

Sintomatología depresiva y bienestar psicológico en estudiantes universitarios chilenos

JOSÉ LUIS ROSSI^{1,6,a}, JUAN PABLO JIMÉNEZ²,
PAULINA BARROS^{2,b}, RODRIGO ASSAR^{3,4,d,f}, KARINA JARAMILLO^c,
LUISA HERRERA^{4,e,f}, YAMIL QUEVEDO², ALBERTO BOTTO²,
CAROLINE LEIGHTON², FELIPE MARTÍNEZ^{5,f}

Depressive symptomatology and psychological well-being among Chilean university students

Background: Quality of life and psychological well-being are readily hampered by depression. The changes that students face during college life impact their psychological health and well-being, including the emergence of mental health problems like depression. **Aim:** To determine the relationship between depressive symptoms, sociodemographic parameters and psychological well-being in undergraduate university students. **Material and Methods:** Five hundred eighty university students of both sexes, from the Metropolitan and IX Regions of Chile answered the Beck Depression Inventory (BDI-IA) and the Ryff's psychological well-being scale. **Results:** Twenty eight percent of respondents had clinically significant depressive symptoms, and these were more frequent in women. There was an inverse and statistically significant relationship between psychological well-being and depressive symptoms. This fact was especially marked in dimensions of autonomy, positive relationships with others and purpose in life. **Conclusions:** There is a high frequency of depressive symptoms among these students. We discuss whether psychological well-being and depressive symptomatology represent two extremes within a continuum or they are two independent dimensions that can account for differential causal mechanisms linked to mental health and illness.

(Rev Med Chile 2019; 147: 579-588)

Key words: Depression; Mental Health; Quality of Life.

La depresión es un cuadro heterogéneo que se caracteriza por presentar una vulnerabilidad neurobiológica particular y sensibilidad incrementada al ambiente, teniendo el estrés un rol patogenético fundamental¹. Dentro de sus manifestaciones clínicas, aparece como síntoma principal el profundo estado de malestar experi-

mentado por quien la padece, lo que de acuerdo a Beck podría entenderse como un sentimiento de desesperanza frente al mundo, hacia el futuro y hacia sí mismo². En nuestro país, la depresión está en aumento, con una prevalencia de síntomas depresivos de 14,4% en la población entre 15 y 24 años³.

¹Departamento de Psiquiatría Norte. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

²Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

³Centro de Medicina Informática y Telemedicina (CIMT), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

⁴Programa de Genética Humana, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

⁵Programa de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

⁶Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

^aPsicólogo, Magíster en Psicología Clínica, Doctor (c) en Psicoterapia, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

^bPsicóloga, Magíster en Psicología Clínica. ^cKinesióloga, Magíster en Epidemiología Clínica, Estudiante de Doctorado en Salud Pública.

^dIngeniero Civil Matemático.

^eBioquímica.

^fPhD.

Proyecto financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo de la Ciencia y Tecnología, FONDECYT N° 1150166 y al Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a través de la Iniciativa Científica Milenio, Proyecto IS130005. CONICYT-PFCHA/ Doctorado Nacional/ 2018- 21181616.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 9 de abril de 2018, aceptado el 30 de abril de 2019.

Correspondencia a:

Paulina Barros V.

paulinabarros@med.uchile.cl

Las tasas de trastornos depresivos reportadas en estudiantes universitarios a nivel nacional e internacional tienden a ser elevadas en comparación con la población general¹⁴⁻⁸. Una revisión sistemática realizada por Chen y cols, en 2013⁷, identificó una prevalencia media ponderada de sintomatología depresiva de 30,6%, lo que sugiere que los estudiantes universitarios presentan tasas de depresión sustancialmente más elevadas que la población general, con mayor prevalencia en mujeres. Dentro de los factores de riesgo reportados en este estudio se encuentran mayor edad, insatisfacción con la carrera y bajo nivel económico propio y de los padres. En este sentido, las variables socioeconómicas anteriormente mencionadas resultan relevantes para comprender las diferencias en la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios^{7,9,10}. Un metaanálisis realizado en el año 2016 muestra cifras similares en estudiantes universitarios del área de la salud¹¹. Considerando esta realidad, surgen diversas preguntas que nos remiten a la forma de comprender la dinámica salud/enfermedad en esta población en particular.

