

ESTUDIO

n.º 004

Factores que influyen
en el estado emocional
de los beneficiarios de
primer año de Beca 18,
convocatoria 2023

Octubre de 2024



Estudio: Factores que influyen en el estado emocional de los beneficiarios de primer año de Beca 18, convocatoria 2023

Ministro de Educación:
Morgan Niccolo Quero Gaime

Viceministra de Gestión Institucional:
Cecilia Del Pilar García Díaz

Directora Ejecutiva de Pronabec:
Alexandra Ames Brachowicz

Director de la Oficina de Planificación y Presupuesto:
Dante Javier Beltran Arias

Directora de Unidad de Estudios Sociales e Investigación:
Lucía del Rosario Espezúa Berríos

Elaboración y revisión:
Oscar Ñiquen Lasteros
Camilo José Quintana Castro

Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo (Pronabec)
Ministerio de Educación
Avenida Arequipa 1935-Lince, Lima, Perú
www.gob.pe/pronabec



Resumen

El estudio exploró los factores que influyen en el estado emocional de los beneficiarios de Beca 18, enfocándose en la sintomatología de depresión, de ansiedad y de estrés. Utilizando un modelo de regresión logística ordinal (en específico, un modelo de *odds* proporcionales), se analizaron variables individuales, familiares y contextuales. Los resultados revelan que las mujeres son más propensas a experimentar estos síntomas. Además, factores como dificultades para dormir, problemas de salud física incrementan el riesgo de presentar sintomatología de depresión, ansiedad y de estrés. Los factores psicológicos, como la perseverancia y la asertividad, actúan como factores protectores. En el ámbito familiar, brindar apoyo económico a sus familias y la pérdida de personas cercanas elevan los niveles de sintomatologías de ansiedad y de depresión. Los beneficiarios que viven en barrios percibidos como inseguros muestran mayores niveles de estrés. El estudio recomienda fortalecer las estrategias de acompañamiento y apoyo emocional, la focalización de estrategias en beneficiarios con mayor riesgo, y promover una atención integral que incluya alianzas con otros sectores.

Índice

1. Introducción	6
2. Marco conceptual	7
Sintomatología de ansiedad, de depresión y de estrés	7
Determinantes de la salud mental	8
3. Evidencia empírica	10
Factores asociados en la población general.....	10
Factores asociados en estudiantes universitarios	13
Factores asociados en estudiantes universitarios de Perú	15
4. Metodología	15
Bases de datos	15
Plan de análisis de datos.....	17
5. Resultados	18
Estadísticos descriptivos	18
Modelos de regresión logística ordinal proporcional	21
Características individuales.....	21
Características de la familia y comunidad	28
Características contextuales	33
Limitaciones	34
6. Conclusiones	34
7. Recomendaciones	35
Acciones desde el PRONABEC	35
Fortalecimiento de estrategias para el acompañamiento a los beneficiarios	35
Fortalecimiento de actividades sobre promoción de la salud.....	35
Focalización de acciones de soporte emocional para beneficiarios en riesgo	36
Realización de estudios complementarios	36
Acciones de colaboración institucional	37
Asegurar la calidad educativa de las instituciones de educación básica	37
Alianzas con el Ministerio de Salud.....	37
Promoción de la atención integral a los hogares pertenecientes a la población objetivo del PRONABEC	38
Referencias	39
Anexos	46

Índice de gráficos

Gráfico 1. Determinantes de la salud mental por dimensiones.....	10
--	----

Índice de tablas

Tabla 1. Promedio de puntuaciones en las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés según variables de interés a nivel individual, familiar-comunitario y contextual.....	19
Tabla 2. Estimación de la posibilidad de presentar algún grado de sintomatología de depresión, ansiedad o estrés, mediante modelos de odds proporcionales.....	22

1. Introducción

El acceso a la educación superior plantea una serie de desafíos para los estudiantes. Más allá de las presiones académicas comunes, los estudiantes tradicionales¹ se enfrentan a responsabilidades asociadas con la transición a la adultez, las cuales pueden presentarse antes de que estén completamente preparados en términos de madurez cognitiva, desarrollo socioemocional y habilidades necesarias en esta etapa. Estas responsabilidades implican, pero no se limitan a, asumir mayor autonomía, gestionar eficazmente el tiempo y sus finanzas, y cuidar de su salud (Pedrelli et al., 2015). Tales exigencias pueden tener un impacto negativo en su estado emocional, e incrementar el riesgo de desarrollar trastornos mentales.

La evidencia señala que los problemas de salud mental son comunes entre los estudiantes de educación superior. Un estudio de Auerbach et al. (2018), a partir de la Encuesta de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud realizada en 19 universidades de ocho países de diferentes niveles de ingreso, identificó la presencia de al menos un trastorno mental en 31.4% de universitarios de entre 18 y 22 años, en los últimos 12 meses. Entre los problemas de salud mental identificados con mayor frecuencia fueron los trastornos de ansiedad y los episodios de depresión.

Los trastornos de ansiedad se relacionan con la experimentación de miedo o preocupaciones excesivas ante situaciones específicas, ya sean estímulos internos, como un ataque de pánico, o sucesos del entorno, como un evento social, así como ante una gama diversa de situaciones cotidianas. Mientras tanto, los episodios de depresión se caracterizan por un sentimiento de tristeza constante, falta de energía y una pérdida de interés en realizar actividades. Al respecto, una investigación que incluyó datos de Asia, Europa y Norteamérica reveló, mediante un análisis centrado en 100 187 estudiantes universitarios, que el 33.6% presentaba síntomas de depresión y el 39.0% mostraba síntomas de ansiedad (Li et al.; 2022).

La mayoría de los problemas de salud mental tienen su origen y alcanzan su punto máximo antes de la adultez. Kessler (2007) indica que tres de cada cuatro personas experimentan un trastorno mental antes de cumplir los 25 años, lo que puede coincidir con el paso por la educación superior. Se debe destacar que el inicio temprano de cualquier trastorno mental se relaciona con consecuencias perjudiciales a largo plazo, como la persistencia y gravedad de los síntomas, así como la coexistencia con otros trastornos mentales (Ramsawh et al., 2011).

Sumada a esta situación en los estudiantes de educación superior, es necesario considerar las características particulares de los beneficiarios de Beca 18, jóvenes estudiantes que se encuentran en una posición de vulnerabilidad. Ello porque las condiciones sociales y económicas en las que el individuo se encuentra influyen en la presentación de problemas de salud mental (Lund et al., 2018). Particularmente, dentro de países de ingresos bajos y medios, la literatura observa una relación entre trastornos mentales y diferentes indicadores de pobreza, como son falta de acceso a servicios básicos, bajos niveles de ingresos o desempleo (Das et al., 2007).

¹ Los estudiantes de educación superior tradicionales se definen como aquellos que cumplen con ciertas características típicas de la población estudiantil, incluyendo la edad normativa para realizar sus estudios y estudia a tiempo completo. Asimismo, no cuenta con hijos y no se encuentra trabajando.

La literatura ha identificado que los problemas de salud mental pueden tener consecuencias negativas tanto en el campo académico como en el personal. Estos problemas aumentan la probabilidad de deserción estudiantil (Kessler, 1995; Hjorth et al., 2016). En el contexto estadounidense, Mojtabai et al. (2015) identificaron que los trastornos mentales representaban entre el 3.2% y el 11.4% de los casos de abandono universitario. Además, los problemas de salud mental se asocian con una disminución en el avance académico y en el desempeño académico (Wyatt et al., 2017; Bruffaerts et al., 2018). Por otra parte, estos afectan negativamente al empleo y la participación en el mercado laboral (Das et al., 2009; Alaie et al., 2022), y reducen el número de semanas trabajadas y aumentan el absentismo laboral (Banerjee et al., 2015).

Por tanto, la prevalencia de problemas de salud mental entre los beneficiarios del Programa puede comprometer su éxito académico y desarrollo personal, haciendo relevante investigar los factores que influyen en la manifestación de los problemas de salud mental más frecuentes. Ello para brindar servicios ajustados a sus necesidades y acordes a los objetivos de PRONABEC, que van más allá del mero acceso a promover la conclusión satisfactoria de la educación superior.

El documento se estructura en nueve secciones, incluida esta introducción. La segunda parte está dedicada a abordar el marco conceptual pertinente al objetivo del estudio. Luego, en la tercera parte, se describe la literatura empírica relacionada a los factores asociados con la presencia de sintomatología. En la cuarta parte se describe la metodología utilizada para el estudio. En la quinta parte del documento se presentan los resultados de los análisis. Posteriormente, en la sexta y séptima partes se presentan las conclusiones y recomendaciones con referencia a los hallazgos principales, respectivamente.

2. Marco conceptual

Sintomatología de ansiedad, de depresión y de estrés

La sintomatología refiere a un conjunto de experiencias subjetivas y señales relacionados a trastornos mentales (Tataje, 2013). Ello comprende alteraciones relevantes y persistentes en la cognición, el afecto o el comportamiento de una persona (Belloch et al., 2020). Comúnmente, estas alteraciones se manifiestan en conjunto con malestar emocional o limitaciones en otras esferas vitales, incluyendo el área laboral o educativa.

Mientras que la sintomatología puede ser evaluada a través de escalas o herramientas de reporte, los trastornos mentales como categorías clínicas requieren un diagnóstico realizado mediante una evaluación individual por profesionales especializados. En esa línea, la sintomatología podría ser indicativa de malestar psicológico y el riesgo de desarrollar un trastorno mental, pero no equivaldría al mismo (Herrero & García, 2007).

Con referencia a la sintomatología particular a esta investigación, se parte de la propuesta construida por Lovibond y Lovibond (1995) para diferenciar tres categorías de sintomatología concretas, las cuales se vinculan con trastornos mentales frecuentes, incluyendo trastornos de ansiedad y de afecto. El interés por estos cuadros sintomatológicos adquiere mayor importancia dado que la evidencia indica una tendencia a la presentación conjunta de los mismos, así como el incremento de riesgo de desarrollar

otros problemas de salud mental, incluyendo el abuso de alcohol y riesgo de suicidio (Román et al., 2016).

En primer lugar, la sintomatología de depresión refiere a un conjunto de experiencias que incluyen un estado de ánimo triste que persiste en el tiempo, desesperanza sobre el futuro, sensación de falta de sentido, sentimientos de menor valía, falta de interés, anhedonia o dificultad para experimentar placer, y falta de energía o motivación (Lovibond & Lovibond, 1995).

En segundo lugar, la sintomatología de ansiedad considera experiencias subjetivas y somáticas de miedo. Por una parte, se incluye la activación autonómica, como el incremento de la tasa cardíaca, sudoración, sequedad en la boca, dificultad para respirar; así como los efectos musculares, como temblores en manos y piernas. Por otra, esta sintomatología también contempla ansiedad antes situaciones particulares, en específico el miedo a ataques de pánico y el temor ante el juicio de otros; y la experiencia subjetiva de afecto ansioso como puede ser la sensación de pánico y el miedo sin justificación aparente (Lovibond & Lovibond, 1995).

En tercer lugar, la sintomatología de estrés comprende experiencias como la activación persistente no específica, dificultad para relajarse, sensación de tensión o nervios, irritabilidad e impaciencia (Lovibond & Lovibond, 1995).

Es conveniente precisar que las emociones y experiencias asociadas a los términos de ansiedad, depresión y estrés son comunes a los estados emocionales negativos experimentados típicamente por las personas, formando parte de la gama de emociones negativas que todas las personas experimentan en algún momento. La presencia de estas experiencias no necesariamente sugiere algún problema de salud mental, sino más bien radica en la frecuencia e intensidad de las experiencias. Es decir, los mayores niveles sugerirían la presencia de problemas de salud mental o el riesgo de desarrollarlos (Clark & Watson, 1991). Por lo tanto, se puede entender que la línea que separa las experiencias emocionales negativas normales de aquellas que indican problemas de salud mental es fundamentalmente una cuestión de grado.

Determinantes de la salud mental

Desde la literatura especializada, se identifica la necesidad de una comprensión multifactorial de la salud mental, la cual está influenciada por una amplia gama de factores: biológicos, sociales, psicológicos, contextuales y de comportamiento (Doré et al., 2024; Dykxhoorn et al., 2022; Golberstein & Busch, 2014). Por ello, es común que se sugiera comprender los determinantes a partir de marcos multiniveles, con la intención de agrupar los factores según categorías más amplias. De acuerdo con lo hallado por Handerer et al. (2022), no existe un acuerdo sobre la cantidad o tipos de categorías. Las categorías identificadas en los marcos varían según cada autor, encontrándose desde planteamientos con solo dos (por ejemplo, individual y social) hasta otros con cinco categorías (por ejemplo, individual, familiar, comunitario, estructural y poblacional).

Se debe precisar que estas clasificaciones son construidas con propósitos de organización, para facilitar el entendimiento de información. Una categorización muy limitada o amplia puede tener detrimentos para estos fines. En ese sentido se propone seguir en línea con

una categorización de tres niveles, en congruencia con el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2022).

Una primera dimensión enmarcaría a las características y conductas individuales. Dentro de este conjunto, se encontrarían las habilidades y aptitudes que tiene la persona para lidiar con sus experiencias y afrontar su vida diaria. Estos atributos pueden ser innatos o desarrollados lo largo de la vida. Asimismo, esta dimensión también involucraría las capacidades para lidiar con el mundo social de manera efectiva, tales como la participación en las actividades sociales, la toma de responsabilidades y el respeto por la visión de los otros (WHO, 2012; 2022)

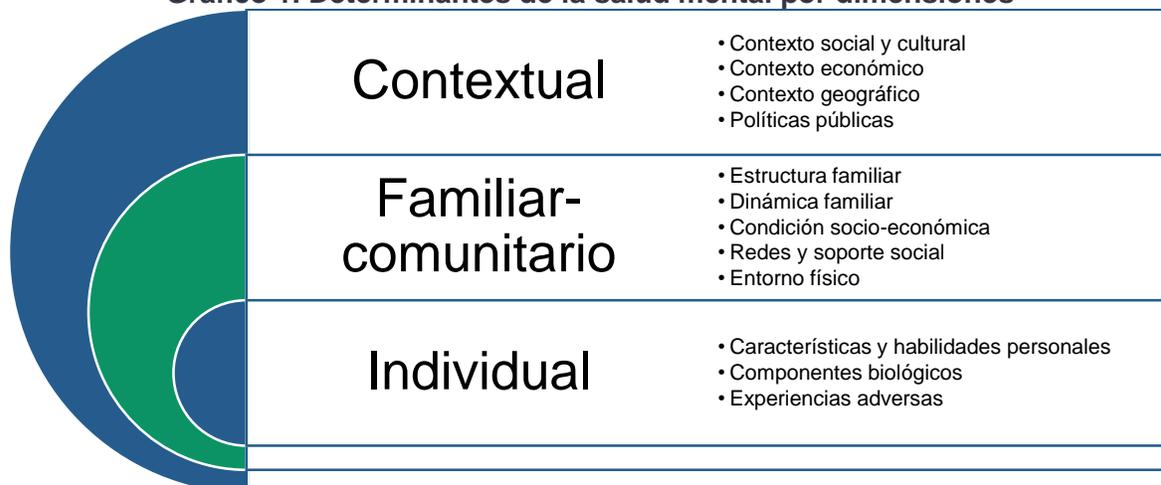
Además, esta dimensión incluye los factores biológicos, como condiciones de salud presentes desde el nacimiento o las que se desarrollan después. En esta categoría también estarían incluidos los componentes genéticos, como son las alteraciones en los cromosomas o los genes compartidos que pueden aumentar la propensión al desarrollo de determinados trastornos mentales (Dyxhoorn et al., 2022; WHO, 2012). La salud mental también depende de los estresores a los que esté expuesto el individuo en el transcurso de su vida, los cuales se encuentran fuertemente influenciados por factores a nivel familiar, de comunidad y del contexto amplio (WHO, 2022).

Las dimensiones faltantes están fuertemente vinculadas con lo que algunos autores describen como determinantes sociales, los cuales se definen como las circunstancias que rodean el desarrollo del individuo, es decir, las condiciones que se encuentran en el entorno de la persona a lo largo de su vida (Lund et al., 2018; Silva et al., 2016). Tales condiciones abarcan factores que se encuentran próximos al individuo, incluyendo la familia, el contexto educativo y laboral, y la comunidad donde la persona se desenvuelve, y factores distales, como son el contexto político, social y económico.

