómeno, no es el único determinante, sino que interactúa con otros factores psicosociales dentro del modelo.

**Tabla 14**

*Ansiedad y su incidencia en el riesgo de ideación suicida*

| Variable | $\beta$ | p-valor |
|----------|---------|---------|
| Ansiedad | 0.245   | < .001  |

En la Tabla 15 los resultados evidencian que la ansiedad media significativamente la relación entre el bullying y la exposición a redes sociales, los cuales incrementan el riesgo de ideación suicida a través de un aumento en los niveles de ansiedad, mientras que variables como las horas de sueño y el bienestar general actúan como factores protectores al reducir la ansiedad y, en consecuencia, la ideación suicida. El efecto observado para el apoyo social, aunque significativo, presenta una dirección positiva inesperada, por lo que requiere un análisis más detallado en términos teóricos y de medición.

**Tabla 15**

*Efectos indirectos (mediación)*

| Predictor | $\beta$ indirecto | p-valor |
|-----------|-------------------|---------|
|-----------|-------------------|---------|

|                   |        |        |
|-------------------|--------|--------|
| Sustancias        | 0.013  | 0.116  |
| Bullying          | 0.033  | < .001 |
| Prom_red          | 0.035  | < .001 |
| Horas de sueño    | -0.028 | < .001 |
| Apoyo social      | 0.019  | 0.005  |
| Bienestar general | -0.061 | < .001 |

---

Los resultados del modelo de mediación parcial evidencian que la ansiedad explica la ideación suicida, al presentar un efecto directo positivo y significativo sobre esta. Sin embargo, su capacidad explicativa es moderada, lo que sugiere que, aunque es un factor importante, no actúa de manera aislada, sino en interacción con otros determinantes psicosociales. En particular, variables como el bullying y la exposición a redes sociales incrementan la ideación suicida tanto de forma directa como indirecta a través de la ansiedad, consolidándose como factores de riesgo consistentes. Por su parte, las horas de sueño y el bienestar general emergen como factores protectores, al reducir los niveles de ansiedad y, en consecuencia, el riesgo de ideación suicida.

El consumo de sustancias, aunque presenta un efecto significativo sobre la ideación suicida, no mostró un efecto mediado por la ansiedad, lo que indica que su influencia ocurre principalmente por una vía directa. Adicionalmente, el comportamiento del apoyo social, que muestra una relación positiva con la ansiedad, pero negativa con la ideación suicida, plantea la posibilidad de efectos complejos, como relaciones supresoras o problemas en la operacionalización de la variable, lo cual requiere un análisis más detallado. En general, los hallazgos permiten concluir que la ansiedad desempeña un papel mediador significativo, pero no central, en el modelo.

## Discusión

Este estudio aporta evidencia contemporánea para comprender la salud mental universitaria en Colombia como un fenómeno multicausal y contextual, coherente con los modelos de vulnerabilidad–estrés que proponen que el malestar emerge cuando se acumulan riesgos y se debilitan recursos protectores en momentos de alta demanda (Ingram & Price, 2001; Ingram & Luxton, 2005). En línea con el contexto global y regional descrito, donde la adultez emergente coincide con aumentos sustantivos en ansiedad y depresión, y con una mayor exposición a incertidumbre académica y socioeconómica (Arnett, 2016; Ibrahim et al., 2013; Akhtar et al., 2020; Santomauro et al., 2021), los resultados sugieren que los estudiantes universitarios se encuentran inmersos en un entorno que amplifica el riesgo, particularmente cuando los hábitos de vida, las experiencias relacionales adversas y los recursos subjetivos de bienestar no logran compensar dichas exigencias.

A la vez, los hallazgos deben leerse desde una perspectiva de determinantes sociales y comerciales de la salud, en la cual el malestar no es solo una “respuesta individual”, sino el reflejo de condiciones estructurales que moldean oportunidades, estilos de vida y exposición a riesgos (Marmot et al., 2008; Gilmore et al., 2023). Esto ayuda a interpretar por qué el malestar aparece como una problemática transversal en el sistema universitario (más allá del sector institucional) y por qué se observan diferencias regionales: no son “variaciones anecdóticas”, sino posibles expresiones de contextos sociales y culturales distintos que pueden afectar el bienestar, las redes relacionales y la experiencia cotidiana del mundo universitario.

Finalmente, el aporte teórico central del estudio reside en el patrón observado en los modelos estructurales: la depresión y la ansiedad se consolidan como los mecanismos proximales que articulan la influencia de factores de estilo de vida y experiencias psicosociales sobre el

riesgo de ideación suicida. Esto es consistente con la literatura que sitúa la depresión como uno de los predictores más relevantes del riesgo suicida (OMS, 2025) y con modelos que conciben la conducta suicida como un desenlace de acumulación de malestar y sensación de escape o desconexión (Baumeister, 1990; Van Orden et al., 2005).

### **Factores Sociodemográficos**

Las diferencias encontradas por género (con mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés en mujeres) son consistentes con la evidencia internacional que describe una mayor carga de síntomas internalizantes en mujeres universitarias (Sarokhani et al., 2013; Sheldon et al., 2021). Más que interpretarlas como un dato meramente epidemiológico, estos hallazgos pueden entenderse como la expresión de procesos de socialización y de desigualdades de género que influyen en la forma de experimentar, interpretar y reportar el malestar durante la adultez emergente (Arnett, 2016; Ibrahim et al., 2013). En términos sociocognitivos, la literatura ha señalado que la mayor rumiación, la sensibilidad a estresores interpersonales y la exposición a presiones sociales pueden incrementar la vulnerabilidad emocional en mujeres (Sowislo & Orth, 2013). Así, los resultados refuerzan la pertinencia de enfoques sensibles al género que no se limiten a “oferta de servicios”, sino que atiendan las condiciones que sostienen estas brechas.

Respecto al sector institucional, la ausencia de diferencias en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social sugiere que el malestar no se explica únicamente por la pertenencia a universidades públicas o privadas. Leído desde el marco de determinantes sociales, este patrón puede interpretarse como evidencia de que la experiencia universitaria contemporánea comparte presiones estructurales comunes (exigencias de rendimiento, incertidumbre del futuro laboral, hiperconectividad) que atraviesan a los estudiantes independientemente del tipo de institución (UNESCO, 2024; Akin & Sarrar, 2024; Merino, 2025). Sin embargo, la diferencia observada en

bienestar (más alto en el sector público) abre la posibilidad de que existan características del entorno institucional o de la composición estudiantil que incidan en el “funcionar bien” más que en la sintomatología, lo cual es coherente con la idea del doble continuo: la ausencia de diferencias en síntomas no implica necesariamente igualdad en bienestar (Keyes, 2002; 2006).

En relación con las diferencias regionales, los hallazgos sugieren que la salud mental universitaria se encuentra modulada por contextos territoriales. Que regiones como Bogotá, Cafetera y Sur Occidental presenten medianas más elevadas en ansiedad y depresión, mientras Norte (Caribe) destaque en bienestar, es congruente con un enfoque psicosocial que entiende el bienestar como fenómeno situado: no solo depende del individuo, sino de condiciones sociales, oportunidades de apoyo, clima comunitario y expectativas culturales (Marmot et al., 2008; Gilmore et al., 2023). En este sentido, las variaciones regionales no deberían leerse como “ranking” de regiones, sino como evidencia para diseñar estrategias de intervención contextualizadas, alineadas con realidades locales.