La mayoría de los estudiantes universitarios en Chile se encuentran en un período de cambio y de exploración de alternativas que diseñan su futuro proyecto de vida^{12,13}. Esta etapa corresponde a lo que Arnett denomina *adultez emergente*¹², un período evolutivo que abarca desde los 18 a 29 años. La adultez emergente, como un constructo cultural, ha sido identificado en investigaciones con estudiantes universitarios chilenos, destacando como un período de exploración y transición para construir la identidad personal¹⁴. Durante este período vital existen múltiples desafíos, como el logro de mayor autonomía, asumir responsabilidades académicas y responder a expectativas personales y familiares.

Por otra parte, el contexto universitario pone en juego las competencias y habilidades para enfrentar importantes cambios como adaptarse a nuevos estilos de enseñanza, nuevas condiciones económicas, e incertidumbre frente al futuro. Estos cambios pueden significar un impacto importante en la salud y bienestar psicológico^{4,15}, imponiendo tareas, exigencias y desafíos que fomentan el surgimiento de mayores problemas de salud mental como la depresión¹⁶.

Para la Organización Mundial de la Salud

(OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En concordancia, la investigación sobre aspectos positivos del ser humano, tales como el pensamiento positivo, el optimismo y el bienestar físico, ha aumentado significativamente durante las últimas dos décadas¹⁷. A partir del movimiento de la psicología positiva, es posible observar un cambio en la definición de la salud humana que ha variado desde la ausencia/presencia de la enfermedad hacia la perspectiva del bienestar¹⁸.

El concepto de bienestar psicológico, de tradición eudaimónica¹⁹, propone al bienestar como la consecuencia de un funcionamiento psicológico pleno que permite a las personas desarrollar todo su potencial²⁰. Con base en algunos conceptos de la psicología humanista, su estudio se orienta al desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, teniendo como objetivo último explorar el desarrollo del potencial humano^{17,21-23}. Dentro de esta corriente, Carol Ryff propone un modelo multidimensional de bienestar psicológico, cuya ventaja es lograr convergencia teórica desde una diversidad de definiciones conceptuales previas²⁴. El modelo se compone de seis dimensiones: autoaceptación, crecimiento personal, propósito en la vida, relaciones positivas con otros, dominio ambiental y autonomía, cada una de las cuales supone un reto diferente en el esfuerzo por funcionar positivamente²⁵. Los estudios descriptivos se han enfocado principalmente en determinar asociaciones entre bienestar psicológico, algunas enfermedades médicas y características sociodemográficas (como edad, género, etc.) observándose un mejor comportamiento del modelo en población joven y de mediana edad^{24,26}. Las diferencias por género han sido reportadas por diversos estudios^{22,24,27-32}, destacándose hallazgos que indican menores puntajes de bienestar psicológico en mujeres^{29,31} y una diferencia significativamente mayor de la dimensión *relaciones positivas con otros* en este grupo^{30,33}.

Son escasos los estudios que abordan la relación entre la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico desde una perspectiva eudaimónica. Sin embargo, algunos datos crecientes de indicadores relacionados con la salud apuntan a una relación más consistente con la salud física³⁴. Por ejemplo, mayores puntuaciones en las dimensiones de propósito en la vida,

crecimiento personal y relaciones interpersonales se asocian a un menor riesgo cardiovascular y menores niveles de cortisol³⁵. Las personas con mejores relaciones con otros y sensación de propósito en la vida muestran menos factores proinflamatorios³⁶.

Cabe destacar que la aparición de síntomas depresivos se encuentra mediada por factores tanto neurobiológicos, personales y psicosociales, donde el bienestar psicológico podría jugar un rol fundamental. En este sentido, centrarse en el estudio de las dimensiones que componen el bienestar psicológico podría contribuir a avanzar en el diseño de estrategias preventivas y terapéuticas para la depresión en el grupo estudiado.