En línea con lo anterior, la segunda dimensión de factores, la familia y comunidad del individuo, refiere a su ambiente inmediato de interacción (WHO, 2022; Kirkbride, 2024). Respecto al hogar, debe tomarse en cuenta su composición, así como la calidad de interacción entre sus miembros, incluyendo la conexión familiar, el estilo de crianza, el apego parental, entre otros. Asimismo, la literatura sugiere que las desventajas sociales y económicas, como limitaciones en la educación, ocupación e ingresos, influyen de manera negativa en la salud mental de las personas (Lund et al., 2018). Aquellos individuos con un estatus social menor tienen mayores riesgos para su salud en comparación con los de mayor estatus debido a las diferencias en el acceso a recursos y oportunidades. Del mismo modo, el ambiente social y físico, que incluye las redes de apoyo, la cohesión e inclusión comunitaria, así como la seguridad y las condiciones del entorno físico, poseen un rol importante (WHO, 2022, Allen et al., 2014).

Por último, los factores estructurales más amplios, que abarcan las condiciones sociales, culturales, económicas, políticas y geográficas, ejercen una influencia relevante sobre la salud mental de las personas. Estos factores que se encuentran en el contexto más amplio de la persona componen la tercera dimensión (WHO, 2012; 2022).

Gráfico 1. Determinantes de la salud mental por dimensiones



Basado en WHO (2022) y Dyxhoorn et al. (2022).

3. Evidencia empírica

Con referencia a la literatura empírica, las investigaciones no siempre analizan los factores asociados a la sintomatología de depresión, de ansiedad, y de estrés de manera conjunta. En algunas ocasiones se concentran únicamente en dos o una de las sintomatologías. Por otra parte, se observa una mayor concentración de investigación en países de ingresos altos o desarrollados (Cash-Gibson et al. 2018). Sin embargo, en la presente revisión se ha procurado abordar los resultados de investigaciones en otros contextos, incluyendo estudios en África, Asia y Latinoamérica.

Factores asociados en la población general

En relación con la exploración de factores asociados a sintomatología de depresión, de ansiedad y de estrés, Mizraei et al. (2019) y Amu et al. (2021) llevaron a cabo estudios en Irán y Ghana, con el fin de determinar los principales factores asociados.

Mizraei et al. (2019) realizaron un estudio en una región de Irán que exploró la prevalencia de sintomatología de ansiedad, de depresión y de estrés en población adulta y los factores asociados. Se ejecutaron pruebas de chi cuadrado en relación con variables categóricas para analizar la diferencia de los niveles según factores sociodemográficos. En relación con la edad, se encontró que la prevalencia y severidad de sintomatología de depresión y de ansiedad era mayor para los adultos mayores (entre 60 y 69 años) en comparación con los jóvenes (entre 20 y 29 años). No obstante, los síntomas de estrés eran mayores dentro del grupo de jóvenes entre 20 y 29 años en comparación con grupos mayores (de 30 años a más). Por otra parte, la presencia de los tres cuadros sintomatológicos fue significativamente mayor en el grupo de individuos con educación primaria o inferior, lo que subrayaba la relevancia del nivel educativo como factor protector ante la presencia de estos síntomas. Además, la comparación entre el grupo de personas empleadas y el de desempleadas evidenció una mayor prevalencia de las sintomatologías de ansiedad, de depresión y de estrés en este último grupo. Así, las oportunidades educativas y laborales mostraron su relevancia para la salud mental de los individuos. Por otro lado, el grupo que no contaba con seguro de salud también poseía una mayor probabilidad de contar con estos diferentes cuadros sintomatológicos. Adicionalmente se encontraron diferencias según la

religión, siendo que el grupo que contaba con la religión menos común² presentaba una mayor proporción de personas con sintomatología de ansiedad, de depresión y de estrés.

Amu et al. (2021) llevaron a cabo un estudio sobre predictores de sintomatología de depresión, de ansiedad y de estrés, con base en una muestra de adultos de una región de Ghana. Para ello, realizaron análisis a través de regresiones logísticas para identificar los predictores de los diferentes síntomas. En contraste con otra literatura (Silva et al. 2016; WHO, 2022; Kirkbride et al., 2024), no se observaron diferencias según el género de las personas para los cuadros sintomatológicos de depresión y de ansiedad, aunque sí se identificó una mayor probabilidad de sintomatología de estrés para mujeres. Tampoco se identificó diferencias según rangos etarios, sugiriendo que no existía una asociación entre la edad de los individuos y el riesgo de presentar alguna sintomatología. En cuanto a oportunidades educativas, en congruencia con otros estudios, se halló un vínculo entre un mayor nivel de educación y una menor probabilidad de presentar sintomatología de depresión, de ansiedad y de estrés. Por otro lado, la mayoría de categorías de empleo (agricultura, ventas y servicio, labores manuales) tenían menor probabilidad de presentar sintomatología de depresión, en comparación con encontrarse desempleado. Además, un nivel elevado de ingresos también estaba asociado con un menor riesgo de presentar las diferentes sintomatologías. Este estudio también indagó respecto a factores relacionados con la salud de la persona. No se observó algún patrón entre los síntomas de depresión y de estrés y variables como un estado hipertensivo, consumo de cigarrillos o consumo de alcohol. En el caso de la sintomatología de ansiedad, se observó una mayor probabilidad de experimentar este cuadro en aquellos individuos que reportaban consumo alcohol. Adicionalmente, se observó un mayor riesgo de sintomatología de depresión y de ansiedad únicamente en una etnia minoritaria en particular.

También existen otros estudios que han explorado sobre factores asociados a la sintomatología de depresión y la sintomatología de ansiedad generalizada, esta última es un tipo de sintomatología de ansiedad específica que involucra principalmente preocupaciones excesivas y persistentes presentes en los diferentes ámbitos de la vida de la persona (Levecque, 2007; Cheah et al., 2020). Asimismo, otras investigaciones se han enfocado únicamente en la sintomatología de depresión (Strine et al., 2008; Hernández-Vásquez et al., 2020).

Levecque (2007) realizó un análisis de los factores asociados a sintomatología de ansiedad generalizada y de depresión en población general de Bélgica con base en una encuesta de salud nacional. A través de un modelo de regresión logística identificó variables individuales de relevancia. El sexo se muestra como un factor relevante, al ser las mujeres quienes contaban con una mayor propensión de presentar sintomatología de ansiedad generalizada y de depresión que los varones. Por otro lado, no se halló una asociación entre la edad de las personas y la presencia de sintomatología de ansiedad generalizada o de depresión. En relación con el hogar, se identificó que las personas que vivían con otros miembros de la familia, como son pareja e hijos, mostraban una menor probabilidad de presentar sintomatología de depresión. Se planteó que ello podría deberse a la interacción positiva que se genera en el ambiente del hogar. El autor identificó además que las oportunidades a nivel educativo y laboral poseen una relación inversa con los cuadros sintomatológicos de ansiedad generalizada y de depresión. Se identificó una menor probabilidad de presentar sintomatología de ansiedad generalizada para aquellos con nivel educativo medio o

² La religión más común era la musulmana, mientras que la otra religión, con considerable menor proporción (2.38), era la zoroástrica.

superior en comparación con un nivel bajo o sin nivel. Por su parte, se halló que las personas con empleo cuentan con menor riesgo de contar con sintomatología de ansiedad y de depresión. Sin embargo, no se observaron diferencias en la probabilidad de presentar alguno de los cuadros sintomatológicos según la condición de pobreza a nivel monetario. Asimismo, en referencia al área geográfica, tampoco se identificó una asociación entre la sintomatología y la ubicación en un entorno urbano o rural.

Cheah et al. (2020) exploraron los factores sociodemográficos y de salud asociados con la sintomatología de ansiedad generalizada y de depresión en población adulta de Malasia, a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Morbilidad. Con esos fines, se usó un modelo de regresión *probit*. Los autores identificaron que características como contar con menor edad o ser mujer se asociaban con una mayor probabilidad de reportar sintomatología de depresión y de ansiedad generalizada. Asimismo, se identificó que ciertas minorías étnicas eran más proclives a poseer sintomatología de depresión y de ansiedad generalizada. Por otra parte, no se encontró asociación de ninguna de las sintomatologías con los ingresos o con el desempleo de los individuos. Respecto al área de salud, el estudio no identificó una relación de los síntomas con la realización de actividad física o con el consumo de tabaco. Sin embargo, sí se observó que la salud percibida poseía un vínculo con la sintomatología tanto de ansiedad como de depresión. Existía un menor probabilidad de contar con sintomatología cuando se evaluaba la salud como buena o neutra, en comparación con una evaluación negativa. En referencia a la educación, sí se encontró una menor probabilidad de presentar sintomatología de depresión a mayor nivel educativo, aunque no para el caso de sintomatología de ansiedad. Se sugería que la educación mejoraría el conocimiento sobre las consecuencias de los problemas de salud, así como estrategias para promover la salud. A nivel de hogar, se observó que contar con una pareja disminuía la probabilidad de presentar síntomas de ansiedad y de depresión. Por otra parte, el número de integrantes de la familia no se asoció con los síntomas.

Por otra parte, en el contexto estadounidense, Strine et al. (2008) indagaron sobre los factores asociados a los síntomas de depresión a partir de una Encuesta de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductuales. Ello a través de un modelo de regresión logística. En congruencia con la literatura, se encuentra un mayor riesgo de presencia de síntomas de depresión en las mujeres. Respecto a la edad, se halla que las personas con mayor edad (55 años a más) poseen un menor riesgo de presentar síntomas de depresión. Respecto a las oportunidades laborales y educativas, se identifica un menor riesgo de presentar síntomas de depresión según la persona cuente con un mayor nivel educativo. Además, se halla un mayor riesgo de síntomas de depresión para aquellas personas desempleadas o aquellas incapacitadas para poder trabajar, en comparación con las personas que se encontraban empleadas. Por otra parte, los resultados del estudio no encontraron diferencias de la probabilidad de presentar síntomas de depresión según la etnicidad de la persona.

En el contexto peruano, Hernández-Vásquez et al. (2020) examinaron los factores vinculados a los síntomas de depresión utilizando los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. A través de un enfoque de regresión logística ordinal, los investigadores exploraron aspectos individuales y demográficos. Se encontró que las mujeres exhiben una mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos en comparación con los hombres. Asimismo, se identificó que los grupos de edad más avanzada muestran una probabilidad incrementada de sufrir estos síntomas, sugiriendo que la edad actúa como un factor de riesgo. En cuanto al nivel educativo, se determinó que la educación secundaria y superior funcionan como factores protectores, en contraste con la educación no formal. Además,

aquellos con mayores ingresos exhiben una menor probabilidad de manifestar síntomas de depresión. Respecto al ámbito de salud, se encontró una relación significativa entre condiciones como la diabetes, la presión arterial alta y la obesidad, y la presencia de síntomas de depresión. En relación a la geografía, los residentes en la región natural andina del país presentaron una probabilidad más elevada de síntomas depresivos. Sin embargo, no se evidenció una relación entre la ubicación urbana o rural y la probabilidad de sufrir estos síntomas.

Adicionalmente, Farooq et al. (2019) y Yimam et al. (2014) analizaron los factores asociados a la presentación de síntomas de depresión y ansiedad, de manera conjunta, en regiones de Pakistán y Etiopía, respectivamente. Ambos autores hallaron que las mujeres contaban con una mayor probabilidad de presentar los síntomas. De la misma manera, ambos estudios observan una asociación inversa entre el nivel educativo y la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión. En relación con el ámbito de salud, Yimam et al. (2014) identificaron que contar con una enfermedad crónica aumentaba la probabilidad de presentar síntomas de depresión y ansiedad. En la misma línea, Farooq et al. (2019) hallaron que aquellos individuos que presentaban más de cuatro enfermedades crónicas tenían una mayor probabilidad de contar con síntomas de ansiedad y depresión. El estudio de Yimam et al. (2014) también explora en relación con factores adicionales. En referencia con el hogar, se identifica que ser parte de una familia con una cantidad regular de familiares (3 a 5 personas) aumentaba la probabilidad de presentar síntomas, en comparación con familias más numerosas (6 a más personas). Asimismo, se encontró que la presencia de estresores, como el fallecimiento de personas cercanas, problemas en relaciones interpersonales, o dificultades económicas, se relacionaba con una mayor probabilidad de síntomas de ansiedad y depresión. Por último, en el ámbito social, un mayor nivel de soporte emocional reducía la probabilidad de presentar síntomas de ansiedad y depresión.

Factores asociados en estudiantes universitarios

Limone y Toto (2018) condujeron una revisión sistemática con el fin de explorar los factores que predisponían a los estudiantes de pregrado a presentar problemas psicológicos. Los autores incluyeron los hallazgos de 34 artículos. A nivel individual se identifican factores relevantes, algunos congruentes por lo hallado en la población general, como una mayor probabilidad de presentar problemas de salud mental para las mujeres. Asimismo, en referencia al nivel individual, existen características en torno a la salud y el ámbito académico que se asocian con la presencia de estos problemas. En concreto, se identifican dos características del estilo de vida relacionadas con la salud mental, el sueño insuficiente y el consumo excesivo de sustancias psicoactivas. En referencia al estado de salud, se observa que las enfermedades crónicas inciden en la presentación de problemas psicológicos. En adición, también se halla que las experiencias adversas tempranas predisponen al estudiante a presentar problemas de salud mental, como es el maltrato infantil o negligencia parental. En cuanto a factores académicos, se observa que el rendimiento académico disminuido, ser estudiante de carreras de salud y la falta de dominio de materias se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar problemas psicológicos. Respecto al nivel social, las desventajas sociales del hogar, identificados a través de los ingresos y el nivel educativo de los padres, y los antecedentes familiares de trastornos mentales son factores de riesgo. Por otro lado, el soporte social con el que cuente el estudiante será un factor protector.

Por otro lado, Mofatteh (2020) llevó a cabo una revisión para explorar los factores de riesgo vinculados al estrés, la ansiedad y la depresión entre estudiantes universitarios. De manera

adicional a lo hallado por Limone y Toto (2018), se identificaron otros factores asociados a estos problemas. A nivel individual, se identificó una asociación entre una baja autoestima y la probabilidad de experimentar sintomatología de ansiedad, depresión y estrés. Además, se identificó que la personalidad desempeñaba un papel en el desarrollo de los síntomas, con niveles más altos de neuroticismo y menor extraversión relacionados con un mayor riesgo. Adicionalmente, la soledad también se identificó como un factor que contribuye a estos problemas. En términos académicos, se encontró que la presión académica, las expectativas poco realistas sobre la universidad y carrera, la falta de dominio de las materias y el año de estudio también contribuyen a la aparición de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en esta población. A nivel social, la escasa interacción con la familia, la falta de participación en actividades sociales y el uso excesivo de redes sociales se identificaron como factores de riesgo significativos. Además, la pertenencia a una minoría étnica se asoció con una mayor probabilidad de presentar síntomas de ansiedad, depresión y estrés.

A nivel regional, Demenech et al. (2021) condujeron una revisión sistemática con el fin de identificar los factores asociados a la sintomatología de ansiedad generalizada y de depresión en estudiantes universitarios de Brasil. En cuanto a los factores asociados a la ansiedad generalizada, se identificó que la falta de acceso al soporte social y las dificultades para hacer amigos se asociaban con una mayor probabilidad de presentar sintomatología de ansiedad. Por otra parte, las dificultades en la adaptación y estudiar en una capital se correlacionaban con mayor probabilidad de presentar este cuadro sintomatológico, mientras que la evidencia no era concluyente para el año de estudio. Adicionalmente, el uso de medicamentos también aumentaba la probabilidad de presentar sintomatología de ansiedad generalizada.

En cuanto a la depresión, Demenech et al. (2021) identificaron que la falta de participación en actividades sociales y de ocio, la ausencia de acceso a apoyo psicológico, y la migración académica se relacionaban con la sintomatología de depresión. Por otro lado, estudiar en la capital del estado, estudiar en una institución pública, y ser parte de la facultad de medicina también se vincularon con este cuadro. Por otro lado, para el caso de la sintomatología de depresión sí observaron una asociación entre los años de estudio y la sintomatología de depresión, siendo que los estudiantes de años más avanzados presentaban una mayor probabilidad.