### **Estilos de Vida y Hábitos**

Los hallazgos del modelo estructural son coherentes con la literatura que describe los hábitos como mecanismos cotidianos que pueden aumentar o reducir vulnerabilidad en periodos de alta demanda (Ingram & Luxton, 2005). En particular, el sueño aparece como un recurso protector: menos horas de sueño se asocian con mayor depresión, lo cual se alinea con la evidencia que vincula la higiene del sueño deficiente con sintomatología depresiva y ansiosa (Alanazi et al., 2023; Coico-Lama et al., 2022). Teóricamente, esto puede leerse como un deterioro de la capacidad de regulación emocional y afrontamiento, que incrementa la probabilidad de que estresores cotidianos se traduzcan en afecto negativo persistente.

El uso de redes sociales mostró una asociación positiva (pequeña pero significativa) con depresión y ansiedad. La literatura sugiere que este vínculo puede operar mediante comparación social, sobreestimulación cognitiva e interrupción de rutinas de descanso (Vogel et al., 2014; Primack et al., 2017; Keles et al., 2020), además de que el efecto depende del tipo de uso (Nesi & Prinstein, 2015; Verduyn et al., 2017). En términos interpretativos, el hallazgo no implica que “las redes causen depresión o ansiedad” de manera simple, sino que, en escenarios de vulnerabilidad, pueden convertirse en un entorno que amplifica autocrítica, insatisfacción o aislamiento, especialmente si desplazan el sueño o el contacto social significativo.

El consumo de sustancias emerge como un predictor relevante de depresión, lo cual es coherente con la hipótesis de automedicación y con modelos que describen el consumo como estrategia de afrontamiento evasiva ante afecto negativo (Khantzian, 1997; Sinha, 2008; Barlow & Durand, 2008). En el marco universitario latinoamericano, donde coexisten alta prevalencia de síntomas emocionales y consumo (Ulloa et al., 2024; Camargo et al., 2024; Gesualdo et al., 2023), el resultado sugiere que el consumo puede funcionar como “alivio inmediato” que a mediano plazo incrementa la vulnerabilidad depresiva, cerrando un ciclo de riesgo que puede culminar en desenlaces más severos.

### **Factores Psicosociales**

El hallazgo más importante desde la teoría de salud mental positiva es el papel del bienestar general como predictor de mayor magnitud sobre la depresión y la ansiedad. Este resultado encaja directamente con el modelo bidimensional de Keyes, donde el bienestar no es un “adicional” sino un componente estructural del funcionamiento psicológico: cuando disminuye la capacidad de “sentirse bien y funcionar bien”, aumenta la probabilidad de sintomatología depresiva y ansiosa (Keyes, 2002; 2006; Luijten et al., 2019; Piqueras et al.,

2022). Más aún, la conceptualización del bienestar subjetivo como una evaluación inmediata de la vida y del funcionamiento emocional (Budler, 2025) ayuda a interpretar por qué su asociación con depresión es tan fuerte: el bienestar resume recursos afectivos y cognitivos que permiten sostener sentido, propósito y pertenencia en contextos demandantes (Akin & Sarrar, 2024).

En cuanto a la agresión entre pares, su asociación con la salud mental se comprende mejor desde marcos de vulnerabilidad–estrés que plantean que los estresores interpersonales repetidos incrementan la probabilidad de desarrollar sintomatología emocional, incluyendo riesgo de suicidio (Van Orden et al., 2005). Las experiencias de hostilidad, victimización o conflicto entre iguales se relacionan de manera consistente con mayores niveles de malestar psicológico, incluyendo síntomas depresivos, ansiedad, dificultades de regulación emocional y problemas de ajuste psicosocial. En este sentido, la agresión entre pares puede conceptualizarse como un estresor relacional significativo que afecta el bienestar general, debilita la percepción de apoyo social y compromete recursos emocionales, contribuyendo al deterioro progresivo de la salud mental en contextos juveniles (Thomas, 2019).

Un punto interpretativo clave es que el apoyo social no mostró un efecto significativo en el modelo estructural de la depresión y mostró un efecto contrario en ansiedad, pese a que la literatura lo ha descrito como factor amortiguador del estrés (Cohen & Wills, 1985; Cohen, 2004) y lo ha vinculado consistentemente con menor depresión y ansiedad (Harandi et al., 2017; Reyes-Ruiz et al., 2024; Lescano Pinto & Flores Hernández, 2023). Una lectura teórica plausible es que, en este modelo, el impacto del apoyo social podría estar incorporado dentro del bienestar general (es decir, el bienestar captura parte del “funcionamiento social” y del sentido de pertenencia que el apoyo social suele explicar). En términos del doble continuo, el apoyo social podría ser un antecedente del bienestar (y no necesariamente un predictor independiente de

depresión cuando el bienestar ya está incluido). Otra posibilidad coherente con la literatura es que el apoyo social opere como moderador (amortiguador) más que como predictor directo; y dado que los SEM estimados no modelaron interacciones, su rol amortiguador podría no quedar reflejado en coeficientes directos (Cohen & Wills, 1985). En ambos casos, los resultados no invalidan la relevancia del apoyo social: la reubican teóricamente como un recurso cuyo efecto podría estar mediado por bienestar o expresarse bajo condiciones específicas.

### **Implicaciones para la Intervención Universitaria**

Desde una lógica de salud pública universitaria, los hallazgos respaldan que la prevención no debe limitarse al tratamiento de síntomas, sino que debe orientarse a fortalecer bienestar como eje estructural, coherente con la definición de salud mental de la OMS como estado positivo de funcionamiento (OMS, 2022; Keyes, 2002). Esto implica estrategias que promuevan sentido de pertenencia, propósito, funcionamiento social y emocional, alineadas con políticas universitarias y nacionales que sitúan la salud mental como derecho y responsabilidad institucional (UNESCO, 2024; Presidencia de la República de Colombia, 2025).

Además, el modelo sugiere que intervenir sobre depresión y ansiedad es crítico para reducir riesgo suicida, consistente con el reconocimiento que la OMS hace de la depresión como predictor relevante y con modelos de vulnerabilidad que enfatizan mecanismos proximales (OMS, 2025; Ingram & Price, 2001). Sin embargo, el hallazgo de mediación completa también indica que la prevención eficaz requiere actuar “antes” del desenlace: (i) fortalecer el clima relacional universitario y los mecanismos de resolución de conflictos para prevenir agresión entre pares (ii) disminuir consumo problemático (como afrontamiento evasivo), (iii) proteger el sueño (como recurso regulatorio) y (iv) promover alfabetización digital y uso responsable de

redes, especialmente cuando interfiere con descanso o comparación social (Keles et al., 2020; Primack et al., 2017; UNESCO, 2024).