Considerando los antecedentes mencionados, este estudio se propone determinar la relación entre sintomatología depresiva, antecedentes sociodemográficos y las dimensiones de bienestar psicológico en estudiantes universitarios de pregrado, pertenecientes a dos universidades chilenas.

Material y Método

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 580 estudiantes de pregrado, hombres y mujeres, entre 18 y 25 años, pertenecientes a dos universidades chilenas, una de la Región Metropolitana y otra de la IX Región.

Diseño

Se utilizó un diseño no experimental, transversal, de carácter exploratorio y descriptivo.

Procedimiento

Dos integrantes del equipo de investigación que no tenían relación con los estudiantes acudieron a las respectivas instituciones para contactar a los universitarios, explicarles los objetivos del estudio e invitarlos a participar voluntariamente. Aquellos que aceptaron firmaron un consentimiento informado aprobado por los comités de ética de ambas universidades. Los procedimientos respetaron las normas éticas en base a la Declaración de Helsinki, actualizada en 2013. Posteriormente, los participantes completaron una batería autoadministrada de 3 instrumentos a través de una plataforma en Internet.

Instrumentos de medición

- 1) *ESOMAR*: Matriz de clasificación socioeconómica desarrollada por la *World Association of Market Research*, que ha sido adaptada y validada para Chile³⁷.
- 2) *Beck Depression Inventory (BDI-IA)*: Instrumento de autorreporte diseñado para evaluar sintomatología depresiva en adultos y adolescentes. Consta de 21 ítems, evaluados en escala Likert de 4 puntos³⁸.
- 3) *Escala de bienestar psicológico de Ryff*: Escala Likert de autorreporte compuesta por 6 dimensiones expresadas en 29 ítems. Se utilizó la adaptación española de D. van Dierendonck, que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas y ha sido ampliamente utilizada en estudios en población chilena²³.

Análisis de datos

Se utilizó el *software* estadístico R-Studio versión 1.0.136 y se realizó un análisis descriptivo de la caracterización sociodemográfica de los participantes a través de promedios y desviaciones estándar para variables cuantitativas, utilizando porcentajes y frecuencias para las variables dicotómicas. La evaluación de las diferencias de las variables continuas por grupo se realizó a través de pruebas t-Student y Anova de un factor. A través de chi-cuadrado se evaluó la presencia de sintomatología depresiva de acuerdo a los puntos de corte propuestos por Valdés y cols.³⁸, aplicando un factor de corrección acorde al número de grupos analizados para evaluar significancia estadística (0,05/número de grupos). Asimismo, la asociación entre las variables continuas se evaluó a través del coeficiente de correlación de Pearson. Las dimensiones de bienestar psicológico que resultaron significativas, las variables sexo y sintomatología depresiva, se analizaron mediante modelos lineales múltiples con interacciones a través regresión lineal.

Resultados

Caracterización sociodemográfica de la muestra

La tasa de respuesta de los participantes fue de 90%. En total participaron 580 estudiantes, de los cuales 49,3% (n = 286) provenía de la universidad perteneciente a la Región Metropolitana y 50,7% (n = 294) a la universidad de la IX Región. Ambos

grupos eran homogéneos en cuanto a género, número de hijos, estado civil, país de nacimiento y la edad de los estudiantes ($p > 0,05$) (Tabla 1).

Sintomatología depresiva

Se utilizó un puntaje de corte igual o mayor a 14 en la escala de Beck BDI-IA para definir sintomatología depresiva. Este puntaje garantiza una especificidad de 85,72% y sensibilidad de 90,81% al momento de distinguir entre grupos clínicos y no clínicos³⁸. El porcentaje total de sujetos con sintomatología depresiva correspondió a 28,0%, observándose una distribución del puntaje similar en ambas instituciones ($p = 0,673$). La Figura 1

muestra la distribución de sintomatología depresiva según sexo, con valores significativamente mayores en mujeres ($p < 0,0001$). El 32,2% de las mujeres y 22,5% de los hombres presentaba sintomatología depresiva ($p = 0,011$). Es posible identificar una asociación significativa entre sintomatología depresiva y edad, observándose una mayor frecuencia de esta en sujetos más jóvenes (r Pearson = $-0,082$; $p = 0,050$).