Por último, Peltzer y Pengpid (2015) llevaron a cabo un estudio centrado sólo en los síntomas de depresión, el cual incluyó una muestra de estudiantes universitarios de diversos países con ingresos medios y bajos. En su investigación, encontraron que el género femenino, la actividad religiosa, el soporte social percibido³ y el control personal estaban asociados con la presencia de síntomas depresivos. La edad y los ingresos del hogar no mostraron una correlación significativa. Además, las experiencias traumáticas, como la violencia física y sexual, se relacionaron con mayores niveles de depresión. Entre las conductas de salud, el consumo de tabaco, el uso excesivo de internet, los hábitos alimenticios, la duración del sueño (tanto un exceso como una insuficiencia) y las lesiones también se identificaron como factores que contribuyen a los síntomas depresivos.

³ El soporte social se define la disponibilidad para contar con otras personas que puedan proveer afecto, aprecio y apoyo (Sarason et al., 1983).

Factores asociados en estudiantes universitarios de Perú

En el contexto peruano, existe escasa evidencia que desarrolle la problemática de salud mental en los estudiantes de educación superior. Más aún, la literatura se encuentra focalizada en estudiantes de medicina (por ejemplo, Piscoya-Tenorio et al., 2023). Sin embargo, es importante tener en cuenta que este grupo de estudiantes posee características particulares debido a las actividades que implica el ámbito de atención sanitaria.

Vilchez-Cornejo et al. (2016) se enfocaron en explorar la relación entre la salud mental de estudiantes de medicina y la calidad de sueño, incluyendo la duración del sueño, el tiempo que la persona tarda en dormirse, dificultades para dormir, entre otros aspectos. Se identificó una relación inversa significativa entre la calidad de sueño y las puntuaciones de los estudiantes en la escala de depresión, ansiedad y estrés.

Por otro lado, en relación al estilo de vida, Arrascue y Quispe (2023) se enfocaron en evaluar el vínculo de síntomas de ansiedad generalizada y depresión con los niveles de actividad física. No se encontró una asociación entre estas variables. Por su parte, Osada-Liy et al. (2008) buscó indagar la relación del consumo de cafeína y su relación con sintomatología de ansiedad generalizada y de depresión. En el caso de la cafeína tampoco se observó una relación significativa con las variables de salud mental.

En adición, Vargas et al. (2017) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la influencia de los hábitos en los síntomas de depresión de los estudiantes de la carrera de medicina. En relación con el ámbito académico, se encontró una relación positiva entre las horas diarias dedicadas al estudio y la sintomatología de depresión. Por otro lado, los estudiantes que trabajaban tenían mayor probabilidad de presentar sintomatología de depresión. Respecto a la alimentación, aquellos que tenían un horario y un lugar para alimentarse tenían menor probabilidad de contar con síntomas de depresión.

4. Metodología

Bases de datos

Con el fin de poder analizar los diversos factores que influyen en la presencia de sintomatología de ansiedad, de depresión y de estrés se utilizaron cuatro fuentes de datos para el análisis llevado a cabo:

- Encuesta Inicial de Becarios (ENIBEC) del año 2023. ENIBEC es un censo realizado a los beneficiarios de Beca 18 en su etapa inicial, la cual permite tener información detallada sobre características individuales y del contexto en el cual viven. En concreto, se empleará la información concerniente a estresores, características demográficas, y el estado socioemocional del estudiante. En relación con los últimos elementos de información, se construyeron índices a partir de escalas psicométricas, específicamente, la escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (versión abreviada), la Escala de *Grit* (versión abreviada) y la Cuestionario de Habilidades Sociales.

La Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés, en su versión abreviada, está compuesta por 21 ítems en escala tipo Likert que evalúan experiencias relacionadas a síntomas de ansiedad, depresión y estrés durante las últimas dos semanas (Lovibond & Lovibond, 1995). Este instrumento tiene tres dimensiones acordes con los tres conjuntos de síntomas, siendo que cada dimensión posee 7 ítems. Asimismo, esta escala cuenta con umbrales establecidos para categorizar las puntuaciones en referencia a la intensidad y gravedad de las experiencias, sugiriendo la presencia de sintomatología y niveles de esta (leve, moderada, severa y extremadamente severa).

La Escala de *Grit* en su versión abreviada cuenta con 8 ítems en escala tipo Likert que miden la tendencia de la persona a persistir para conseguir metas de largo plazo (Duckworth & Quinn, 2009). Dicha escala cuenta con dos dimensiones: consistencia y perseverancia, las cuales poseen 4 ítems, respectivamente.

El Cuestionario de Habilidades Sociales contiene 26 ítems en escala tipo Likert, con el fin de valorar las habilidades del individuo para interactuar de manera efectiva con otras personas. Esta escala evalúa la competencia social en cuatro ámbitos concretos, relacionándose cada competencia con una dimensión de la escala: asertividad (6 ítems), empatía (7 ítems), compromiso (7 ítems) y autocontrol interpersonal (5 ítems)⁴.

- Sistema Integrado de Becas y Crédito Educativo (SIBEC). Este sistema cuenta con información demográfica sobre los beneficiarios, incluyendo el sexo, edad, región de procedencia, entre otros.
- Sistema de Información de Apoyo a la Gestión de la Institución Educativa (SIAGIE) del MINEDU: contiene información general de los centros educativos donde estudió el alumno, así como otros datos demográficos de relevancia como la lengua materna del estudiante e información sobre el nivel educativo alcanzado por los padres.
- Sistema de Focalización de Hogares del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social: contiene información general sobre características y composición del hogar de los beneficiarios, así como la condición socioeconómica.

Cabe precisar que el análisis se restringirá a aquellos alumnos que se encuentren en la modalidad ordinaria de Beca 18, es decir, jóvenes provenientes de hogares en situación de pobreza o pobreza extrema, egresados recientes de educación secundaria (tres últimos años), menores de 22 años y con alto rendimiento académico⁵. Ello es debido a que las otras modalidades incluyen rangos de edades más amplios, no cuentan con filtros según condición socioeconómica, así como difieren por otras características a la ordinaria.

⁴ Mayor detalle sobre la construcción y propiedades de estos índices en el Anexo 1.

⁵ Ubicados en el tercio superior de sus salones de los últimos años de educación secundaria

Plan de análisis de datos

En un primer lugar, se realizó un análisis descriptivo sobre la presencia de sintomatología de ansiedad, depresión y estrés presentadas por los estudiantes, para ello se considera los umbrales para diferenciar aquellos beneficiarios con sintomatología y aquellos sin sintomatología. Además, se identificó el promedio y desviación estándar de las puntuaciones en las escalas de depresión, ansiedad y estrés en función de los factores individuales, familiares, comunitarios y contextuales de interés.

En segundo lugar, con el objetivo principal de analizar la relación entre los diferentes factores y el grado de presentación de sintomatología en los beneficiarios, se llevaron a cabo tres análisis de regresión logística ordinal, uno para cada uno de los estados: ansiedad, depresión y estrés. Los modelos logísticos ordinales permiten examinar la relación entre diferentes variables independientes y las categorías ordinales de las variables dependientes, que en este caso corresponden a cuatro diferentes niveles de sintomatología: i) sin sintomatología, ii) sintomatología leve, iii) sintomatología moderada y iv) sintomatología severa o extremadamente severa.

Específicamente, se optó por utilizar modelos de *odds* proporcionales para presentar los resultados, dada su capacidad para modelar la probabilidad relativa entre las diferentes categorías de sintomatología de manera consistente a través de los diferentes niveles de la variable dependiente.

El modelo de *odds* proporcionales asume que existen puntos de corte que distinguen las diferentes categorías de la variable dependiente o de respuesta. Esto implica que el efecto de cada variable explicativa se mantiene constante a lo largo de todas las categorías de la variable dependiente, es decir, el coeficiente asociado a cada variable independiente no varía según la categoría. En su lugar, los puntos de corte se ajustan para reflejar la probabilidad de que la variable de respuesta se ubique en una categoría específica. De este modo, el modelo puede identificar la relación entre factores de interés y la sintomatología sin necesidad de estimar coeficientes separados por cada categoría. Esta metodología resulta útil cuando se desea modelar variables dependientes con múltiples categorías ordenadas. En esta línea, el modelo de *odds* proporcionales ha sido anteriormente utilizado en el contexto peruano por Hernández-Vásquez et al. (2020) con el fin de identificar factores asociados a los niveles de sintomatología.

$$P(Y \geq y_j | x) = \frac{1}{1 + \exp(-(\theta_j + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n))} \quad , j = 1, 2, 3, 4$$

Donde:

- $P(Y \geq y_j | x)$: probabilidad de que el individuo presente un nivel mayor de sintomatología dado el conjunto de variables explicativas.
- j : nivel de sintomatología
- θ_j : puntos de corte que diferencian las categorías de la variable dependiente
- Y : variables dependientes, es decir, variables que se buscan explicar. En este caso, corresponden a los niveles de sintomatología de ansiedad, depresión y estrés en los beneficiarios.

- X : variables explicativas individuales, que incluyen factores como el sexo, nivel socioeconómico, número de miembros del hogar, tiempo dedicado a actividades en el hogar, tiempo dedicado a actividades de ocio, presencia de enfermedades físicas, situación que afectan su bienestar, dificultades para socializar, dificultades para dormir.
- β_j : los coeficientes estimados del modelo que reflejan el efecto de cada variable explicativa en la probabilidad de que el individuo presente sintomatología

Un aspecto importante del modelo de *odds* proporcionales es la suposición de que los coeficientes de las variables explicativas son constantes a través de las distintas categorías. Esta suposición se evaluó a través de diferentes pruebas de líneas paralelas (ver Anexo 2).

5. Resultados

Estadísticos descriptivos

El análisis de los resultados de los beneficiarios revela una gama de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés. Un porcentaje significativo (49.7%) muestra algún nivel de sintomatología ansiosa, mientras que un 50.3% no presenta sintomatología. En cuanto a la depresión, el 46.3% presenta sintomatología, mientras que el 53.7% no muestra sintomatología de un cuadro depresivo. En relación con el estrés, el 34.5% sí experimenta sintomatología relacionada y 65.5% no la presenta.

Ahora bien, mediante la Tabla 1 se presenta, a nivel descriptivo, las puntuaciones medias de depresión, ansiedad y estrés, junto con sus respectivas desviaciones estándar (D.E.), en función de características individuales, familiares, comunitarias y contextuales. Estos resultados revelan variaciones de las puntuaciones según diferentes variables.

En referencia a las puntuaciones promedio, a nivel individual, se identifica que las mujeres poseen puntuaciones medias más altas de depresión, ansiedad y estrés en comparación con los hombres. Además, se observa una mayor puntuación media en estas dimensiones para aquellos becarios que presentan enfermedades físicas y dificultades para dormir. En referencia al componente académico, los becarios que ya habían iniciado estudios al contestar la encuesta contaban con puntuaciones medias más altas en las tres dimensiones.

En el ámbito familiar-comunitario, se observa que los becarios que apoyan económicamente a sus familias y que dedican tiempo al cuidado de miembros del hogar poseen mayores puntuaciones medias de depresión, ansiedad y estrés. Asimismo, en el caso de los beneficiarios con familiares en un estado delicado de salud o que han experimentado el fallecimiento de familiares o amigos cercanos, las puntuaciones medias de depresión, ansiedad y estrés son más elevadas.

A nivel contextual, los beneficiarios que provienen de zonas urbanas muestran mayores puntuaciones medias de depresión, ansiedad y estrés.

Tabla 1. Promedio de puntuaciones en las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés según variables de interés a nivel individual, familiar-comunitario y contextual

Variables	Depresión (0 – 21)		Ansiedad (0 – 21)		Estrés (0 – 21)	
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.
Características individuales						
Lengua materna						
Castellano	5.19	4.77	4.76	4.39	6.33	4.54
Otro	5.27	4.2	4.59	4.07	5.42	4.16
Sexo						
Mujer	5.69	4.93	5.38	4.56	6.77	4.57
Hombre	4.49	4.3	3.83	3.88	5.47	4.32
Enfermedades físicas						
No	4.76	4.49	4.26	4.06	5.79	4.33
Sí	7.07	5.19	6.85	4.95	8.18	4.77
Dificultad para dormir						
No	4.45	4.29	4.03	3.91	5.47	4.18
Sí	7.88	5.2	7.31	4.91	8.99	4.58
Estudiaba al contestar la encuesta						
No	5.08	4.69	4.43	4.23	5.96	4.44
Sí	5.35	4.75	5.17	4.5	6.62	4.58
Carrera STEM						
No	5.27	4.74	4.95	4.44	6.41	4.51
Sí	5.07	4.68	4.41	4.21	5.96	4.5
Año de egreso de la secundaria						
2019 o antes	5.43	4.91	4.7	4.4	6.5	4.64
2020	5.6	4.71	4.91	4.39	6.61	4.49
2021	5.29	4.74	5.06	4.61	6.49	4.63
2022	4.92	4.65	4.47	4.14	5.86	4.39
Características de la familia y comunidad						
Máximo nivel culminado por los padres						
Padres sin educación	5.24	4.74	4.51	4.4	5.18	4.18
Primaria	4.84	4.42	4.49	4.16	5.8	4.36
Secundaria	5.4	4.82	4.87	4.43	6.5	4.64
Superior	5.06	4.75	4.8	4.38	6.52	4.44
Pobreza extrema						
No	5.34	4.8	4.86	4.41	6.59	4.61
Sí	5.08	4.65	4.64	4.32	5.95	4.41

(Continúa...)

Variables	Depresión (0 – 21)		Ansiedad (0 – 21)		Estrés (0 – 21)	
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.
Conformación del hogar						
Sin padres ni tutores	5.28	4.53	4.84	4.48	6.08	4.39
Solo tutores	5.23	4.45	5.02	4.42	6.8	4.65
Hogar monoparental	5.3	4.87	4.8	4.37	6.31	4.56
Hogar biparental	5.11	4.67	4.66	4.33	6.13	4.47
Salud de familiares						
No	5.05	4.69	4.6	4.33	6.05	4.5
Sí	6.04	4.82	5.59	4.46	7.33	4.41
Fallecimiento de un familiar o amigo						
No	5.1	4.7	4.65	4.34	6.15	4.52
Sí	6.65	4.75	6.11	4.44	7.65	4.2
Apoyo económico a la familia						
No	4.81	4.54	4.36	4.16	5.83	4.39
Sí	6.74	5.1	6.28	4.8	7.91	4.61
Tiempo dedicado al trabajo						
No	5.12	4.71	4.67	4.33	6.3	4.48
Sí	5.32	4.73	4.87	4.4	6.13	4.56
Tiempo dedicado a cuidado de miembros en el hogar						
No	4.92	4.6	4.38	4.2	6.06	4.45
Sí	5.43	4.81	5.05	4.47	6.39	4.56
Comunidad nativa						
No	5.19	4.75	4.76	4.38	6.34	4.55
Sí	5.19	4.54	4.59	4.2	5.6	4.24
Colegio privado						
No	5.84	4.89	5.26	4.56	7.24	4.69
Sí	5.09	4.68	4.66	4.32	6.08	4.46
Migración						
No	5.22	4.76	4.85	4.41	6.42	4.54
Sí	5.15	4.66	4.57	4.26	5.95	4.45
Barrio inseguro						
No	5.03	4.66	4.54	4.28	5.97	4.44
Sí	6.2	4.94	5.98	4.62	7.9	4.6
Dificultar para socializar						
No	4.31	4.31	3.98	3.98	5.56	4.32
Sí	7.68	4.93	6.89	4.65	8.13	4.49
Características contextuales						
Área geográfica						
Rural	4.99	4.63	4.53	4.34	5.44	4.31
Urbano	5.24	4.74	4.79	4.36	6.43	4.54

Nota: La puntuación de cada dimensión se encuentra en un rango del 0 a 21.

Modelos de regresión logística ordinal proporcional

Los hallazgos de los análisis de regresión logística son presentados en la Tabla 2. A continuación, se desarrollan los resultados según los tres niveles considerados: individual, familiar-comunitario, y contextual.

Características individuales

Lengua materna

La variable de lengua materna, diferenciada entre español y otras lenguas, no evidenció un impacto estadísticamente significativo en la presencia o ausencia de sintomatologías de ansiedad, estrés o depresión entre los becarios de Beca 18. Aunque intuitivamente se podría argumentar que las lenguas diferentes al español por ser minoritarias pueden ser vulnerables a barreras a nivel educativo y social, lo que a su vez repercutiría en el bienestar, los resultados sugieren que, para los beneficiarios en particular, la lengua materna no constituye un factor determinante en su bienestar psicológico.