Finalmente, las diferencias regionales y de género sugieren que las estrategias deben ser diferenciales y contextualizadas, no uniformes. Lo que funciona como intervención en una región puede requerir adaptaciones culturales e institucionales en otra, y las brechas de género exigen componentes específicos que atiendan riesgos y recursos diferenciados (Sarokhani et al., 2013; Sheldon et al., 2021; Sowislo & Orth, 2013).

### **Limitaciones y Recomendaciones para Futuros Estudios**

El diseño transversal limita inferencias causales y obliga a interpretar el modelo como una representación plausible de relaciones contemporáneas más que como trayectoria temporal definitiva (Ingram & Luxton, 2005). En particular, es plausible que la depresión afecte hábitos (sueño, consumo, uso de redes), además de ser afectada por ellos. Futuras investigaciones longitudinales permitirían evaluar direccionalidad y acumulación de riesgo en el tiempo, especialmente en el marco de adultez emergente (Arnett, 2016).

Asimismo, el uso de autorreporte puede introducir subregistro en variables estigmatizadas como consumo y suicidio (APA, 2022). Se recomienda complementar con metodologías mixtas y análisis que modelen moderaciones (por ejemplo, el rol amortiguador del apoyo social), dado que parte de la teoría sugiere efectos condicionales más que directos (Cohen & Wills, 1985).

Finalmente, sería valioso explorar con mayor profundidad el significado regional del bienestar y del apoyo social, dado que las diferencias territoriales encontradas sugieren mecanismos contextuales que el modelo no desagrega completamente (Marmot et al., 2008; Gilmore et al., 2023).

## Conclusiones

Los resultados respaldan una lectura integradora: la salud mental universitaria en Colombia se configura como un fenómeno multifactorial, donde hábitos de vida y experiencias psicosociales se articulan en torno a un mecanismo central—la depresión—que explica el riesgo de ideación suicida. En este entramado, el bienestar general emerge como el recurso protector de mayor peso, consistente con el enfoque de salud mental positiva que entiende la salud mental como “sentirse bien y funcionar bien” más allá de la ausencia de enfermedad (Keyes, 2002; 2006; OMS, 2022).

En suma, fortalecer bienestar, reducir la incidencia de agresión entre pares, proteger el sueño, reducir consumo problemático y promover un uso más consciente de redes no son acciones aisladas: conforman una estrategia coherente con los modelos contemporáneos de salud mental en jóvenes, y ofrecen rutas concretas para intervenciones institucionales y políticas sostenibles en educación superior.

## Referencias

- Acciari, L. (2014). *Education beyond the straight and narrow: LGBT students' experience in higher education*. National Union of Students (NUS).  
[https://www.nusconnect.org.uk/resources/education-beyond-the-straight-and-narrow-lgbt-students-experiences-in-higher-education/download\\_attachment](https://www.nusconnect.org.uk/resources/education-beyond-the-straight-and-narrow-lgbt-students-experiences-in-higher-education/download_attachment)
- Akhtar, P., Ma, L., Waqas, A., & Naveed, S. (2020). Prevalence of depression among university students in low- and middle-income countries (LMICs): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 272, 450–464.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.183>

- Akın, A., & Sarrar, L. (2024). Understanding Adolescent Mental Health in the COVID-19 Era: A Psychodynamic Approach. *Children*, 11(7), 772.  
<https://doi.org/10.3390/children11070772>
- Alanazi, E. M., Alanazi, A. M. M., Albuhairey, A. H., & Alanazi, A. A. A. (2023). Sleep hygiene practices and its impact on mental health and functional performance among adults in tabuk city: A cross-sectional study. *Cureus*, 15(3), 1–12.  
<https://doi.org/10.7759/cureus.36221>
- Amanvermez, Y., Rahmadiana, M., Boelen, P. A., & de Vries, J. (2023). The impact of stress management interventions on mental health outcomes among university students: A meta-analysis. *Journal of College Student Development*, 64(1), 85–102.  
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12342>
- Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 252–262.  
<https://doi.org/10.1037/adb0000160>
- Arango-Vélez, E. F., Echavarría-Rodríguez, A. M., Aguilar-González, F. A., & Patiño-Villada, F. A. (2020). Validación de dos cuestionarios para evaluar el nivel de actividad física y el tiempo sedentario en una comunidad universitaria de Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(1).  
<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v38n1e334156>
- Arnett, J. J. (2016). Does emerging adulthood theory apply across social classes? *Emerging Adulthood*, 4(4), 227–235.

<https://doi.org/10.1177/2167696815613000>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed., texto revisado). Editorial Médica Panamericana.

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623–638.  
<https://doi.org/10.1037/abn0000362>

Baldini, V., Gnazzo, M., Rapelli, G., Marchi, M., Pingani, L., Ferrari, S., De Ronchi, D., Varallo, G., Starace, F., Franceschini, C., Musetti, A., Poletti, M., Ostuzzi, G., Pizza, F., Galeazzi, G. M., & Plazzi, G. (2024). Association between sleep disturbances and suicidal behavior in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1341686.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1341686>

Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2008). *Psicopatología* (3.ª ed.). Paraninfo.

Barra, E. (2012). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 8(1), 29–38.  
<https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2012.0001.02>

Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24(1), 55–61.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524106>

- Barrera Guzmán, M. L., & Flores Galaz, M. M. (2020). Apoyo social percibido y salud mental positiva en hombres y mujeres universitarios. *Voces Y Silencios. Revista Latinoamericana De Educación*, 11(2), 67-83.  
<https://doi.org/10.18175/VyS11.2.2020.4>
- Barrera-Herrera, A., Neira-Cofré, M., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P., & Escobar, B. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2), 105–115.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.23676>
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113.  
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill.
- Berrio, N., Sánchez, J. P., Mora, S., Faley-García, O., & Fernando-Vieco, G. (2024). Validación del cuestionario sobre depresión PHQ-9 en una muestra colombiana no clínica: Validation of the PHQ-9 depression questionnaire in a non-clinical Colombian sample. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(1), 59–69.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.37748>
- Bore, M., Pittolo, C., Kirby, D., Dluzewska, T., & Marlin, S. (2016). Predictors of psychological distress and well-being in Australian undergraduate students. *Higher Education Research & Development*, 35(5), 869–880.  
<https://doi.org/10.1080/07294360.2016.1138452>
- Budler, L. C. (2025). Well-being unveiled: A concept analysis of mental, psychological, and subjective well-being. *Health Science Reports*, 8(9), e71149.

<https://doi.org/10.1002/hsr2.71149>

Byssse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213.

[https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)

Byrne, B. M. (2016). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming* (3rd ed.). Routledge.

Caballero-Domínguez, C., González-Gutiérrez, O., & Palacio-Sañudo, J. (2015). Relación del burnout y el engagement con depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Salud Uninorte*, 31(1), 59–69.