Es posible considerar que la ausencia de un efecto significativo pueda atribuirse a la mediación de otros factores contextuales o de soporte social que no se han capturado en el modelo. Por ejemplo, la inclusión y soporte de comunidades lingüísticas o la disponibilidad de recursos y apoyo en la lengua materna podrían desempeñar un papel más significativo. Además, la habilidad para comunicarse eficazmente en el entorno académico, que probablemente se realiza en español para los becarios, podría atenuar cualquier efecto negativo de no ser el español la lengua materna. Esta hipótesis subraya la importancia de considerar la interacción de factores lingüísticos y sociales en la evaluación del bienestar psicológico, con una mirada más integral que abarque la adaptación lingüística como las redes de apoyo disponibles en contextos educativos superiores.

Sexo

La variable sexo revela disparidades significativas en la prevalencia de sintomatologías de ansiedad, estrés o depresión, siendo las mujeres quienes tienen mayor probabilidad de presentar dichas sintomatologías en comparación con los hombres. Esta tendencia es coherente con una amplia gama de estudios que han identificado diferencias de género en la expresión y el reconocimiento de los trastornos psicológicos. Se ha documentado que las mujeres reportan más frecuentemente síntomas de ansiedad y depresión, lo que se ha atribuido tanto a factores biológicos como a influencias socioculturales (Piccinelli & Wilkinson, 2000).

Los roles de género y las expectativas sociales pueden influir en cómo hombres y mujeres reconocen y comunican sus experiencias relacionadas con la salud mental. Por ejemplo, se ha observado que las normas de género que promueven la fortaleza emocional entre los hombres pueden disuadirlos de buscar ayuda o admitir vulnerabilidades psicológicas (Courtenay, 2000). Por otro lado, la mayor propensión a desarrollar problemas de salud mental en mujeres puede estar relacionada con la percepción de una mayor presión tanto a nivel familiar como social a nivel académico, sintiendo mayores expectativas depositadas en ellas (Stentiford et al., 2021).

Tabla 2. Estimación de la posibilidad de presentar algún grado de sintomatología de depresión, ansiedad o estrés, mediante modelos de odds proporcionales⁶

Variables	Sin sintomatología de depresión (base) vs Algún grado de sintomatología de depresión		Sin sintomatología de ansiedad (base) vs Algún grado de sintomatología de ansiedad		Sin sintomatología de estrés (base) vs Algún grado de sintomatología de estrés	
	Odds ratio	Error estándar	Odds ratio	Error estándar	Odds ratio	Error estándar
Características individuales						
Lengua materna (1: Castellano 0: Otro)	0.87	-0.12	0.95	0.13	1.17	-0.18
Sexo (1: Hombre 0: Mujer)	0.79***	-0.07	0.66***	0.05	0.85*	-0.08
Enfermedades físicas (1: Sí 0: No)	1.93***	-0.17	2.00***	0.17	2.06***	-0.18
Asertividad (puntaje)	0.87***	-0.01	0.90***	0.01	0.93***	-0.02
Empatía (puntaje)	1.07***	-0.01	1.08***	0.01	1.08***	-0.02
Compromiso (puntaje)	0.99	-0.01	0.99	0.01	1.00	-0.01
Autocontrol (puntaje)	0.96**	-0.02	0.94***	0.02	0.91***	-0.02
Perseverancia (puntaje)	0.92***	-0.01	0.97**	0.01	0.98	-0.01
Consistencia (puntaje)	0.83***	-0.01	0.87***	0.01	0.83***	-0.01
Dificultad para dormir (1: Sí 0: No)	2.30***	-0.20	2.24***	0.19	2.33***	-0.20
Estudiaba al contestar la encuesta (1: Sí 0: No)	0.95	-0.08	1.35***	0.11	1.18*	-0.11
Carrera STEM (1: Sí 0: No)	1.03	-0.08	0.90	0.07	0.87*	-0.07
Año de egreso de la secundaria						
2019 o antes						
2020	0.95	-0.13	0.98	0.14	0.85	-0.12
2021	0.89	-0.11	1.11	0.14	0.90	-0.12
2022	0.72***	-0.09	0.94	0.12	0.73**	-0.10
Características de la familia y comunidad						
Máximo nivel culminado por los padres						
Padres sin educación (base)						
Primaria	1.13	-0.21	1.10	0.21	1.15	-0.23

(Continúa...)

⁶ Los puntos de corte de los modelos se encuentran en el Anexo 3.

Variables	Sin sintomatología de depresión (base) vs Algún grado de sintomatología de depresión		Sin sintomatología de ansiedad (base) vs Algún grado de sintomatología de ansiedad		Sin sintomatología de estrés (base) vs Algún grado de sintomatología de estrés	
	Odds ratio	Error estándar	Odds ratio	Error estándar	Odds ratio	Error estándar
Secundaria	1.23	0.22	1.31	0.23	1.39*	0.27
Superior	1.12	0.22	1.31	0.25	1.48*	0.31
Pobre extremo (1: Sí 0: No)	0.98	0.08	0.87*	0.07	0.79***	0.06
Conformación del hogar						
Sin padres ni tutores (base)						
Solo tutores (1: Sí 0: No)	0.95	0.18	1.01	0.19	1.37	0.27
Hogar monoparental (1: Sí 0: No)	1.04	0.16	0.94	0.14	1.06	0.17
Hogar biparental (1: Sí 0: No)	1.02	0.15	0.95	0.14	1.08	0.17
Salud delicada de familiares (1: Sí 0: No)	1.02	0.11	1.02	0.10	1.05	0.11
Fallecimiento de un familiar o amigo (1: Sí 0: No)	1.53***	0.22	1.35**	0.19	1.11	0.17
Brinda apoyo económico a la familia (1: Sí 0: No)	1.38***	0.13	1.50***	0.14	1.49***	0.14
Tiempo dedicado al ocio (horas)	1.01	0.03	0.98	0.03	1.00	0.03
Tiempo dedicado al trabajo (1: Sí 0: No)	1.02	0.08	1.16*	0.09	0.99	0.09
Tiempo dedicado al transporte (horas)	0.99	0.03	1.05	0.03	1.02	0.03
Tiempo dedicado a cuidado de miembros en el hogar (1: Sí 0: No)	1.04**	0.02	1.04**	0.02	1.02	0.02
Comunidad nativa (1: Sí 0: No)	0.96	0.12	0.95	0.12	0.92	0.13
Colegio privado (1: Sí 0: No)	1.15	0.14	1.07	0.13	1.20	0.15
Nivel de pobreza en el colegio (tasa %)	1.08	0.26	1.19	0.28	1.19	0.31
Migración (1: Sí 0: No)	1.05	0.09	0.96	0.08	1.08	0.10
Barrio inseguro (1: Sí 0: No)	0.93	0.10	1.11	0.12	1.31**	0.14
Dificultad para socializar (1: Sí 0: No)	1.79***	0.16	1.91***	0.17	1.38***	0.13
Características contextuales						
Área geográfica (1: Urbano 0: Rural)	0.95	0.11	0.91	0.10	1.03	0.13
Necesidades básicas insatisfechas en la provincia (tasa %)						
Características físicas inadecuadas del hogar ^a	1.17	0.78	0.59	0.39	0.77	0.58

(Continúa...)

Variables	Sin sintomatología de depresión (base) vs Algún grado de sintomatología de depresión		Sin sintomatología de ansiedad (base) vs Algún grado de sintomatología de ansiedad		Sin sintomatología de estrés (base) vs Algún grado de sintomatología de estrés	
	Odds ratio	Error estándar	Odds ratio	Error estándar	Odds ratio	Error estándar
Hacinamiento ^b	1.66	3.22	3.75	7.22	0.082	0.18
Ausencia de desagüe de ningún tipo ^c	0.82	0.57	0.66	0.44	0.49	0.37
Niños que no asisten al colegio	0.07	0.53	0.12	0.91	891.20	7833.00
Alta dependencia económica en el hogar	2.42	21876.00	6.4×10 ⁷ **	5.4×10 ⁸	108.40	1041.00

a. Materiales de construcción utilizados en piso, paredes y techo. b. Número de personas en el hogar y cuartos en la vivienda. c. Disponibilidad de servicio de alcantarillado por red pública o pozo negro o ciego, u otras formas de eliminación de excretas.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Cabe añadir adicionalmente que las diferencias en la presentación de sintomatologías no necesariamente implican una menor incidencia real de trastornos psicológicos en hombres; más bien, pueden reflejar diferencias en el reporte de síntomas o en la disposición para reconocer y tratar dichos trastornos (Addis & Mahalik, 2003). En este sentido, la estigmatización de la salud mental y las barreras percibidas para acceder a servicios de salud mental pueden ser particularmente pronunciadas entre los hombres (Möller-Leimkühler, 2002).

Enfermedades físicas

En el contexto de los becarios de Beca 18, la presencia de enfermedades físicas muestra una asociación significativa con la experimentación de sintomatologías psicológicas. Este resultado está en consonancia con la literatura empírica mencionada (Limone y Toto, 2018; Demenech et al., 2021), así como con un amplio cuerpo de literatura que respalda la existencia de una relación bidireccional entre salud física y mental; las condiciones físicas crónicas pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos psicológicos, y viceversa (Härter et al., 2007).

Estas enfermedades pueden generar en los becarios un estrés significativo debido a la carga del manejo de la enfermedad, preocupaciones sobre la salud a largo plazo, y la posibilidad de limitaciones funcionales. Además, el manejo de condiciones físicas crónicas frecuentemente requiere de ajustes en el estilo de vida, lo que puede interferir con las actividades diarias y la participación en eventos sociales, exacerbando así los sentimientos de aislamiento y ansiedad.

Adicionalmente, el estigma asociado con ciertas enfermedades físicas puede contribuir a un mayor aislamiento social y a sentimientos de vergüenza o desesperanza, lo que podría aumentar el riesgo de las diferentes sintomatologías (de depresión, de ansiedad y de estrés).

Habilidades sociales

De acuerdo con los resultados del presente estudio, se observa una relación inversa entre las habilidades sociales del beneficiario y la probabilidad de presentar sintomatologías psicológicas. Las habilidades sociales contribuyen a una adecuada interacción social, lo cual es relevante para el bienestar psicológico. En el modelo analizado, la asertividad mostró una relación negativa con la presencia de sintomatologías psicológicas, lo que sugiere que aquellos becarios con puntuaciones más altas en asertividad tienden a presentar menores niveles de ansiedad, estrés o depresión. La asertividad se define como la capacidad de comunicar pensamientos y opiniones de una manera clara y directa. Los hallazgos del estudio concuerdan con otros que asocian la asertividad y la salud mental, ya que permite a los individuos comunicar sus necesidades y límites de manera efectiva, reduciendo así el estrés interpersonal (Pourjali & Zarnaghash, 2010).

La empatía, por otro lado, muestra una relación positiva con la presencia de sintomatologías. La empatía comprende las capacidades de sintonizar con las situaciones y emociones de otras personas, y una propensión de brindarles apoyo en esos momentos. Si bien la empatía es generalmente vista como una cualidad positiva, que facilita las relaciones interpersonales y la comprensión emocional, también puede llevar un costo

emocional. Individuos altamente empáticos pueden verse más afectados por el estrés emocional de los demás, lo que puede incrementar su propia susceptibilidad al estrés y a las sintomatologías relacionadas (Singer & Klimecki, 2014).

En cuanto al compromiso, no se encontró una asociación significativa con la presencia o ausencia de sintomatologías psicológicas. El compromiso implica la tendencia a participar en actividades sociales. Los resultados podrían indicar que, aunque el compromiso es una cualidad valorada en el ámbito académico y profesional, su influencia en la salud mental puede ser menos directa o estar condicionada por otros factores como el contexto o las expectativas personales.

El autocontrol interpersonal mostró una asociación negativa con la presencia de sintomatologías. Esta variable se define como la capacidad de manejar sus emociones en contextos de conflicto y mantener una conducta apropiada. El autocontrol es crucial para la regulación emocional y el manejo del estrés, permitiendo a los individuos inhibir impulsos y comportamientos que pudieran ser perjudiciales para su interacción interpersonal y para su bienestar. En general, un alto autocontrol se asocia con una mayor capacidad para manejar demandas estresantes y recuperarse de experiencias negativas (Tangney et al., 2018).

Interpretar estas habilidades de manera conjunta subraya la importancia del manejo de emociones y la conducta interpersonal en la salud mental. La asertividad y el autocontrol pueden actuar como factores protectores, ayudando a los individuos a navegar por desafíos y tensiones de manera saludable. Por otro lado, la empatía, aunque generalmente benéfica, puede tener efectos negativos si no se acompaña de estrategias adecuadas para gestionar la carga emocional que implica. El compromiso no mostró un efecto significativo, lo que sugiere que su relación con la salud mental puede ser más compleja o mediada por otros aspectos del funcionamiento individual y contextual.

Perseverancia y consistencia

Los componentes del *grit*, perseverancia del esfuerzo y consistencia del interés, demostraron tener una relación inversa con la presencia de sintomatologías psicológicas. El *grit* es un atributo personal que abarca el nivel de pasión y determinación que los individuos poseen para perseguir una meta de largo plazo. Mediante las dos dimensiones se puede tener un mejor acercamiento a esta variable.

La perseverancia del esfuerzo refiere a la tenacidad de la persona para enfrentar los desafíos y persistir a pesar de ellos, mientras que la consistencia del interés implica mantenerse enfocado y ser constante hacia los objetivos a largo plazo (Duckworth & Quinn, 2009). Ambos factores, en su interacción, pueden contribuir a una mayor resiliencia psicológica frente al estrés y las adversidades mediante una mayor propensión a enfrentar los desafíos de manera proactiva y a recuperarse más rápidamente de los contratiempos (Mustaza & Kutty, 2022). Además, el *grit* puede facilitar el logro académico (Lam & Zhou, 2019), lo cual, a su vez, refuerza la autoestima y la percepción de eficacia personal, elementos cruciales para la salud mental.

El apoyo a la perseverancia y la consistencia a través de la formación y el consejo podría ser un componente valioso de concursos como Beca 18, ya que estos rasgos pueden ser desarrollados y reforzados mediante intervenciones y prácticas educativas adecuadas (Hwang & Nam, 2021).

Dificultad para dormir

Los resultados del presente estudio identifican que la dificultad para dormir del beneficiario se relaciona con la presencia de las sintomatologías de depresión, de ansiedad y de estrés.

La literatura que identifica una asociación entre la calidad del sueño de la persona y el desarrollo de diferentes trastornos emocionales es abundante, incluyendo el contexto universitario (Baglioni et al., 2016; Vilchez-Cornejo et al., 2016). El sueño es uno de los procesos más importantes para el funcionamiento del cerebro y la salud mental. Por ello, las perturbaciones en relación a este ámbito tienen consecuencias para el funcionamiento cognitivo, afectivo e interpersonal.

Adicionalmente, en la misma línea que las enfermedades físicas, se observa que algunos problemas del sueño, como es el caso del insomnio, guardan una relación bidireccional con la salud mental de la persona (Alvaro et al., 2013).

Estudiaba al contestar la encuesta

En el contexto de los beneficiarios de Beca 18, se identifica que la situación de encontrarse estudiando la educación superior se asocia con la presencia de sintomatología de ansiedad. Afrontar situaciones novedosas y exigentes haría que los nuevos beneficiarios sean más proclives a experimentar mayor activación fisiológica y experiencias subjetivas relacionadas al miedo. Como se ha mencionado inicialmente, el ingreso a la educación superior trae consigo diferentes demandas relacionadas al área académica, pero también retos a nivel personal, incluyendo la adaptación al medio, la regulación autónoma del estilo de vida y el incremento de responsabilidad (Duffy et al., 2020).

Año de egreso de la secundaria

En el caso de los beneficiarios, un tránsito sin interrupciones entre la educación básica y la educación superior estaría relacionado de manera inversa con la presencia de sintomatología psicológica. En concreto, los resultados del modelo identifican que el año de egreso más reciente se vincula con una menor probabilidad de presentar sintomatologías de depresión y ansiedad, en comparación con aquellos que tiene el año de egreso más antiguo.

Por un lado, aquellos beneficiarios que han transitado directamente a la educación superior pueden haber presentado menores barreras para el acceso. Por otra parte, los beneficiarios con un egreso de la educación secundaria menos reciente podrían sentir mayor tensión debido a las necesidades económicas del hogar, el cual se encuentra en condición de pobreza, así como experimentar presión por estar más distanciados de la edad normativa a nivel social para transitar por la educación superior o porque consideren que tienen un menor margen para cometer errores a nivel académico.

Cabe adicionar que el retraso en el acceso a educación superior se ha vinculado con resultados negativos a nivel académico, tales como menor probabilidad de completar los estudios, por lo cual resulta siendo una variable de interés de estudio.

Características de la familia y comunidad

Máximo nivel educativo del hogar

Según los resultados de la presente investigación, no se observa un vínculo entre el máximo nivel educativo del hogar, específicamente el alcanzado por alguno de los padres, y la presencia de niveles sintomatológicos de depresión y de ansiedad. Por otra parte, se encuentra una mayor presencia de sintomatología de estrés en los beneficiarios provenientes de un hogar donde el nivel máximo de educación de padres es secundaria o superior, aunque a un nivel de significancia del 10%.

La literatura generalmente sugiere que el nivel educativo de los padres tendría una relación inversa con síntomas de trastornos mentales, siendo un factor a favor que promovería el bienestar. No obstante, si bien parte de la literatura sugiere una relación entre el nivel educativo de los padres y la salud mental de los estudiantes (Limone & Toto, 2018; Moffateh, 2020), algunos estudios en el contexto regional e internacional muestran resultados alternativos. Gómez-Restrepo et al. (2016), en un estudio en Colombia a partir de una encuesta nacional de escolares, identifica una relación positiva entre la presencia de trastornos mentales y el nivel educativo de padres. Más aun, también se debe reconocer la influencia de otras circunstancias particulares en el hogar, como es la calidad de interacción entre padres e hijos o la dedicación de tiempo al cuidado de los hijos (Kirkbride et al., 2024).

Por otra parte, Fakhrunnisak y Patria (2022), en un estudio en India a partir de una encuesta nacional, identifican que la influencia del nivel educativo de los padres sobre un índice de depresión en los hijos difiere según el sexo de los padres y de los hijos. Por ejemplo, un mayor nivel educativo de la madre se asociaba con un mayor nivel de síntomas depresivos en el hijo y a un menor nivel de síntomas depresivos en la hija, lo cual podría deberse a las expectativas de madres e hijos en relación con los roles de género. Así, puede que no necesariamente exista una única relación entre el nivel educativo de padres y la salud mental de los hijos. Estos motivos podrían estar detrás de la no significancia del nivel educativo de los padres para la sintomatología de ansiedad y depresión.

En relación con el vínculo entre el nivel educativo de los padres y la sintomatología de estrés, se debe resaltar que la población del presente estudio se encuentra en una situación de vulnerabilidad económica. En ese sentido, se puede considerar la siguiente hipótesis: dado que un mayor nivel educativo no se condice con una mejora en la condición económica de los padres de los beneficiarios, los hijos pueden sentir presión o tensión para generar una movilidad social que mejore la situación de su familia.

Pobre extremo

Pertener a un hogar en situación de pobreza extrema no muestra relación significativa con la presencia de la sintomatología de depresión y de ansiedad. No obstante, se identifica una asociación negativa entre la presencia de sintomatología de estrés y la característica de pobreza extrema.

Es amplia la literatura que identifica la relación entre el nivel de ingresos y la salud mental, proponiendo que un menor nivel ingresos es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental, incluyendo los contextos de estudiantes universitarios (Lund et al., 2018; Limone y Toto, 2018). Los resultados de la presente investigación pueden sugerir

que, si bien los beneficiarios pueden encontrarse en una posición de vulnerabilidad por su condición de pobreza en contraste de la población no pobre, no existen diferencias según el grado de esta vulnerabilidad para el caso de la sintomatología de depresión y de ansiedad.

Adicionalmente, pueden existir otros factores mediadores que estén influyendo en la relación del nivel de pobreza con las diferentes sintomatologías. En primer lugar, los beneficios otorgados por ser beneficiarios de Beca 18 podrían estar amortiguando parcialmente los riesgos relacionados a la posición económica para el caso de aquellos que ya han iniciado sus estudios.

En segundo lugar, la literatura sugiere que también es relevante otorgar atención a otras variables que pueden mediar la relación entre el estado emocional negativo y la situación de pobreza de los jóvenes; en concreto, variables como las estrategias de afrontamiento, la percepción de control y la esperanza frente a las desventajas financieras también influyen en la presentación de problemas de salud mental (Aranda & Lincoln; Frankham et al., 2020).

Conformación del hogar

En el contexto de beneficiarios, la conformación del hogar no posee relación significativa con la presencia de las diferentes sintomatologías. Como se ha mencionado anteriormente, más allá de las características formales del hogar, también es relevante mencionar la influencia de las cualidades de la interacción entre padres o tutores e hijos, como son los estilos de crianza, la sensibilidad materna y el apego (Dykxhoorn et al., 2022). Estos elementos relacionados a la dinámica familiar, los cuales no han podido ser capturados por el modelo, podrían incidir de manera relevante en la salud mental de los beneficiarios.

Estado de salud delicado de un familiar cercano

En el contexto de los becarios de Beca 18, la presencia de problemas de salud en familiares no mostró una relación estadísticamente significativa con la presencia de sintomatologías psicológicas.

La ausencia de significancia estadística en esta variable puede indicar que, dentro de la muestra analizada, la salud de los familiares no es un predictor fuerte de la salud mental de los becarios, o que otros factores compensatorios podrían estar atenuando posibles efectos. Aunque la enfermedad de un familiar puede ser una fuente de estrés significativo debido a preocupaciones emocionales y potenciales responsabilidades de cuidado, la influencia en la salud mental de otros miembros de la familia puede variar ampliamente dependiendo de la resiliencia individual, los recursos disponibles y el apoyo social con que cuentan. De manera complementaria, otra hipótesis plausible para este resultado es que el estado de salud delicado de un familiar cercano no impactará directamente en la salud mental del beneficiario, sino que ello se encontrará condicionado por el cuidado directo que tenga con ese miembro. Esta hipótesis encuentra apoyo en los resultados, como se describe posteriormente en el apartado sobre tiempo dedicado a actividades.

Fallecimiento de un familiar o amigo

Los resultados del estudio identifican que el fallecimiento de un familiar o amigo es un evento significativo que puede tener una incidencia considerable en la salud mental de los becarios de Beca 18 y, en ese sentido, esta variable mostró una relación estadísticamente

significativa con un aumento en la probabilidad de presentar sintomatologías de depresión y de ansiedad.

El duelo por la muerte de un ser querido puede desencadenar una variedad de respuestas emocionales, incluyendo depresión, ansiedad y estrés (Stroebe et al., 2007). La pérdida de un familiar o amigo íntimo es una de las experiencias más estresantes y puede desestabilizar el sistema de apoyo emocional del individuo, afectando su funcionamiento diario y bienestar general (Bonanno & Kaltman, 2001).

Para los estudiantes, el impacto del duelo, mediado por la sintomatología, puede extenderse a su desempeño académico y su capacidad para participar plenamente en las oportunidades educativas (Servaty-Seib & Hamilton, 2006). El duelo durante la juventud, un periodo ya de por sí caracterizado por cambios significativos y desarrollo personal, puede ser particularmente desafiante y requerir recursos de afrontamiento adicionales.

La significancia estadística encontrada en este estudio refuerza la comprensión de que el fallecimiento de un ser querido es un factor de riesgo para la salud mental que necesita ser abordado con sensibilidad y apoyo adecuado.

Apoyo económico a la familia

El apoyo económico hacia la familia se relaciona con la presencia de las tres sintomatologías. Más allá del nivel de ingresos y otras características socioeconómicas del hogar, el involucramiento del hijo en el apoyo para los ingresos del hogar repercute negativamente en su salud mental.

Si bien los beneficios brindados por el programa pueden generar cierto alivio en relación al ámbito económico y protegerlo ante la vulnerabilidad en tal ámbito, tales beneficios no están destinados a tener repercusión inmediata sobre el hogar del joven. Los hogares en situación de pobreza o pobreza extrema pueden requerir el apoyo de los hijos para su subsistencia, quienes han decidido invertir su tiempo y dedicación en los estudios superiores a costa de la generación de ingresos inmediatos. Cabe precisar que la educación no sólo es un costo de oportunidad para el becario, sino también para la familia puesto que se añaden obstáculos para que este miembro del hogar pueda producir ingresos para el mismo de manera inmediata. La dependencia económica de la familia podría generar preocupación y malestar emocional en el beneficiario, ello debido a que en su calidad de estudiante le resultaría más difícil encontrar medios para tal apoyo.

Tiempo dedicado a actividades

No se identifica que el tiempo dedicado a actividades de transporte o de ocio tengan relación con la presencia de sintomatologías. En relación con el tiempo dedicado al trabajo, se observa una relación con la presencia de sintomatología de ansiedad, siendo la asociación significativa a un nivel del 10%. Ya que los jóvenes beneficiarios cuentan con menor experiencia laboral y menor cualificación, aquellos que dedican tiempo al trabajo pueden estar sujetos a condiciones laborales no adecuadas, lo cual repercutirá adversamente en su salud mental.

Por otro lado, se identifica una relación significativa entre tener que cuidar a otras personas y la presencia de las sintomatologías de ansiedad y depresión. Ello puede deberse al mayor

coste psicológico que supone el cuidado de otras personas en relación con otras tareas del hogar, sobre todo si es que las personas a cuidar cuentan con una condición de salud, como discapacidades o enfermedades crónicas, donde el inicio y el progreso de tales condiciones son estresantes (Greene et al., 2017; Schulz & Sherwood, 2008).

Asimismo, contar con menor tiempo para otras actividades personales debido a las responsabilidades laborales o de cuidado que poseen ciertos beneficiarios, supone un reto para la gestión eficiente de su tiempo. Sobre todo, en el contexto evolutivo del beneficiario, la adultez emergente, donde la maduración cognitiva no llega aun a su fin y los procesos como la planificación, la toma de decisiones, el control de impulsos, entre otros no terminan de consolidarse. Estas limitaciones relacionadas a la gestión eficiente del tiempo pueden estar vinculadas a un incremento en el malestar, sobre todo en aquellos beneficiarios que cuenten con más responsabilidades externas al ámbito académico.

Comunidades nativas

La pertenencia a una comunidad nativa no se relaciona con la presencia de ninguna sintomatología. La literatura sugiere que las minorías étnicas pueden experimentar situaciones estresantes, tales como la discriminación y exclusión social o la falta de adaptación cultural de los servicios (Arday, 2018), lo cual generaría mayor propensión al desarrollo de problemas de salud mental.

Sin embargo, también la literatura reconoce que los grupos étnicos no son homogéneos por lo cual las particularidades de estas comunidades no suelen ser consideradas al ser sujetos de estudio, y más bien se ignoran tales diferencias entre los grupos (Dogra et al., 2012). Estas diferencias también abarcan las costumbres relacionadas al manejo de emociones y experiencias relacionadas. Todo ello repercutiría en la presentación y prevalencia de problemas de salud mental entre etnias. Por ejemplo, en el contexto de Inglaterra, un estudio de Goodman et al. (2018) en relación con la salud mental de niños y adolescentes pertenecientes a minorías étnicas identificó diferencias de la ocurrencia de trastornos mentales entre etnias.

Tipo de gestión del colegio

La asistencia a una institución educativa privada antes de participar en Beca 18 no presentó una relación estadísticamente significativa con la presencia de sintomatologías psicológicas.

La falta de significancia estadística puede sugerir que, dentro de la población de becarios de Beca 18, la asistencia a un colegio privado no es un factor diferencial en el bienestar psicológico. Este resultado podría estar influenciado por diversos factores. Si bien una primera impresión podría señalar que los colegios privados puedan contar per se con mayores recursos y una mayor calidad educativa, también se debe reconocer las disparidades entre los colegios de este tipo de gestión (Ministerio de Educación, 2018). En el Perú, las diferencias de calidad educativa de los colegios privados, que se han visto asociadas al costo de la pensión y otros factores, sugieren la existencia de una alta heterogeneidad dentro del mismo contexto de las instituciones privadas, lo que podría llevar a que las habilidades socioemocionales y el bienestar psicológico de los estudiantes también se desarrollen de manera desigual. Por otra parte, el bienestar psicológico de los estudiantes puede estar más directamente relacionado con el apoyo social, las estrategias de afrontamiento y la presencia de un entorno seguro y estimulante, más allá de la naturaleza pública o privada de la institución educativa.

De manera complementaria, Beca 18 en sí mismo brinda acompañamiento que proporciona a todos los beneficiarios, independientemente de su origen educativo, acceso a recursos y oportunidades que podrían tener un impacto más inmediato en su salud mental que su experiencia previa en la educación secundaria. Estos recursos pueden atenuar las limitaciones de los contextos de educación formal previos.

Migración

La migración, entendida como el cambio de residencia de un departamento a otro atribuido al curso de la educación superior, no mostró una relación estadísticamente significativa con la presencia de sintomatologías psicológicas entre los beneficiarios de Beca 18. Esta falta de significancia podría ser atribuible a la presencia del "efecto de inmigrante saludable", un fenómeno documentado en la literatura donde los inmigrantes podría estar contando con factores de resiliencia y redes de apoyo social que a menudo se fortalecen en las comunidades migrantes. (Kennedy et al., 2015).

Además, el apoyo proporcionado por programas como PRONABEC podría desempeñar un papel fundamental en la mitigación de los efectos negativos que la migración puede tener en la salud mental. El soporte integral, incluyendo las estrategias de mentoría por parte de beneficiarios más avanzados, puede facilitar la integración y aliviar el estrés relacionado con la migración.

Cabe destacar que el impacto de la migración en la salud mental es un fenómeno complejo y puede variar considerablemente dependiendo de factores como el contexto de recepción, las razones para migrar, y la presencia de comunidades de apoyo. Esto nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de considerar otros factores que podrían influir en la salud mental de los migrantes, como el acceso a servicios de salud mental, el apoyo social y la integración en la comunidad receptora. Estos aspectos podrían ser áreas clave de intervención para mejorar el bienestar psicológico de los migrantes, incluso si no se observa un efecto directo de la migración en este estudio en particular. La ausencia de un efecto significativo en este estudio no niega la posibilidad de que estos factores puedan tener un impacto importante en otros contextos o poblaciones.

Barrio inseguro

En el contexto de los beneficiarios de Beca 18, residir en un barrio inseguro se posiciona como un determinante social a nivel de comunidad. Los resultados identifican que contar con una vivienda ubicada en un barrio inseguro se asocia con la presencia de sintomatología de estrés, mas no con la presencia de las otras dos sintomatologías.

La literatura sobre determinantes sociales identifica que la seguridad de la comunidad puede tener impacto en la salud mental de las personas (Lund et al., 2018; Dykxhoorn et al., 2022). En el contexto particular, es posible que la percepción de un peligro latente en el entorno genere una situación de constante alarma y tensión en los beneficiarios. Si bien esta respuesta podría ser congruente y necesaria para su resguardo, también se encontraría en detrimento de su bienestar psicológico.

Dificultad para socializar

Los hallazgos del presente estudio identifican que la dificultad para socializar con otras personas se encuentra asociada con la presencia de las diferentes sintomatologías psicológicas. Dentro de la etapa de desarrollo vital en la que se encuentran los beneficiarios, la interacción con los pares se convierte en un elemento crucial para la construcción de su identidad y su adaptación a nuevos contextos, como viene a ser la educación superior. Como se ha identificado previamente, la experiencia de soledad está asociada a sintomatología de depresión, de ansiedad y de estrés (Mofatteh, 2020). Asimismo, las redes de soporte facilitan el afrontamiento con las dificultades y la adaptación al cambio (Cobb, 1976).

Las dificultades que el beneficiario puede encontrar para interactuar exitosamente con otras personas generaría consecuencias en dos niveles: puede repercutir negativamente en la construcción de redes de soporte y puede generar frustración y otras reacciones negativas a nivel emocional, produciendo diferentes formas de malestar. Como se ha

Características contextuales

Área geográfica

El área geográfica, diferenciando entornos urbanos y rurales, no arroja diferencias estadísticamente significativas en relación con la presencia de sintomatologías psicológicas. Esta ausencia de significancia puede interpretarse de diversas maneras dentro del contexto del estudio.