<https://doi.org/10.14482/sun.31.1.5085>

Camargo, L., Herrera-Pino, J., Shelach, S., Soto-Añari, M., Porto, M. F., Alonso, M., & López, N. (2023). Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y confiabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(3), 245–250.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.003>

Camargo, E., Santos, I., Cassiano, T., Fernandes, M. & Gherardi-Donato, E. (2024). Depression and Substance Use Among Brazilian University Students During the COVID-19 Pandemic. *Journal of psychoactive drugs*, 56(4), 541–550.

<https://doi.org/10.1080/02791072.2023.2244499>

Carballo, J. J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., Hoekstra, P. J., Coghill, D., Schulze, U. M. E., Dittmann, R. W., Buitelaar, J. K., Castro-Fornieles, J., Lievelesley, K., Santosh, P., & Arango, C. (2020). Psychosocial risk factors

for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 759–776.

<https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>

Caricati, L., & Ferrari, D. (2021). Association between coping strategies and drug use in a large cohort of students from a northern Italian University. *Acta Biomedica Atenei Parmensis*, 92(4), e2021267.

<https://doi.org/10.23750/abm.v92i4.11872>

Chandler, L., Patel, C., Lovecka, L., Gardani, M., Walasek, L., Ellis, J., Meyer, C., Johnson, S., & Tang, N. K. Y. (2022). Improving university students' mental health using multi-component and single-component sleep interventions: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 100.

<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.09.003>

Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 14(3), 464–504.

<https://doi.org/10.1080/10705510701301834>

Chen, F., Li, I. Y., Ling, C., & Zou, H. (2024). The effect of cyberbullying victimization, traditional bullying victimization and suicidal ideation among college students: do specific affective problems play a mediate role? *BMC Psychology*, 12(1), 762.

<https://doi.org/10.1186/s40359-024-02253-z>

Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9(2), 233–255.

[https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902\\_5](https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5)

Clerque, K., Díaz, J., & Cabascango, D. (2024). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios post covid 19 en la carrera de pedagogía de los idiomas nacionales y extranjeros (español – francés – inglés). *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(4), 1069–1080.

<https://doi.org/10.56712/latam.v5i4.2316>

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress.

*Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.

<https://doi.org/10.2307/2136404>

Cohen, S., & Lemay, E. P. (2007). Why would social networks be linked to affect and health practices? *Health Psychology*, 26(4), 410–417.

<https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.4.410>

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis.

*Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Coico-Lama, A. H., Diaz-Chingay, L. L., Castro-Diaz, S. D., Céspedes-Ramirez, S. T., Segura-Chavez, L. F., & Soriano-Moreno, A. N. (2022). Asociación entre alteraciones en el sueño y problemas de salud mental en los estudiantes de Medicina durante la pandemia de la COVID-19. *Educación Médica*, 23, 100744.

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2022.100744>

- Cordero, B., Gracia-Leiva, M., Moyano-Díaz, E., & Páez Rovira, D. (2024). Bienestar en adolescentes: El rol del apoyo social y de la satisfacción de necesidades básicas. *Revista CES Psicología*, 17(1), 52–67.  
<https://doi.org/10.21615/cesp.6577>
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F., & Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1381–1395.  
<https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Ebert, D. D., Koot, H. M., Auerbach, R. P., Bruffaerts, R., & Kessler, R. C. (2016). Psychological treatment of depression in college students: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 33(5), 400–414.  
<https://doi.org/10.1002/da.22461>
- Dávila, A., Ruiz, R., Moncada, L., & Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, 20(2), 147–172.  
<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2012.1793>
- Deng, X., & Li, C. (2024). The impact of university freshmen's mental health on academic performance: An empirical study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1483031.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1483031>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020). *Panorama sociodemográfico de la juventud en Colombia*.

<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/informes/informe-panorama-sociodemografico-juventud-en-colombia.pdf>

Dinis, J., & Bragança, M. (2018). Quality of sleep and depression in college students: A systematic review. *Sleep Science*, 11(4), 290–301.

<https://doi.org/10.5935/1984-0063.20180045>

Dongjun, Z., Mingyue, W., Xinqi, L., Lina, W., Jiali, W., & Mengyao, J. (2025). Trends in depressive and anxiety disorders among adolescents and young adults (aged 10–24) from 1990 to 2021: A global burden of disease study analysis. *Journal of Affective Disorders*, 387, 119491.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119491>

Duraku, Z. H., Davis, H., Arënliu, A., Uka, F., & Behluli, V. (2024). Overcoming mental health challenges in higher education: a narrative review. *Frontiers in Psychology*, 15.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1466060>

Echeverría, G., Torres, M., Pedrals, N., Padilla, O., Rigotti, A., & Bitran, M. (2017). Validation of a Spanish version of the Mental Health Continuum-Short Form. *Psicothema*, 29(1), 96–102.

<https://doi.org/10.7334/psicothema2016.3>

Ellard, O. B., Dennison, C., & Tuomainen, H. (2023). Interventions addressing loneliness amongst university students: A systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 28(4), 512–523.

<https://doi.org/10.1111/camh.12614>

- Escobar Córdoba, F., & Eslava Schmalbach, J. (2005). Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Revista de Neurología*, 40(03), 150.  
<https://doi.org/10.33588/rn.4003.2004320>
- Estrada-Araoz, E. G., Paricahua-Peralta, J. N., Paredes-Valverde, Y., & Rosel Quispe-Herrera. (2023). Prevalencia de trastornos mentales comunes en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 52(4), e02302968–e02302968.  
<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2968>
- Estrella-Proañó, A., Rivadeneira, M., Alvarado, J., Murtagh, M., Guijarro, S., Alomoto, L., & Cañarejo, G. (2024). Anxiety and depression in first-year university students: The role of family and social support. *Frontiers in Psychology*, 15.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1462948>
- Faucher, C., Jackson, M., & Cassidy, W. (2014). Cyberbullying among university students: Gendered experiences, impacts, and perspectives. *Education Research International*, 2014, 698545.  
<https://doi.org/10.1155/2014/698545>
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., & De Pablo, J. (2008). Relación entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739–751.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). *MINI International Neuropsychiatric Interview: Versión en español 5.0.0* [Traducción y adaptación]. Instituto IAP.

- Ferrel, F., Ferrel, L., Cantillo, A., Jaramillo, J., & Jiménez, S. (2017). Variables académicas y sociodemográficas relacionadas con el síndrome de burnout. *Psicogente*, 20(38), 336–352.  
<https://doi.org/10.17081/psico.20.38.2555>
- Figuerola, R., Barrera, L., Vargas de la Cruz, I., & Luna, D. (2024). Bienestar psicológico, imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarias. *Revista CES Psicología*, 17(1), 38–51.  
<https://doi.org/10.21615/cesp.6992>
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50.  
<https://doi.org/10.2307/3151312>
- Fundación Saldarriaga Concha. (2024, 9 de octubre). Enfermedades mentales, 'pandemia' de 2024. *Fundación Saldarriaga Concha*.  
<https://www.saldarriagaconcha.org/enfermedades-mentales-pandemia-de-2024/>
- Gallego-Henao, M. A. (2021). *Prevalencia de depresión y factores asociados a esta patología en los estudiantes de pregrado de medicina de la Universidad de Caldas* [Trabajo de especialización, Universidad de Caldas]. Repositorio Institucional Universidad de Caldas.  
<https://repositorio.ucaldas.edu.co/server/api/core/bitstreams/7a7a2bcf-7379-4aa2-a4f3-9d2865149fca/content>
- García, K., Cano-Estrada, E. A., Hernández-Mariano, J. Á., & Castañea-Márquez, A. C. (2024). Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés durante la pandemia de COVID-19 en estudiantes universitarios. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 21(3).  
<https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/601>

Garrosa Hernández, E., & Carmona Cobo, I. (2011). Salud laboral y bienestar: Incorporación de modelos positivos a la comprensión y prevención de los riesgos psicosociales del trabajo. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, 57, 224–238.