En primer lugar, es posible que las distinciones entre áreas urbanas y rurales no influyan de manera directa o uniforme en la salud mental de los individuos. Factores como la calidad de los servicios de salud, el acceso a la educación y las oportunidades económicas, que a menudo difieren entre estos entornos, pueden ser más determinantes que la clasificación geográfica per se (Lund et al., 2018). Además, en entornos comunitarios, posiblemente rurales, a pesar de contar con menos recursos, la cohesión y el apoyo social pueden ser más fuertes y actuar como factores protectores de la salud mental (Berry et al., 2007).

Por otro lado, en las áreas urbanas, aunque hay un mayor acceso a servicios y recursos, también puede existir niveles más altos de estrés debido a factores como la densidad poblacional, el ruido y la contaminación (Lederbogen et al., 2011). Sin embargo, estos posibles efectos no se manifiestan en una asociación significativa en este análisis, lo que sugiere que las diferencias individuales y otros factores contextuales pueden mediar en la relación entre el entorno geográfico y la salud mental.

Es importante considerar la heterogeneidad dentro de las áreas urbanas y rurales; no todos los entornos urbanos son iguales, al igual que los entornos rurales pueden variar considerablemente en términos de aislamiento, acceso a servicios y calidad de vida (Hartley, 2004). Además, el programa Beca 18 podría estar proporcionando un nivel de soporte que reduce las posibles disparidades en la salud mental entre los entornos urbanos y rurales.

Limitaciones

El presente estudio brinda una visión importante sobre los factores que influyen en la salud mental de los nuevos beneficiarios de Beca 18. Sin embargo, es necesario considerar algunas limitaciones que podrían haber afectado los resultados y su interpretación. En primer lugar, aunque el modelo de regresión utilizado permite identificar que ciertas variables están correlacionadas con el aumento o disminución de la probabilidad de presentar distintos niveles de sintomatología psicológica, la naturaleza transversal de la mayoría de las variables no implica una relación causal directa. Además, aunque el análisis buscó incluir variables contextuales (área geográfica y necesidades básicas insatisfechas), factores macroestructurales como políticas nacionales o regionales, acceso a servicios de salud y el contexto económico podrían no estar totalmente reflejados. Estos factores pueden ser determinantes clave en la experiencia emocional de los beneficiarios. En tercer lugar, la falta de datos longitudinales limita la capacidad para observar cambios en la salud mental de los beneficiarios a lo largo del tiempo, especialmente en un periodo donde factores como la adaptación al entorno de educación superior o el cambio de situaciones familiares pueden incidir significativamente en su bienestar emocional. En cuarto lugar, el estudio se enfoca en una población específica de estudiantes beneficiarios del PRONABEC, y los hallazgos pueden no ser directamente generalizables a otras poblaciones estudiantiles en Perú o en otros países en vías de desarrollo. Adicionalmente, se debe considerar que, si bien la suposición de *odds* proporcionales se cumple para la sintomatología de ansiedad y de depresión, su cumplimiento es solo parcial para el caso de estrés. Esto podría afectar la precisión de las estimaciones y la interpretación de los resultados relacionados con esta variable dependiente, ya que la relación entre las variables explicativas y los diferentes niveles de estrés puede no ser uniforme. En ese sentido, los hallazgos circunscritos a esta variable deben interpretarse con cautela, ya que podrían no reflejar la complejidad de los factores asociados en su totalidad.

6. Conclusiones

El presente estudio se centró en el estado emocional de los beneficiarios de Beca 18, específicamente en la sintomatología de ansiedad, depresión y estrés. Mediante un modelo de regresión logística ordinal, se identificaron determinantes individuales, familiares y contextuales que afectan significativamente la salud mental de estos beneficiarios.

En cuanto a los factores individuales, las mujeres presentaron mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés en comparación con los hombres. Este hallazgo es coherente con la literatura existente, que sugiere que las mujeres son más propensas a reportar problemas de salud mental debido a una combinación de factores biológicos y socioculturales. Además, los beneficiarios que reportaron dificultades para dormir, enfermedades físicas y un bajo nivel de autocontrol mostraron una mayor probabilidad de experimentar sintomatología de depresión, de ansiedad y de estrés. La persistencia y consistencia en la consecución de metas personales, medidas a través de la Escala de *Grit*, también se relacionaron inversamente con la presencia de estos síntomas, sugiriendo que las habilidades de resiliencia y perseverancia pueden actuar como factores protectores.

En el ámbito familiar y comunitario, aquellos beneficiarios que apoyan económicamente a sus familias o que han experimentado la pérdida de un ser querido mostraron niveles más altos de ansiedad y depresión. Por otro lado, a nivel de estructura familiar, no se identifican diferencias en la sintomatología de depresión, ansiedad, ni de estrés.

En términos de características contextuales, se encontró que los beneficiarios provenientes de áreas urbanas presentan mayores niveles de estrés en comparación con aquellos de zonas rurales. Esta diferencia puede atribuirse a las mayores presiones académicas y sociales que prevalecen en los entornos urbanos. Asimismo, vivir en barrios inseguros se asoció con un incremento en la sintomatología de estrés, subrayando la importancia de la seguridad y la calidad del entorno habitacional en la salud mental.

El análisis de los datos reveló que la sintomatología de ansiedad, depresión y estrés está influenciada por una combinación de factores individuales, familiares y contextuales, destacando la necesidad de un enfoque integral para abordar los problemas de salud mental entre los beneficiarios de Beca 18. Es imperativo que las políticas y programas de apoyo se adapten para considerar estas múltiples dimensiones, ofreciendo intervenciones específicas que aborden tanto las necesidades personales como las del entorno inmediato de los estudiantes.

7. Recomendaciones

Acciones desde el PRONABEC

Fortalecimiento de estrategias para el acompañamiento a los beneficiarios

El acompañamiento integral a los beneficiarios es fundamental para su éxito académico y personal. PRONABEC ya lleva a cabo diversas acciones, como cursos virtuales, un programa de mentoría con becarios de ciclos avanzados y un formulario para identificar necesidades. Estas acciones pueden afianzarse a través de la inclusión de estrategias adicionales pertinentes a los hallazgos de este estudio.

El fortalecimiento de habilidades socioemocionales es clave para garantizar la salud mental de los beneficiarios. Los resultados del estudio destacan la importancia de habilidades sociales como la asertividad y el autocontrol, así como la perseverancia en los beneficiarios. Por lo tanto, se sugiere ampliar el contenido educativo de la plataforma Aprende+ del programa para incluir módulos específicos sobre manejo de conflictos interpersonales y perseverancia hacia metas a largo plazo. Estos módulos podrían presentarse como talleres prácticos, tanto presenciales como sincrónicos, para que los beneficiarios puedan practicar habilidades sociales con sus pares.

Además, se propone priorizar los contenidos de la plataforma relacionados con la gestión del tiempo para los nuevos beneficiarios que se están adaptando a la educación superior. Esta priorización ayudaría a los estudiantes a enfrentar los desafíos de equilibrar sus estudios con otras responsabilidades.

Fortalecimiento de actividades sobre promoción de la salud

Es fundamental abordar la relación entre los problemas de sueño y la salud mental de los beneficiarios. Para prevenir problemas en este ámbito, se sugiere fortalecer las acciones de promoción de estilos de vida saludables. A través de medios de comunicación cerrados,

se puede compartir material educativo sobre recomendaciones para una adecuada higiene del sueño.

Además, dado el vínculo entre la salud física y la salud mental de los beneficiarios, es importante fortalecer las estrategias de promoción de la salud, incluyendo hábitos saludables como actividad física, alimentación balanceada y chequeos médicos preventivos. Se recomienda enfocar las acciones de promoción de la salud utilizando la información obtenida de la ENIBEC y comunicándola de manera ágil a las oficinas encargadas del acompañamiento de los beneficiarios del Programa. Con base en esta información se buscaría priorizar a los beneficiarios entrantes con múltiples condiciones de salud para que reciban orientación personalizada acerca de las facilidades de atención (cobertura de Sistema Integrado de Salud, centros de salud de instituciones de educación) y así continúen con el tratamiento adecuado para sus casos.

Focalización de acciones de soporte emocional para beneficiarios en riesgo

Los resultados del estudio indican que algunos beneficiarios poseen características y enfrentan experiencias específicas que los hacen más vulnerables a riesgos académicos y sociales. Por ello, es crucial consolidar estrategias focalizadas que prioricen la atención y la derivación a servicios especializados para aquellos beneficiarios en mayor riesgo. El modelo de acompañamiento del Programa cuenta con un formulario de autorreporte para identificar a los beneficiarios en riesgo.

Como complemento, se sugiere fortalecer la identificación de casos que requieran atención prioritaria mediante la creación de indicadores de riesgo basados en los resultados individuales de la ENIBEC. A manera de ejemplo, se podría generar un sistema de alertas con tres niveles (riesgo elevado, riesgo moderado, sin riesgo), a partir de un puntaje general a nivel individual que pondere variables relacionadas al estado emocional según la magnitud del efecto que posean. Estos indicadores podrían generarse y procesarse poco después de que los beneficiarios completen los cuestionarios, generando mecanismos de seguimiento continuo.

Además, se propone implementar acciones específicas en función de las situaciones o características particulares que afectan a ciertos grupos de beneficiarios. Por ejemplo, considerando la vulnerabilidad particular de las mujeres, en colaboración con las instituciones de educación superior, se podría organizar talleres dirigidos a la población femenina para abordar sus necesidades y desafíos específicos, como recursos para lidiar con la percepción de mayor presión y demandas sociales en torno al género.

Realización de estudios complementarios

Dada la importancia de comprender las experiencias de los beneficiarios que pertenecen a comunidades nativo-amazónicas o cuya lengua materna es distinta del español, se propone realizar estudios cualitativos que profundicen en sus vivencias y en los factores que afectan su salud mental. Estos estudios permitirían obtener una comprensión más detallada de sus particularidades y necesidades específicas.

En cuanto a la migración de los nuevos beneficiarios, aunque no se observó una relación significativa con la salud mental en este estudio, es posible que esto se deba a los efectos de estar en una etapa inicial de su beca. Por lo tanto, se recomienda explorar este vínculo

a largo plazo, abarcando a beneficiarios de ciclos intermedios o avanzados, para determinar cómo varían las experiencias y los desafíos a lo largo de su vida académica, en comparación con aquellos beneficiarios que no migran.

Acciones de colaboración institucional

Asegurar la calidad educativa de las instituciones de educación básica

Aunque el tipo de gestión del colegio no mostró una relación directa con la salud mental de los nuevos beneficiarios, es fundamental reconocer que la calidad y los recursos de las instituciones educativas pueden influir en el desarrollo de habilidades socioemocionales clave para la salud mental. Por lo tanto, el MINEDU debe continuar fortaleciendo sus acciones para asegurar una educación de calidad, promoviendo un desarrollo integral en niños, niñas y adolescentes. Esto incluye la implementación y actualización de normativas que garanticen condiciones básicas de educación y la capacitación continua de directivos y docentes, brindando una atención a actividades y contenido curricular relacionado al desarrollo de habilidades socioemocionales en la población de niños y adolescentes.

Además, los resultados del estudio sugieren que un tránsito más rápido a la educación superior puede estar relacionado con una mejor salud mental. Para facilitar esta transición, se deben fortalecer las estrategias de orientación vocacional y difusión temprana de información sobre mecanismos de ayuda financiera, incluso desde etapas anteriores al último año de educación básica. Estas actividades podrían coordinarse entre las SUCCOR y las direcciones y unidades de gestión educativa descentralizadas, a fin de brindar a los jóvenes una transición más fluida hacia la educación superior a través de actividades de difusión sobre oportunidades educativas, el desarrollo de materiales específicos e interactivos sobre educación superior, lo cual incluye la promoción de plataformas de orientación vocacional como viene a ser el portal Mi Carrera del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

Alianzas con el Ministerio de Salud

Es importante continuar y fortalecer las coordinaciones con el Ministerio de Salud (MINS) para obtener una respuesta más efectiva y coordinada en el abordaje de los desafíos de salud mental de los becarios. Las acciones clave incluyen capacitaciones conjuntas dirigidas a los becarios y al personal de las SUCCOR para asegurar una óptima respuesta a las sintomatologías y necesidades de salud mental de los becarios. Esto puede incluir sesiones de entrenamiento, talleres y charlas especializadas.

También es necesario trabajar con el MINS) para ampliar la disponibilidad de servicios de atención en salud mental, incluyendo atención psicológica y psiquiátrica, a través de centros de salud aliados al MINS), con énfasis en los centros de salud mental comunitaria existentes en las diferentes regiones del país. Por otro lado, difundir información sobre los recursos de apoyo disponibles a los becarios, como líneas de ayuda, material psicoeducativo, servicios de consejería y programas de bienestar mental, es importante para brindar un soporte integral. Esta información puede ser distribuida a través de diversos medios, como redes sociales, plataformas en línea (por ejemplo, el intranet del beneficiario) y materiales impresos.

Asimismo, el poder establecer mecanismos de evaluación y seguimiento para medir la eficacia de las acciones implementadas en colaboración con el MINS) permitirá realizar

ajustes y mejoras continuas en las estrategias de apoyo a los becarios. Por último, promover campañas conjuntas de estilos de vida saludables entre los becarios mediante el desarrollo de campañas de concienciación y la organización de actividades que fomenten el bienestar físico y mental contribuirá a un entorno de apoyo y cuidado general.

Promoción de la atención integral a los hogares pertenecientes a la población objetivo del PRONABEC

La colaboración entre distintos programas sociales, entre ellos el Programa Nacional Plataformas de Acción para la Inclusión Social y el Programa Nacional Directo de Apoyo Directo a los más Pobres - JUNTOS, busca optimizar la atención dirigida a la población objetivo y a aquellos hogares cuyos miembros se benefician de Beca 18. Se sugiere la implementación de estrategias de difusión sobre los programas y contacto con los hogares de beneficiarios a través de las Unidades Locales de Empadronamiento (ULEs) y la Plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS), con el fin de fortalecer la cobertura de los programas sociales. Esta sinergia entre programas sociales tiene como finalidad principal reducir el estrés financiero de los beneficiarios. Al integrar recursos y estrategias, se facilita un soporte más efectivo y eficiente, lo que resulta en una disminución significativa de las cargas económicas que enfrentan estos hogares.

Referencias

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, *58*(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- Alaie, I., Philipson, A., Ssegonja, R., Copeland, W. E., Ramklint, M., Bohman, H., & Jonsson, U. (2022). Adolescent depression and adult labor market marginalization: a longitudinal cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *31*(11), 1799-1813. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01825-3>
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, *26*(4), 392-407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Alvaro, P. K., Roberts, R. M., & Harris, J. K. (2013). A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety, and depression. *Sleep*, *36*(7), 1059-1068. <https://doi.org/10.5665/sleep.2810>
- Amu, H., Osei, E., Kofie, P., Owusu, R., Bosoka, S. A., Konlan, K. D., & Gyapong, J. O. (2021). Prevalence and predictors of depression, anxiety, and stress among adults in Ghana: a community-based cross-sectional study. *PloS one*, *16*(10), e0258105. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258105>
- Aranda, M. P., & Lincoln, K. D. (2011). Financial strain, negative interaction, coping styles, and mental health among low-income Latinos. *Race and Social Problems*, *3*, 280-297. <https://doi.org/10.1007/s12552-011-9060-4>
- Arday, J. (2018). Understanding mental health: what are the issues for black and ethnic minority students at university? *Social Sciences*, *7*(10), 196. <https://doi.org/10.3390/socsci7100196>
- Arrascue, J., & Quispe, A. (2023). Asociación entre los niveles de actividad física y los síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes de Medicina Humana. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *86*(2), 90-101. <https://doi.org/10.20453/rnp.v86i3.4559>
- 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., & WHO WMH-ICS Collaborators. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *127*(7), 623-638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Baglioni, C., Nanovska, S., Regen, W., Spiegelhalter, K., Feige, B., Nissen, C., Reynolds, C. F. III, & Riemann, D. (2016). Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychological Bulletin*, *142*(9), 969-990. <https://doi.org/10.1037/bul0000053>
- Banerjee, S., Chatterji, P., & Lahiri, K. (2017). Effects of psychiatric disorders on labor market outcomes: a latent variable approach using multiple clinical indicators. *Health Economics*, *26*(2), 184-205. <https://doi.org/10.1002/hec.3286>
- Belloch F., A., Ramos C., F., & Sandín F., B. (2020). Manual de psicopatología (Tercera edición). McGraw Hill.
- Berry, H. L. (2007). 'Crowded suburbs' and 'killer cities': a brief review of the relationship between urban environments and mental health. *New South Wales Public Health Bulletin*, *18*(12), 222-227. <https://doi.org/10.1071/NB07024>
- Bomysoad, R. N., & Francis, L. A. (2020). Adverse childhood experiences and mental health conditions among adolescents. *Journal of adolescent health*, *67*(6), 868-870. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.04.013>
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, *21*(5), 705-734. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00062-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00062-3)

- Brandstätter, V., & Bernecker, K. (2022). Persistence and disengagement in personal goal pursuit. *Annual Review of Psychology*, 73, 271-299. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020821-110710>
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J., Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of Affective Disorders*, 225, 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.044>
- Cash-Gibson, L., Rojas-Gualdrón, D. F., Pericàs, J. M., & Benach, J. (2018). Inequalities in global health inequalities research: A 50-year bibliometric analysis (1966-2015). *PloS one*, 13(1), e0191901. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191901>
- Caza, A., Caza, B. B., & Baloochi, M. E. (2020). Resilient personality: is grit a source of resilience? En E. Powley, B. B. Caza, & A. Caza (Eds.), *Research Handbook on organizational resilience* (pp. 25-38). Edward Elgar Publishing.
- Cheah, Y. K., Azahadi, M., Phang, S. N., & Abd Manaf, N. H. (2020). Sociodemographic, lifestyle, and health factors associated with depression and generalized anxiety disorder among Malaysian adults. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 2150132720921738. <https://doi.org/10.1177/2150132720921738>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Das, J., Do, Q. T., Friedman, J., & McKenzie, D. (2009). Mental health patterns and consequences: results from survey data in five developing countries. *The World Bank Economic Review*, 23(1), 31-55. <https://doi.org/10.1093/wber/lhn010>
- Das, J., Do, Q. T., Friedman, J., McKenzie, D., & Scott, K. (2007). Mental health and poverty in developing countries: Revisiting the relationship. *Social Science & Medicine*, 65(3), 467-480. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.037>
- Demenech, L. M., Oliveira, A. T., Neiva-Silva, L., & Dumith, S. C. (2021). Prevalence of anxiety, depression and suicidal behaviors among Brazilian undergraduate students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 282, 147-159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.108>
- Dogra, N., Singh, S. P., Svirydzienka, N., & Vostanis, P. (2012). Mental health problems in children and young people from minority ethnic groups: the need for targeted research. *The British Journal of Psychiatry*, 200(4), 265-267. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.100982>
- Dore, I., & Caron, J. (2017). Mental health: concepts, measures, determinants. *Sante Mentale au Quebec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Duckworth, A. L., & Quinn, P. D. (2009). Development and validation of the Short Grit Scale (GRIT–S). *Journal of Personality Assessment*, 91(2), 166-174. <https://doi.org/10.1080/00223890802634290>
- Duffy, A., Keown-Stoneman, C., Goodday, S., Horrocks, J., Lowe, M., King, N., Pickett, W., McNevin, S. H., Cunningham, S., Rivera, D., Bisdounis, L., Bowie, C. R., Harkness, R., & Saunders, K. E. (2020). Predictors of mental health and academic outcomes in first-year university students: Identifying prevention and early-intervention targets. *BJPsych Open*, 6(3), e46. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.24>
- Dykhhoorn, J., Fischer, L., Bayliss, B., Brayne, C., Crosby, L., Galvin, B., & Walters, K. (2022). Conceptualising public mental health: development of a conceptual

- framework for public mental health. *BMC Public Health*, 22(1), 1407. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13775-9>
- Fakhrunnisak, D., & Patria, B. (2022). The positive effects of parents' education level on children's mental health in Indonesia: a result of longitudinal survey. *BMC Public Health*, 22(1), 949. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13380-w>
- Farooq, S., Khan, T., Zaheer, S., & Shafique, K. (2019). Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with multimorbidity and demographic factors: a community-based, cross-sectional survey in Karachi, Pakistan. *BMJ Open*, 9(11), e029315. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029315>
- Fawzy, M., & Hamed, S. A. (2017). Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Research*, 255, 186-194. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.027>
- Frankham, C., Richardson, T., & Maguire, N. (2020). Do locus of control, self-esteem, hope and shame mediate the relationship between financial hardship and mental health? *Community Mental Health Journal*, 56(3), 404-415. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00467-9>
- Golberstein, E., & Busch, S. H. (2014). Mental health, determinants of. En A. J. Culyer (Ed.), *Encyclopedia of Health Economics* (pp. 275-278). Elsevier.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Martínez, N. T., Rondón, M., Bautista, N., Rengifo, H., & Rico, M. M. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 50-57. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.009>
- Goodman, A., Patel, V., & Leon, D. A. (2008). Child mental health differences amongst ethnic groups in Britain: a systematic review. *BMC Public Health*, 8, 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-258>
- Greene, J., Cohen, D., Siskowski, C., & Toyinbo, P. (2017). The relationship between family caregiving and the mental health of emerging young adult caregivers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 44, 551-563. <https://doi.org/10.1007/s11414-016-9526-7>
- Handerer, F., Kinderman, P., Shafti, M., & Tai, S. (2022). A scoping review and narrative synthesis comparing the constructs of social determinants of health and social determinants of mental health: Matryoshka or two independent constructs? *Frontiers in Psychiatry*, 13, 848556. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.848556>
- Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J., & Wittchen, H. U. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 354-360. <https://doi.org/10.1159/000107563>
- Hartley, D. (2004). Rural health disparities, population health, and rural culture. *American Journal of Public Health*, 94(10), 1675-1678. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.10.1675>
- Hernández-Vásquez, A., Vargas-Fernández, R., Bendezu-Quispe, G., & Grendas, L. N. (2020). Depression in the Peruvian population and its associated factors: analysis of a national health survey. *Journal of Affective Disorders*, 273, 291-297. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.100>
- Herrero, J., & Gracia, E. (2007). Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD-7). *Salud Mental*, 30(5), 40-46.
- Hjorth, C. F., Bilgrav, L., Frandsen, L. S., Overgaard, C., Torp-Pedersen, C., Nielsen, B., & Bøggild, H. (2016). Mental health and school dropout across educational levels and genders: a 4.8-year follow-up study. *BMC Public Health*, 16, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3622-8>

- Hwang, M. H., & Nam, J. K. (2021). Enhancing grit: Possibility and intervention strategies. En L. E. van Zyl, C. Olckers, L. van der Vaart (Eds.), *Multidisciplinary perspectives on grit: Contemporary theories, assessments, applications and critiques* (pp. 77-93). Springer.
- Kennedy, S., Kidd, M. P., McDonald, J. T., & Biddle, N. (2015). The healthy immigrant effect: patterns and evidence from four countries. *Journal of International Migration and Integration*, 16, 317-332. <https://doi.org/10.1007/s12134-014-0340-x>
- Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B., & Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1026-1032. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1026>
- Kessler, R.C., Angermeyer, M.C., Anthony, J.C., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., de Girolamo, G., Gluzman, S.F., Gureje, O., Haro, J.M., Kawakami, N., Karam, A.N., Levinson, D., Medina Mora, M.E., Oakley Browne, M.A., Posada-Villa, J.A., Stein, D.J., Adley Tsang, C.H., Aguilar-Gaxiola, S.A., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S.G., Pennell, B., Berglund, P.A., Gruber, M.J., Petukhova, M.V., Chatterji, S., & Ustün, T.B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Lam, K. K. L., & Zhou, M. (2019). Examining the relationship between grit and academic achievement within K-12 and higher education: A systematic review. *Psychology in the Schools*, 56(10), 1654-1686. <https://doi.org/10.1002/pits.22302>
- Lederbogen, F., Kirsch, P., Haddad, L., Streit, F., Tost, H., Schuch, P., & Meyer-Lindenberg, A. (2011). City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature*, 474(7352), 498-501. <https://doi.org/10.1038/nature10190>
- Levecque, K., Lodewyckx, I., & Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 229-239. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.022>
- Ley N.º 29837 de 2012. Ley que crea el Programa Nacional de Becas y Crédito Educativo. 13 de febrero de 2012. Diario El Peruano.
- Li, W., Zhao, Z., Chen, D., Peng, Y., & Lu, Z. (2022). Prevalence and associated factors of depression and anxiety symptoms among college students: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(11), 1222-1230. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13606>
- Limone, P., & Toto, G. A. (2022). Factors that predispose undergraduates to mental issues: A cumulative literature review for future research perspectives. *Frontiers in Public Health*, 10, 831349. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.831349>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357-369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)

- Mayo, C. O., Pham, H., Patallo, B., Joos, C. M., & Wadsworth, M. E. (2022). Coping with poverty-related stress: A narrative review. *Developmental Review, 64*, 101024. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2022.101024>
- Ministerio de Educación. (2018). *Tipología y caracterización de las escuelas privadas en el Perú* (Estudios Breves N.º 3). Oficina de Medición de la Calidad de los Aprendizajes.
- Mirzaei, M., Ardekani, S. M. Y., Mirzaei, M., & Dehghani, A. (2019). Prevalence of depression, anxiety and stress among adult population: results of Yazd health study. *Iranian Journal of Psychiatry, 14*(2), 137.
- Mofatteh, M. (2020). Risk factors associated with stress, anxiety, and depression among university undergraduate students. *AIMS Public Health, 8*(1), 36-65. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2021004>
- Mojtabai, R., Stuart, E. A., Hwang, I., Eaton, W. W., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2015). Long-term effects of mental disorders on educational attainment in the National Comorbidity Survey ten-year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*, 1577-1591. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1083-5>
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders, 71*(1-3), 1-9. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00379-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00379-2)
- Mustaza, M. S. A., & Kutty, F. M. (2022). The relationship between grit personality and resilience. *Creative Education, 13*(10), 3255-3269. <https://doi.org/10.4236/ce.2022.1310208>
- Oksanen, A., Laimi, K., Björklund, K., Löyttyniemi, E., & Kunttu, K. (2017). A 12-year trend of psychological distress: National study of Finnish university students. *Central European Journal of Public Health, 25*(2), 113–119. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4438>
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College Students: Mental Health Problems and Treatment Considerations. *Academic Psychiatry, 39*, 503–511. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0205-9>
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2015). Depressive symptoms and social demographic, stress and health risk behaviour among university students in 26 low-, middle- and high-income countries. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 19*(4), 259–265. <https://doi.org/10.3109/13651501.2015.1082598>
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry, 177*(6), 486-492. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.486>
- Piscocya-Tenorio, J. L., Heredia-Rioja, W. V., Morocho-Alburqueque, N., Zeña-Nañez, S., Hernández-Yépez, P. J., Díaz-Vélez, C., Failoc-Rojas, V. E., & Valladares-Garrido, M. J. (2023). Prevalence and factors associated with anxiety and depression in Peruvian medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(4), 2907. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042907>
- Pourjali, F., & Zarnaghash, M. (2010). Relationships between assertiveness and the power of saying no with mental health among undergraduate student. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 9*, 137-141. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.12.126>
- PRONABEC (2023). *Plan de Gestión Institucional 2023–2026*.
- Ramsawh, H. J., Weisberg, R. B., Dyck, I., Stout, R., & Keller, M. B. (2011). Age of onset, clinical characteristics, and 15-year course of anxiety disorders in a prospective, longitudinal, observational study. *Journal of Affective Disorders, 132*(1-2), 260–264. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.006>
- Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de Investigación Psicológica, 6*(1), 2325-2336. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30053-9)

- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education*, 44(sup3), 105-113. <https://doi.org/10.5175/JSWE.2008.773247702>
- Servaty-Seib, H. L., & Hamilton, L. A. (2006). Educational performance and persistence of bereaved college students. *Journal of College Student Development*, 47(2), 225-234. <https://doi.org/10.1353/csd.2006.0024>
- 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, 282-292. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.054>
- Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: a review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, 30(4), 259-292.
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875-R878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>
- Stentiford, L., Koutsouris, G., & Allan, A. (2023). Girls, mental health and academic achievement: A qualitative systematic review. *Educational Review*, 75(6), 1224-1254. <https://doi.org/10.1080/00131911.2021.2007052>
- Strine, T. W., Mokdad, A. H., Balluz, L. S., Gonzalez, O., Crider, R., Berry, J. T., & Kroenke, K. (2008). Depression and anxiety in the United States: findings from the 2006 behavioral risk factor surveillance system. *Psychiatric Services*, 59(12), 1383-1390. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1383>
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
- Tangney, J. P., Boone, A. L., & Baumeister, R. F. (2018). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. En R. Baumeister, *Self-regulation and self-control* (pp. 173-212). Routledge.
- Tataje Márquez, A. J. (2013). Sintomatología depresiva y dimensiones de perfeccionismo en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana.
- Vargas, M., Talledo-Ulfe, L., Heredia, P., Quispe-Colquepisco, S., & Mejia, C. R. (2018). Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: estudio en siete departamentos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 32-36. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.008>
- Vilchez-Cornejo, J., Quiñones-Laveriano, D., Failoc-Rojas, V., Acevedo-Villar, T., Larico-Calla, G., Mucching-Toscano, S., & Díaz-Vélez, C. (2016). Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 54(4), 272-281. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272016000400002>
- Wass, R., Timmermans, J., Harland, T., & McLean, A. (2020). Annoyance and frustration: Emotional responses to being assessed in higher education. *Active Learning in Higher Education*, 21(3), 189-201. <https://doi.org/10.1177/1469787418762462>
- World Health Organization (WHO) (2012). Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO Secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. WHO.
- World Health Organization (WHO) (2022). World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. WHO.
- World Health Organization. (WHO) (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.). <https://www.who.int/>

- Wyatt, T. J., Oswald, S. B., & Ochoa, Y. (2017). Mental Health and Academic Performance of First-Year College Students. *International Journal of Higher Education*, 6(3), 178-187.
- Yimam, K., Kebede, Y., & Azale, T. (2014). Prevalence of common mental disorders and associated factors among adults in Kombolcha Town, Northeast Ethiopia. *Journal of Depression and Anxiety*, 1, 007. <https://doi.org/10.4172/2167-1044.S1-007>

Anexos

Anexo 1. Construcción de índices a partir de escalas psicométricas

Se empleó análisis factoriales confirmatorios (CFA, por sus siglas en inglés) para evaluar las estructuras internas de las pruebas psicométricas utilizadas y estimar las cargas factoriales de los ítems por cada dimensión de los constructos, considerando el estimador de mínimos cuadrados ponderados ajustados a la media y varianza. Se tomaron en consideración cuatro índices de bondad de ajuste: el índice de ajuste comparativo (CFI, por sus siglas en inglés; > 0.90) y el índice de Tucker-Lewis (TLI, por sus siglas en inglés; > 0.90); la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA, por sus siglas en inglés; < 0.08), y el residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR, por sus siglas en inglés; < 0.10),

Por otra parte, para identificar evidencias de confiabilidad se empleó el coeficiente ω para evaluar la consistencia interna de las dimensiones de las escalas. Este coeficiente estima la consistencia interna de un conjunto de ítems, teniendo en cuenta tanto la variabilidad común como la específica. A través de esta medida, se buscó determinar si los ítems medían de manera homogénea la variable subyacente ($\omega > 0.80$). Además, se presentan los índices de correlación ítem-total corregidos por cada factor, donde valores superiores a 0.50 sugieren una coherencia adecuada entre el ítem y la dimensión.