<https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500014>

Gesualdo, C., Pinquart, M., María, A., & Moisés Mebarak Chams. (2023). Health Behaviors of Colombian First-Semester University Students in Association with Behaviors of Close Social Ties, Living Arrangement, and Time Spent with Peers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(7), 5370–5370.

<https://doi.org/10.3390/ijerph20075370>

Gilmore, A. B., Fabbri, A., Baum, F., Bertscher, A., Bondy, K., Chang, H.-J., Demaio, S., Erzse, A., Freudenberg, N., Friel, S., Hofman, K. J., Johns, P., Karim, S. A., Lacy-Nichols, J., Carvalho, C. M. P. de, Marten, R., McKee, M., Petticrew, M., Robertson, L., & Tangcharoensathien, V. (2023). Defining and Conceptualising the Commercial Determinants of Health. *The Lancet*, 401(10383), 1194–1213.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2)

Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Buitrago, G., Guarnizo-Herreño, C. C., Garzón-Orjuela, N., Eslava-Schmalbach, J., de Vries, E., Rengifo, H., Rodríguez, A., & Rincón, C. J. (2016). Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 147–153.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001>

- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417–1432.  
[https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-n](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-n)
- Gutiérrez-Rodas, J. A., Montoya-Vélez, L. P., Toro-Isaza, B. E., Briñón-Zapata, M. A., Rosas-Restrepo, E., & Salazar-Quintero, L. E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES Medicina*, 24(1), 7–17.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3620982>
- Haidt, J. (2024). *La generación ansiosa: Por qué las redes sociales están causando una epidemia de enfermedades mentales entre nuestros jóvenes*. Deusto.
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2021). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)* (3rd ed.). Sage.
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. (Eds.) (2005). *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. SAGE Publications, Inc.  
<https://doi.org/10.4135/9781452231655>
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The Correlation of Social Support with Mental health: a meta-analysis. *Electronic Physician*, 9(9), 5212–5222.  
<https://doi.org/10.19082/5212>
- Hawkey, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(1), 105–120.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.1.105>

- Heitzeg, M. M., Cope, L. M., Martz, M. E., & Hardee, J. E. (2015). Neuroimaging Risk Markers for Substance Abuse: Recent Findings on Inhibitory Control and Reward System Functioning. *Current Addiction Reports*, 2(2), 91–103.  
<https://doi.org/10.1007/s40429-015-0048-9>
- Holahan, C. K., Moerkbak, M., & Suzuki, R. (2006). Social support, coping, and depressive symptoms in cardiac illness among Hispanic and non-Hispanic White cardiac patients. *Psychology & Health*, 21(5), 615–631.  
<https://doi.org/10.1080/14768320500457168>
- Honorato-Vara, H. V., Martínez-Quezada, L., & Salazar-Hernández, M. C. (2025). Factores de riesgo asociados a la salud mental de alumnos de nuevo ingreso de Educación Normal. *Revista RedCA*, 126-150.  
<https://doi.org/10.36677/redca.v0i0.25849>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55.  
<https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huang, J., Nigatu, Y. T., Smail-Crevier, R., Zhang, X., & Wang, J. (2018). Interventions for Common Mental Health Problems among University and College students: a Systematic Review and meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Psychiatric Research*, 107(1), 1–10.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.09.018>
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391–400.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>

Ingram, R. E., & Price, J. M. (Eds.). (2001). *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan*. The Guilford Press.

Irmer, A., & Schmiedek, F. (2023). Associations between youth's daily social media use and well-being are mediated by upward comparisons. *Communications Psychology*, 1(1), 1–13.

<https://doi.org/10.1038/s44271-023-00013-0>

January, J., Madhombiro, M., Chipamaunga, S., Ray, S., Chingono, A., & Abas, M. (2018). Prevalence of depression and anxiety among undergraduate university students in low- and middle-income countries: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 7(1).

<https://doi.org/10.1186/s13643-018-0723-8>

Jiménez Hurtado, W., Cusme Torres, N., Cantuñi Carpio, V., Chasillacta Amores, F., & Egas Medina, F. P. (2023). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios: Depression, anxiety and stress in university students. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 4(3), 978–988.

<https://doi.org/10.56712/latam.v4i3.1126>

Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). A systematic review: the influence of social Media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 79–93.

<https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1590851>

Kelly, Y., Zilanawala, A., Booker, C., & Sacker, A. (2018). Social Media Use and Adolescent Mental Health: Findings from the UK Millennium Cohort

Study. *EClinicalMedicine*, 6(2589-5370), 59–68.

<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.12.005>

Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.

<https://doi.org/10.2307/3090197>

Keyes, C. L. M. (2006). The Subjective Well-Being of America's Youth: Toward a Comprehensive Assessment. *Adolescent & Family Health*, 4(1), 3–11.

Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum–short form (MHC–SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181–192.

<https://doi.org/10.1002/cpp.572>

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication Hypothesis of Substance Use disorders: a Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244.

<https://doi.org/10.3109/10673229709030550>

Kreski, N. T., Chen, Q., Olfson, M., Cerdá, M., Martins, S. S., Mauro, P. M., Hasin, D. S., & Keyes, K. M. (2022). National Trends and Disparities in Bullying and Suicidal Behavior Across Demographic Subgroups of US Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(12).

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.04.011>

Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509–515.

<https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>

- Kyriacou, C., & Zuin, A. (2016). Cyberbullying and moral disengagement: an analysis based on a social pedagogy of pastoral care in schools. *Pastoral Care in Education*, 34(1), 34–42.  
<https://doi.org/10.1080/02643944.2015.1134631>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- León Rodríguez, D. A., Tobar Herrera, M. P., Fernández de Castro, M. O. H., & Aguilar Mejía, O. M. (2022). Empatía, redes sociales e indicadores de salud mental durante las crisis sociales en Colombia. *Universitas Psychologica*, 21, 1-18. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy21.ersi>
- Lescano Pinto, D. E., & Flores Hernández, V. F. (2023). Bienestar psicológico y su relación con las habilidades sociales en estudiantes universitarios. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Y Humanidades*, 4(1), 450–463.  
<https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.263>
- Linares-Gonzales, M., & Hernández-Patiño, I. (2023). Depresión y ansiedad en estudiantes de Medicina durante la pandemia. *Investigación en Educación Médica*, 12(45), 90–91.  
<https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2023.45.22473>
- Liu, Y., Zhang, N., Bao, G., Huang, Y., Ji, B., Wu, Y., Liu, C., & Li, G. (2019). Predictors of depressive symptoms in college students: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Journal of Affective Disorders*, 246, 300–314.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.084>
- Luijten, C. C., Kuppens, S., Van de Bongardt, D., & Nieboer, A. P. (2019). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Dutch adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17, 157.  
<https://doi.org/10.1186/s12955-019-1221-y>

- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Martínez-Cabezas, S., Pinilla-Roncancio, M., Carrasquilla, G., Casas, G., & González-Urbe, C. (2024). Prevalence of depression and anxiety in Colombia: What happened during Covid-19 pandemic? *PLOS ONE*, 19(10), e0282760.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282760>
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53–58.  
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.006>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Matud, M. P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32.
- McConaha, C., McCabe, B. & Falcon, A. (2024). Anxiety, Depression, Coping, Alcohol Use and Consequences in Young Adult College Students. *Substance use & misuse*, 59(2), 306–311.  
<https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2270550>
- Merino Farias, E. J. (2025). La ansiedad y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Horizontes. Revista de Investigación En Ciencias de La Educación*, 9(36), 128–139. <https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v9i36.905>

Milfont, T. L., & Fischer, R. (2010). Testing measurement invariance across groups: applications in cross-cultural research. *International Journal of Psychological Research*, 3(1), 111–121.

<https://doi.org/10.21500/20112084.763>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta nacional de salud mental 2015. Tomo I*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/libro-salud-mental-2015-tomo1.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, 11 de octubre). Encuesta de Minsalud revela que el 66,3% de los colombianos declara haber enfrentado algún problema de salud mental.

*Ministerio de Salud y Protección Social*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/66-porciento-de-colombianos-declara-haber-enfrentado-algun-problema-de-salud-mental.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Análisis de situación de la salud mental con énfasis en determinantes sociales. Colombia, 2024*. Subdirección de Enfermedades no Transmisibles.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/asis-salud-mental-determinantes-sociales-colombia.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Política nacional de salud mental 2024–2033*.

[https://www.minsalud.gov.co/Anexos\\_Normatividad\\_Nuevo/Document-2025-01-17T111829\\_306.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Anexos_Normatividad_Nuevo/Document-2025-01-17T111829_306.pdf)

Muñoz-Albarracín, M., Mayorga-Muñoz, C. & Jiménez-Figueroa, A. (2023). Salud mental, autoestima y satisfacción vital en universitarios del sur de Chile. *Revista*

*Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 21(2), 1–22.

<https://doi.org/10.11600/rlcsnj.21.2.5428>

Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2017). *Mplus user's guide* (8th ed.). Muthén & Muthén.

Na, P. J., Yaramala, S. R., Kim, J. A., Kim, H., Goes, F. S., Zandi, P. P., Vande Voort, J. L.,

Sutor, B., Croarkin, P., & Bobo, W. V. (2018). The PHQ-9 Item 9 based screening for suicide risk: a validation study of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 Item 9 with the Columbia Suicide Severity Rating Scale. *Journal of Affective Disorders*, 232, 183–188.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.045>

Navarro-Obeid, J., Mercado-Méndez, A., Oviedo-Lidueñas, D., Nagles-Ruíz, C., & Martínez-

Gómez, I. (2024). Salud mental positiva y bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *IPSA Scientia, Revista Científica Multidisciplinaria*, 9, ev9a4.

<https://doi.org/10.62580/ipsc.2024.9.172>

Nesi, J., & Prinstein, M. J. (2015). Using Social Media for Social Comparison and Feedback-

Seeking: Gender and Popularity Moderate Associations with Depressive Symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 43(8), 1427–1438.

<https://doi.org/10.1007/s10802-015-0020-0>

Nova Espitia, G. A. (2025). Revisión sistemática de la normativa para estilos de vida saludables

en Colombia (2008-2024). *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(3), 7763–7782.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i3.18398](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.18398)

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and other common mental disorders:*

*Global health estimates.*

<https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación internacional de enfermedades, 11.<sup>a</sup> revisión (CIE-11)*.

<https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/es>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Organización Mundial de la Salud. (2025, 25 de marzo). Suicidio. *Organización Mundial de la Salud*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Depressive disorder (depression)*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Mental health profile 2020: Colombia*.

[https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/MentalHealth-profile-2020%20Colombia\\_Country\\_Report\\_Final.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/MentalHealth-profile-2020%20Colombia_Country_Report_Final.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Consejo Directivo de la OPS aprueba nueva estrategia regional para mejorar la salud mental y prevenir el suicidio*.

<https://www.paho.org/es/noticias/27-9-2023-consejo-directivo-ops-aprueba-nueva-estrategia-regional-para-mejorar-salud>

Ortiz, E., Castro-Osorio, R., Salguero, N., Barrero, J., & Núñez, C. (2024). Riesgo de afectación en salud mental asociado al malestar psicológico en un grupo de adultos jóvenes durante el aislamiento por COVID-19. *Acta Colombiana de Psicología*, 27(1), 211-227.

<https://doi.org/10.14718/ACP.2024.27.1.12>

- Osman, W. A. (2025). Social media use and associated mental health indicators among University students: a cross-sectional study. *Scientific Reports*, 15(1), 9534.  
<https://doi.org/10.1038/s41598-025-94355-w>
- Peluchette, J., & Karl, K. (2009). Examining students' intended image on Facebook: "What were they thinking?!" *Journal of Education for Business*, 85(1), 30–37.  
<https://doi.org/10.1080/08832320903217688>
- Peña-Contreras, E. K., Lima-Castro, S. E., Bueno-Pacheco, G. A., Aguilar-Sizer, M. E., Keyes, C. L. M., & Arias-Medina, W. P. (2017). Fiabilidad y validez de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF) en el contexto ecuatoriano. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 223–232.  
<https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1499>
- Pereira, M., Santos, M., Magalhães, R., Rodrigues, C., Araújo, O., & Durães, D. (2025). Burnout Risk Profiles in Psychology Students: An Exploratory Study with Machine Learning. *Behavioral sciences*, 15(4), 505.  
<https://doi.org/10.3390/bs15040505>
- Peterson, N. E., Sirard, J. R., Kulbok, P. A., DeBoer, M. D., & Erickson, J. M. (2018). Sedentary behavior and physical activity of young adult university students. *Research in Nursing & Health*, 41(1), 30–38.  
<https://doi.org/10.1002/nur.21845>
- Piqueras, J., Vidal-Arenas, V., Falcó, R., Moreno-Amador, B., Marzo, J., & Keyes, C. (2022). Validation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) for multidimensional assessment of subjective well-being in Spanish adolescents. *Psicothema*, 34(2), 332–343.  
<https://doi.org/10.7334/psicothema2021.240>