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, 21 ítems (DASS-21)

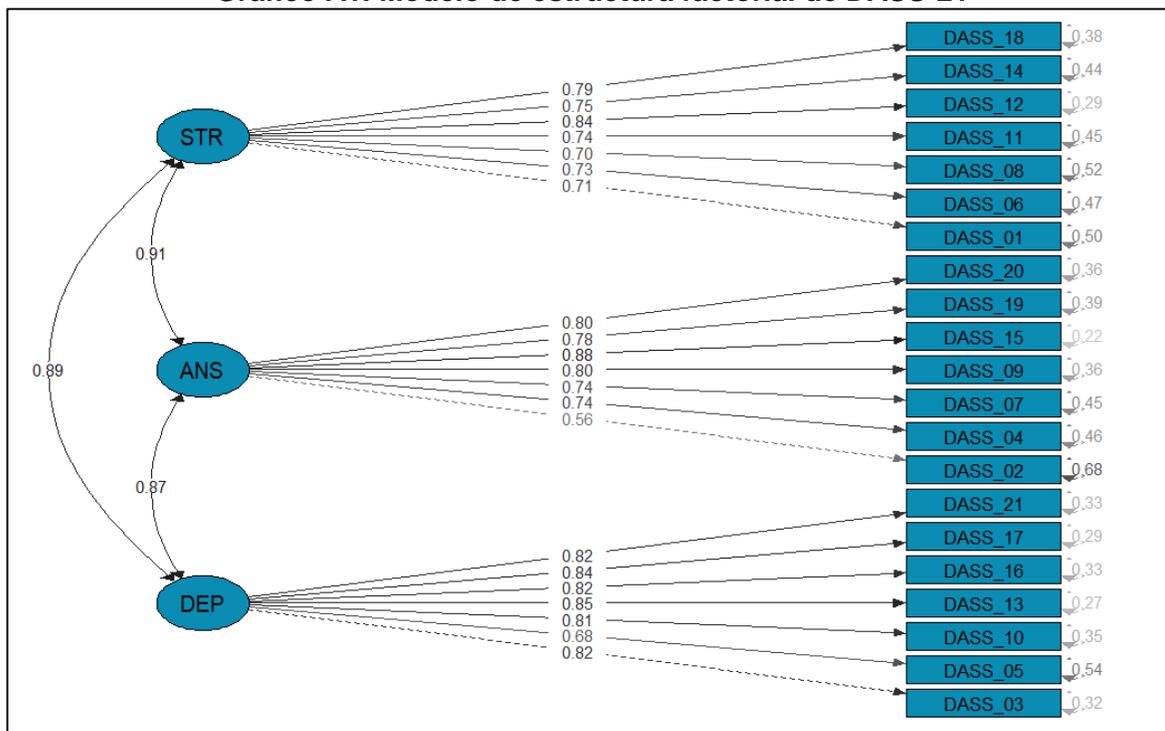
Los índices de bondad de ajuste sugieren que el modelo original de tres dimensiones del DASS-21 posee un ajuste conveniente (ver Tabla A1).

Tabla A1. Índices de bondad de ajuste de estructura factorial de DASS-21

χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
2573.552	186	0.968	0.972	0.062	0.036

En el Gráfico A1, se pueden observar las cargas factoriales de los ítems hacia sus respectivos factores, así como la covarianza entre factores y la varianza única de los ítems. En general, las cargas factoriales son bastante altas, lo que sugiere que los ítems (variables manifiestas) se encuentran adecuadamente alineados con sus factores correspondientes (variables latentes). Por otro lado, se observa una alta correlación entre las variables latentes (entre 0.87 y 0.91). Esto sugiere que, aunque los tres constructos son distintos, están estrechamente relacionados.

Gráfico A1. Modelo de estructura factorial de DASS-21



STR: Estrés. ANS: Ansiedad. DEP: Depresión.

La Tabla A2 presenta los índices de confiabilidad del DASS-21, desglosados en sus tres factores: depresión, ansiedad y estrés. Estos factores tienen coeficientes ω de 0.90, 0.86, 0.87, respectivamente, lo cual sugiere una alta consistencia interna para todos los casos. Las correlaciones ítem-test corregidas varían entre 0.54 y 0.86 para los diferentes factores.

Tabla A2. Índices confiabilidad de DASS-21

Factor	Item	Correlación ítem-test corregida	Coficiente ω
Depresión	DASS 03	0.82	0.90
	DASS 05	0.63	
	DASS 10	0.81	
	DASS 13	0.82	
	DASS 16	0.83	
	DASS 17	0.84	
	DASS 21	0.83	
Ansiedad	DASS 02	0.54	0.86
	DASS 04	0.76	
	DASS 07	0.77	
	DASS 09	0.74	
	DASS 15	0.86	
	DASS 19	0.82	
	DASS 20	0.77	

(Continúa)

	DASS 01	0.70	
	DASS 06	0.73	
	DASS 08	0.69	0.87
Estrés	DASS 11	0.74	
	DASS 12	0.83	
	DASS 14	0.73	
	DASS 18	0.78	

Cuestionario de Habilidades Sociales

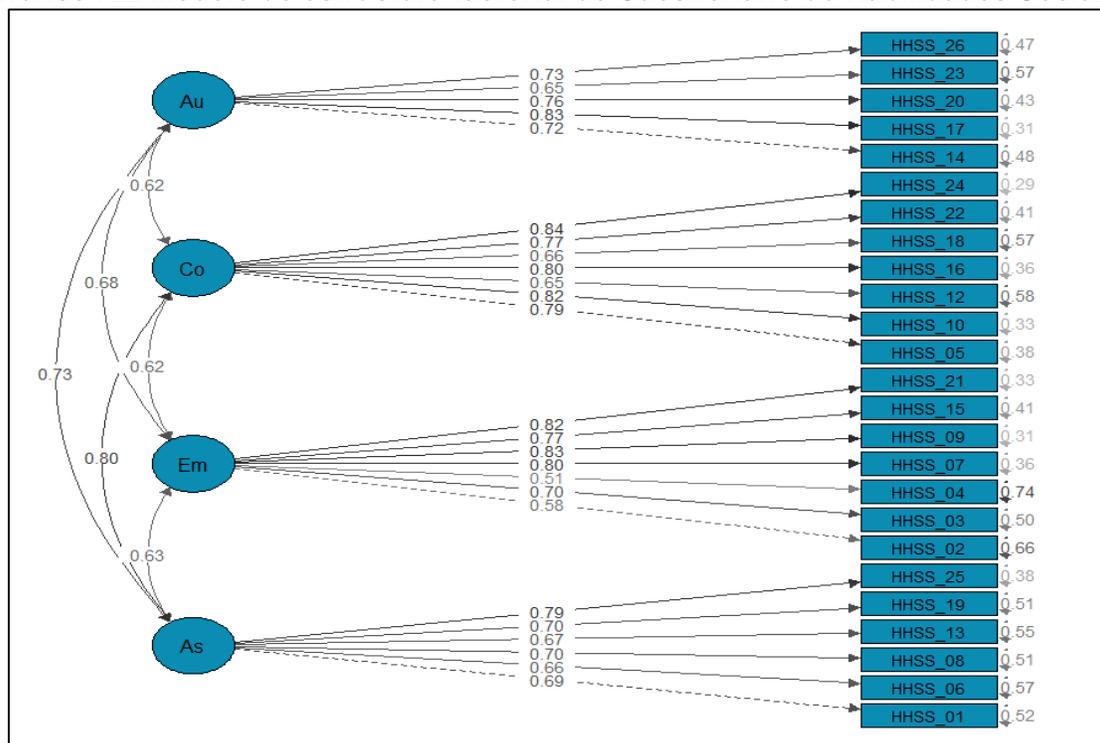
Los índices de bondad de ajuste sugieren que el modelo de cuatro dimensiones del Cuestionario de Habilidades Sociales posee un ajuste conveniente, aunque la RMSEA se ubica bastante cerca al umbral para considerar a este índice como adecuado (ver Tabla A3).

Tabla A3. Índices de bondad de ajuste de estructura factorial de Cuestionario de Habilidades sociales

χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
5888.416	269	0.931	0.923	0.079	0.051

En el Gráfico A2, se pueden visualizar las cargas factoriales de los ítems hacia sus factores, así como la covarianza entre factores y la varianza única de los ítems. Las cargas factoriales son altas en su mayoría, lo que sugiere que los ítems están alineados con sus respectivos factores. Por otro lado, se observa una alta relación entre las variables latentes, siendo mayor para el caso de los factores de compromiso y asertividad (0.80).

Gráfico A2. Modelo de estructura factorial de Cuestionario de Habilidades Sociales



Au: Autocontrol. Co: Compromiso. Em: Empatía. As: Aserividad.

La Tabla A4 presenta los índices de confiabilidad del Cuestionario de Habilidades Sociales, desglosados en sus cuatro factores: asertividad, empatía, compromiso y autocontrol interpersonal. Los coeficientes ω oscilan entre 0.81 y 0.88, indicando una alta consistencia interna en todos los casos. Las correlaciones ítem-test corregidas varían entre 0.53 y 0.86 para los diferentes factores.

Tabla A4. Índices confiabilidad de Cuestionario de Habilidades Sociales

Factor	Item	Correlación ítem-test corregida	Coeficiente ω
Asertividad	HHSS 01	0.68	0.82
	HHSS 06	0.65	
	HHSS 08	0.71	
	HHSS 13	0.59	
	HHSS 19	0.66	
	HHSS 25	0.79	
Empatía	HHSS 02	0.53	0.84
	HHSS 03	0.68	
	HHSS 04	0.63	
	HHSS 07	0.81	
	HHSS 09	0.80	
	HHSS 15	0.77	
Compromiso	HHSS 21	0.79	0.88
	HHSS 05	0.74	
	HHSS 10	0.84	
	HHSS 12	0.63	
	HHSS 16	0.79	
	HHSS 18	0.67	
Autcontrol interpersonal	HHSS 22	0.69	0.81
	HHSS 24	0.86	
	HHSS14	0.74	
	HHSS 17	0.63	
	HHSS 20	0.72	
	HHSS 23	0.75	
	HHSS 26	0.77	

Escala de Grit

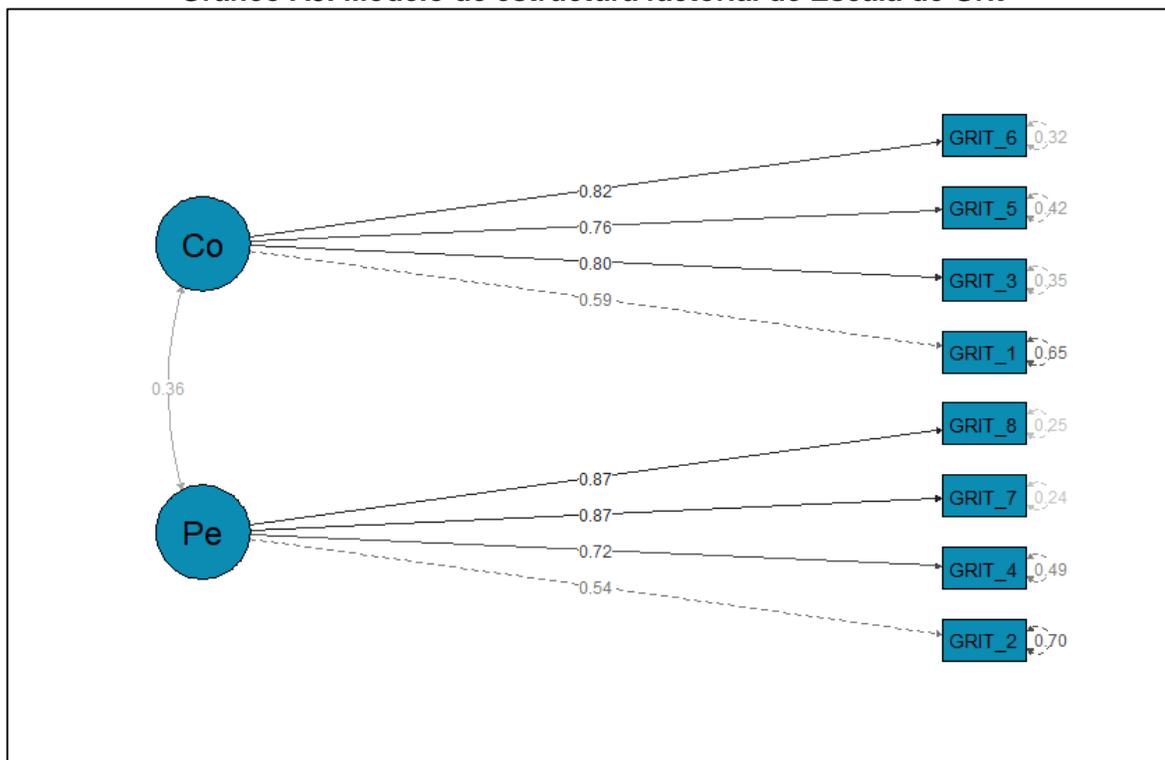
El CFI, TLI y RSMR indican que el modelo original de dos dimensiones de la Escala de Grit posee un ajuste conveniente (ver Tabla A5). La RMSEA muestra un valor que están por encima de lo considerado aceptable.

Tabla A5. Índices de bondad de ajuste de estructura factorial de Escala de Grit

χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
650.642	19	0.971	0.957	0.099	0.052

En el Gráfico A3, se puede observar las cargas factoriales de los ítems hacia sus respectivos factores, así como la covarianza entre factores y la varianza única de los ítems. En general, las cargas factoriales son altas, lo que plantea que los ítems están alineados con sus factores correspondientes. Por otra parte, se observa relación moderada entre las variables latentes (0.36), lo que sugiere que estos factores se distinguen entre sí.

Gráfico A3. Modelo de estructura factorial de Escala de Grit



Co: Compromiso. Pe: Perseverancia.

La Tabla A6 presenta los índices de confiabilidad de la Escala de Grit, desagregados en sus dos factores: perseverancia del esfuerzo y consistencia del interés. Los coeficientes ω son 0.80 y 0.81, de manera respectiva, indicando una alta consistencia interna en ambas dimensiones. Las correlaciones ítem-test corregidas varían entre 0.56 y 0.83.

Tabla A6. Índices confiabilidad de Escala de Grit

Factor	Item	Correlación ítem-test corregida	Coefficiente ω
Perseverancia del esfuerzo	GRIT 2	0.56	0.80
	GRIT 4	0.75	
	GRIT 7	0.81	
	GRIT 8	0.83	
Consistencia del interés	GRIT 1*	0.61	0.81
	GRIT 3*	0.78	
	GRIT 5*	0.76	
	GRIT 6*	0.77	

*. Ítems inversos

Anexo 2. Pruebas de líneas paralelas

La Tabla B1 presenta los resultados de las pruebas de líneas paralelas, las cuales evalúan si los coeficientes de las variables explicativas permanecen constantes a lo largo de las distintas categorías de la variable dependiente ordinal en el modelo de regresión logística ordinal. Estas pruebas son fundamentales para validar la suposición de *odds* proporcionales, ya que determinan si los coeficientes difieren significativamente entre las categorías de la variable dependiente. Si el valor *p* es mayor que 0.05, se mantiene la hipótesis nula, lo que indica que no hay evidencia estadística suficiente para rechazar la suposición de *odds* proporcionales, sugiriendo que la tendencia de líneas paralelas se mantiene. Los resultados de la Tabla B1 muestran que, para la mayoría de las pruebas, el valor *p* es mayor que 0.05, lo que sugiere que la suposición de *odds* proporcionales se mantiene. Sin embargo, para el caso de estrés, algunas pruebas presentan valores *p* menores que 0.05, lo que indica que la suposición puede no cumplirse.

Tabla B1. Pruebas de líneas de paralelas según tipo de sintomatología

Test	Depresión			Ansiedad			Estrés		
	χ^2	df	<i>p</i>	χ^2	df	<i>p</i>	χ^2	df	<i>p</i>
Wolfe Gould	86.44	82	0.347	76.80	82	0.641	102.00	82	0.067
Brant	97.03	82	0.123	93.27	82	0.186	110.40	82	0.020
score	94.72	82	0.159	96.06	82	0.137	111.40	82	0.017
likelihood ratio	94.73	82	0.159	91.77	82	0.216	114.80	82	0.010
Wald	100.9	82	0.076	102.90	82	0.059	120.70	82	0.004

Anexo 3. Puntos de corte de los modelos de odds proporcionales

La Tabla C1 presenta los *odds ratio* y las desviaciones estándar correspondientes a los puntos de corte de los modelos aplicados a las categorías de las variables dependientes. Los puntos de corte dividen las categorías de cada variable (sin sintomatología, sintomatología leve, sintomatología moderada, y sintomatología severa o extremadamente severa) y las OR indican la probabilidad de que la variable dependiente se sitúe en una categoría específica o superior.

Tabla C1. Puntos de corte de modelos de regresión logístico ordinal proporcional

	Depresión		Ansiedad		Estrés	
	<i>Odds ratio</i>	Desviación estándar	<i>Odds ratio</i>	Desviación estándar	<i>Odds ratio</i>	Desviación estándar
Corte 1	0.001	-0.004	0.066	-0.030	0.105	-0.052
Corte 2	0.0205	-0.010	0.103	-0.047	0.251	-0.124
Corte 3	0.085	-0.039	0.344	-0.155	0.795	-0.394

PRONABEC