- Pörhöla, M., Cvancara, K., Kaal, E., Tampere, K., & Torres, B. (2016). Cross-cultural comparisons of bullying among university students: Perspectives from Argentina, Estonia, Finland and the United States. En H. Cowie & C. A. Myers (Eds.), *Bullying among university students* (pp. 127–141). Routledge.
- Presidencia de la República de Colombia. (2025, 25 de junio). *Decreto 0729 de 2025, por el cual se adiciona el Título 15 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016 en relación con la actualización de la Política Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-0729-de-2025.pdf>
- Primack, B. A., Shensa, A., Escobar-Viera, C. G., Barrett, E. L., Sidani, J. E., Colditz, J. B., & James, A. E. (2017). Use of multiple social media platforms and symptoms of depression and anxiety: A nationally-representative study among U.S. young adults. *Computers in Human Behavior*, 69, 1–9.
- <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.11.013>
- Puddephatt, J. A., Jones, A., Gage, S. H., et al. (2021). Associations of common mental disorder with alcohol use in the adult general population: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 116(5), 935–950.
- <https://doi.org/10.1111/add.15735>
- Quizinga, I., Márquez, O., Michca, Mary, H. & Córdor, E. (2025). Ansiedad, autoestima y hábitos de estudio en relación al rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Horizontes Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*, 9(36), 116-127.
- <https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v9i36.904>

- Ramón-Arbués, E., Granada-López, J. M., Satústegui-Dordá, P. J., Echániz-Serrano, E., Sagarra-Romero, L., & Antón-Solanas, I. (2023). Psychological distress in nursing students: relationship with screen time, diet and physical activity. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31.  
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.6746.3960>
- Regalado, M., Baltazar, H., Pineda, F., & Medina, A. (2023). La salud mental en los jóvenes universitarios: un desafío para las instituciones. *Atención Primaria Práctica*, 5, 100384.  
<https://doi.org/10.1016/j.appr.2023.100384>
- Restrepo, E., Castañeda, T. & Zambrano, R. (2022). Sintomatología de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios colombianos durante la pandemia de COVID-19. *Ciencia y enfermería*, 28, 19.  
<https://dx.doi.org/10.29393/ce28-19sdjr30019>
- Restrepo, E., Cuartas, G. & Bedoya, E. (2023). Academic stress and adaptation to university life: mediation of cognitive-emotional regulation and social support. *Annals of psychology*, 39(1), 62-71.  
<https://doi.org/10.6018/analesps.472201>
- Reyes-Ruiz, L., Carmona-Alvarado, F., Pacheco-Ariza, A., & Sánchez-Villegas, M. (2024). Apoyo Social Percibido, Depresión y Ansiedad En Estudiantes de una Institución Técnica y Tecnológica del Departamento del Atlántico-Colombia. *Búsqueda*, 11(2).  
<https://doi.org/10.21892/01239813.735>
- Rincón-Uribe, F. A., Neira-Espejo, C. A., & Pedroso, J. D. S. (2022). The role of optimism in adolescent mental health: A systematic review. *Journal of Happiness Studies*, 23(2), 815–845.

<https://doi.org/10.1007/s10902-021-00425-x>

Rodríguez, A., & Fernández, A. (2014). Relación entre el tiempo de uso de las redes sociales en internet y la salud mental en adolescentes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 131–140.

<https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.13>

Rojas-Ruiz, G., Alemany-Arrebola, I., & Mingorance-Estrada, A. (2024). Coping and well-being in university students: Sex and cultural differences. *Frontiers in Education*, 9, 1510416. <https://doi.org/10.3389/feduc.2024.1510416>

Roldán-Espinola, L., Riera-Serra, P., Roca, M., García-Toro, M., Coronado-Simsic, V., Castro, A., Navarra-Ventura, G., Vilagut, G., Alayo, I., Ballester, L., Blasco, M., Almenara, J., Cebria, A., Echeburúa, E., Gabilondo, A., Lagares, C., Piqueras, J., Soto-Sanz, V., Mortier, P., ... Gili, G. (2024). Depression and lifestyle among university students: A one-year follow-up study. *The European Journal of Psychiatry*, 38, 100250.

<https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2024.100250>

Romero, R. H., Van Der Meulen, K., Granizo, L., Del Barrio, C., Puyol, P., Lara, L., & Olmos, R. (2025). Interpersonal Risk and Protective Factors for Adolescents' Psychosocial Wellbeing in Secondary Education: A Latent Profile Analysis. *Psychosocial Intervention*, 34(2), 117-135.

<https://doi.org/10.5093/pi2025a10>

Romero Acevedo, J. H., Reyes Narvaez, S. E., & Oyola Canto, M. S. (2025a). Salud mental en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Revista Cubana De Investigaciones Biomédicas*, 44.

<https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/3626>

- Royuela, R. A., & Macías, F. J. (1997). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*, 9(2), 81–94.
- Ruvalcaba Arredondo, L., Ríos Rodríguez, L. del C. ., & Carmona, A. (2022). Utilización de redes sociales por estudiantes mexicanos. *Acta Universitaria*, 32, 1–14.  
<https://doi.org/10.15174/au.2022.3380>
- Salas, A. (2022). *Riesgos psicosociales de estudiantes adolescentes y jóvenes adultos en el ambiente educativo iberoamericano* [Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC.  
<https://hdl.handle.net/20.500.12494/47125>
- Sanabria-Mazo, J. P., Gómez-Acosta, A., Annicchiarico-Lobo, J., Luciano, J. V., & Sanz, A. (2024). Psychometric properties of the Perceived Stress Scale-4 (PSS-4) in a Colombian sample: Onefactor, two-factor, or method effects? *Revista Latinoamericana de Psicología*, 56, 24–34.  
<https://doi.org/10.14349/rlp.2024.v56.3>
- Sánchez-Bañuelos, F. (1996). *La actividad física orientada hacia la salud*. Biblioteca Nueva.
- Santomauro, D. F., Mantilla-Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., & Whiteford, H. A. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología: Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada* (B. C. Nuding-Fleischmann & M. G. Martínez-Gay, Trads.; 11.<sup>a</sup> ed.). Pearson Educación.

- Sarokhani, D., Delpisheh, A., Veisani, Y., Sarokhani, M. T., Manesh, R. E., & Sayehmiri, K. (2013). Prevalence of depression among university students: A systematic review and meta-analysis study. *Depression Research and Treatment*, 2013, 373857. <https://doi.org/10.1155/2013/373857>
- Saruhanjan, K., Zarski, A. C., Bauer, T., Baumeister, H., Cuijpers, P., Spiegelhalder, K., & Ebert, D. D. (2021). Psychological interventions to improve sleep in college students: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Sleep Research*, 30(1), e13097. <https://doi.org/10.1111/jsr.13097>
- Shannon, H., Bush, K., Villeneuve, P. J., Hellemans, K. G., & Guimond, S. (2022). Problematic social media use in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 9(4), e33450. <https://doi.org/10.2196/33450>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl. 20), 22–33.
- Sheldon, E., Simmonds-Buckley, M., Bone, C., Mascarenhas, T., Chan, N., Wincott, M., Gleeson, H., Sow, K., Hind, D., & Barkham, M. (2021). Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 287(1), 282–292. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.054>
- Sinha R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 105–130.

<https://doi.org/10.1196/annals.1441.030>

Sotaquirá, L., Backhaus, I., Sotaquirá, P., Bernal, R., Galeano, J. J., Mejia, N., La Torre, G., M., E., Suárez, D. E., Duperly, J., & Ramirez Varela, A. (2022). Social Capital and Lifestyle Impacts on Mental Health in University Students in Colombia: An Observational Study. *Frontiers in Public Health*, 10, 840292.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.840292>

Soto, I. & Zuñiga, A. (2021). Depresión, ansiedad y estrés de universitarios en tiempos de COVID-19: Uso de escala DASS-21. *Espíritu Emprendedor TES*, 5(3), 45–61.

<https://doi.org/10.33970/eetes.v5.n3.2021.263>

Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213–240.

<https://doi.org/10.1037/a0028931>

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.

<https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282(18), 1737–1744.

<https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>

Suárez-Menéndez, A. & Bitar-Cabezas, J. (2025). Ansiedad Generalizada y Estrés Académico en Estudiantes Universitarios. *Estudios Y Perspectivas Revista Científica Y Académica*, 5(1), 1878–1892.

<https://doi.org/10.61384/r.c.a.v5i1.956>

Téllez, K. (2025). *La relación entre los estilos de vida y la depresión en estudiantes universitarios* [Trabajo de grado, Universidad del Rosario]. Repositorio Institucional Universidad del Rosario.

<https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/46275>

Thomas, R. (2019). College student peer aggression: A review with applications for colleges and universities. *Aggression And Violent Behavior*, 48, 218-229.

<https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.08.013>

Torres Moya, O. R., & Prieto Alvarado, F. E. (2018). Evaluación de la estructura del componente regular de los programas departamentales de hábitos y estilos de vida saludable, Colombia, 2014-2015. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17 (34), 54-68.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.esrc>

Trejos-Herrera, A. M., Bahamón, M. J., Alarcón-Vásquez, Y., Vélez, J. I., & Vinacciac, S. (2018). Validity and reliability of the multidimensional scale of perceived social support in colombian adolescents. *Psychosocial Intervention*, 27(1), 56–63.

<https://doi.org/10.5093/pi2018a1>

Ulloa, R., Díaz, R., Mora, H., Sánchez, L., Apiquian, R., Olvera, D., De la Peña, F., Rosetti, M., Palacios, L., Mayer, P. & Palacio, J. (2024). 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 Mental*, 47(2), 73–82.

<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2024.009>

UNESCO. (2022). *Don't Look Away: No Place for Exclusion of LGBTI Students. Global Education Monitoring Report*. UNESCO.

<https://www.unesco.org/gem-report/en/publication/dont-look-away-no-place-exclusion-lgbti-students>

UNESCO. (2024). *Nuevo informe: apoyando la salud mental de los estudiantes de educación superior*. UNESCO IESALC.

<https://www.iesalc.unesco.org/es/articles/nuevo-informe-apoyando-la-salud-mental-de-los-estudiantes-de-educacion-superior>

Valentine, G., Wood, N., & Plummer, P. (2009). *La experiencia de personal y estudiantes lesbianas, gais, bisexuales y trans en la educación superior*. Equality Challenge Unit.

Van Orden, K., Wingate, L. R., Gordon, K. H., & Joiner, T. E. (2005). Interpersonal factors as vulnerability to psychopathology over the life course. En B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. Sage.

Vargas, A., Zúñiga, M. & Veytia, M. (2025). Análisis sobre salud mental en estudiantes universitarios y su relación con el rendimiento académico: una revisión sistemática. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 77–92.

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2025.n1.v1.2819>

Verduyn, P., Ybarra, O., Résibois, M., Jonides, J., & Kross, E. (2017). Do social network sites enhance or undermine subjective well-being? A critical review. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 274–302.

<https://doi.org/10.1111/sipr.12033>

Vestergaard, C. L., Skogen, J. C., Hysing, M., Harvey, A. G., Vedaa, Ø., & Sivertsen, B. (2024). Sleep duration and mental health in young adults. *Sleep Medicine*, 115, 30-38.

<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.01.021>

- Villa-Orozco M., Gómez-Ramos J., & Rodríguez-Sepúlveda G. (2023). Comparación de las respuestas de ansiedad, depresión y estrés en dos grupos de estudiantes universitarios. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 17(2). 83-97.  
<https://doi.org/10.21500/19002386.646>
- Vinaccia, S., & Ortega, A. (2021). Variables asociadas a la ansiedad-depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 19.  
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy19.vaad>
- Vizcaino, M., Buman, M., Desroches, C. T., & Wharton, C. (2019). Reliability of a new measure to assess modern screen time in adults. *BMC Public Health*, 19(1), 1386.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7745-6>
- Vogel, E., Rose, J., Roberts, L., & Eckles, K. (2014). Social Comparison, Social Media, and Self-Esteem. *Psychology of Popular Media Culture*, 3, 206–222.  
<https://doi.org/10.1037/ppm0000047>
- Wang, H., Bragg, F., Guan, Y., Zhong, J., Li, N., & Yu, M. (2023). Association of bullying victimization with suicidal ideation and suicide attempt among school students. *Journal of Affective Disorders*, 323, 361–367.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.087>
- Wang, Z., Dou, Y., Yang, X., Guo, X., Ma, X., Zhou, B., & Zhang, W. (2025). Global, regional, and national burden of mental disorders among adolescents and young adults, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Translational Psychiatry*, 15(1).  
<https://doi.org/10.1038/s41398-025-03623-w>

- Williams Institute. (2020). *Stress, health, and well-being of LGBT people in Colombia: Results from a national survey*. UCLA School of Law.  
<https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/lgbt-colombia/>
- Yang, C., Chen, A. & Chen, Y. (2021) College students' stress and health in the COVID-19 pandemic: The role of academic workload, separation from school, and fears of contagion. *PLOS ONE* 16(2): e0246676.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246676>
- Yang, J., Fu, X., Liao, X., & Li, Y. (2020). Association of problematic smartphone use with poor sleep quality, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 284, 112686.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112686>
- Yeo, Z. Z., & Suárez, L. (2022). Validation of the mental health continuum short form: The bifactor model of emotional, social, and psychological well-being. *PLoS ONE*, 17(5 May).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268232>
- Zapata-Martínez, A., Rodríguez-Vargas, M., Salgado-Valencia, M. & Naranjo-Londoño, C. (2024). Salud mental en jóvenes universitarios: reflexiones sobre familia, cuerpo y emociones. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 22(3), 255-282.  
<https://doi.org/10.11600/rlcsnj.22.3.6640>
- Zhang, S. X., Batra, K., Xu, W., Liu, T., Dong, R. K., Yin, A., & Chen, J. (2022). Mental disorder symptoms during the COVID-19 pandemic in Latin America: A systematic

review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e23.

<https://doi.org/10.1017/S2045796021000767>

Zhou, J., Li, X., Zhu, D., & Gong, X. (2023). Cyber-victimization and Suicidal Ideation in Adolescents: A Longitudinal Moderated Mediation Model. *Journal of youth and adolescence*, 52(1), 122–133.

<https://doi.org/10.1007/s10964-022-01670-w>

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.

[https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)