En cuanto a la relación entre sintomatología depresiva y nivel socioeconómico, solo se observaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel alto, cuando este se relacionó con el sexo: Las mujeres presentaron mayor sintomatología

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los participantes del estudio (n = 580)

Variable	Universidad 1		Universidad 2		Total		pa
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,086
Femenino	153	53,5	178	60,5	331	57,1	
Masculino	133	46,5	176	39,5	249	42,9	
Número de hijos							0,061
0	284	99,3	286	97,3	570	98,3	
1	2	0,7	8	2,7	10	1,7	
Estado civil							0,468
Soltero	280	97,9	284	96,6	564	97,2	
Viviendo en pareja	6	2,1	9	3,1	15	2,6	
Casado	0	0	0	0	0	0	
Separado	0	0	1	0,3	1	0,2	
Actividad							0,007
Solo estudia	139	48,6	138	46,9	277	47,8	
Estudia y ayuda en labores del hogar	92	32,2	95	32,3	187	32,2	
Estudia y trabaja	15	5,2	36	12,3	51	8,8	
Otros (deportes, voluntariado, etc.)	40	14,0	25	8,5	65	11,2	
Convive							0,226
Padres	172	60,1	170	57,8	342	59,0	
Familiar (hermano, primo, tío, etc.)	51	17,8	44	15,0	95	16,4	
Pareja	5	1,8	7	2,4	12	2,1	
Amigos	19	6,6	27	9,2	46	7,9	
Solo	24	8,4	18	6,1	42	7,2	
Otro (pensionista)	15	5,3	28	9,5	43	7,4	
Nivel socioeconómico							< 0,001
Alto	112	39,2	59	20,1	171	29,5	
Medio	145	50,7	175	59,5	320	55,2	
Bajo	29	10,1	60	20,4	89	15,3	

Nota. Universidad 1 = Institución perteneciente a la Región Metropolitana; Universidad 2 = Institución ubicada en la comuna de Temuco; n = frecuencia absoluta; *Se aplicó el Test de χ^2 .

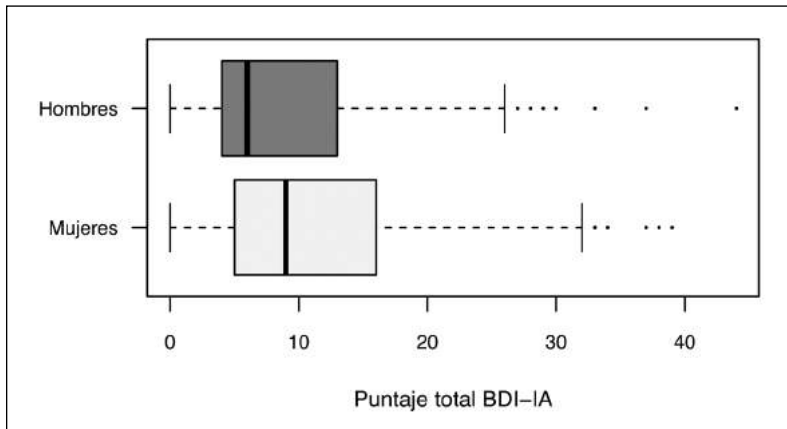


Figura 1. Distribución del puntaje total en la escala de sintomatología depresiva de Beck BDI-IA, según sexo.

Tabla 2. Distribución de sintomatología depresiva según nivel socioeconómico y sexo (n = 578)

	Alto		p	Medio		p	Bajo		p	Total (n = 578)
	Mujeres (n = 109)	Hombres (60)		Mujeres (n = 170)	Hombres (n = 150)		Mujeres (n = 50)	Hombres (n = 39)		
Puntaje total BDI										
Promedio	12,4	8,3	0,003	10,5	9,3	0,163	11,6	7,9	0,025	10,3
DS	8,8	8,1		8,1	7,5		7,8	6,9		8,1
Sintomatología depresiva ^a (%)										
Presente	39,4	16,7	0,002	26,5	26,7	0,968	36,0	15,4	0,030	28,0
Ausente	60,6	83,3		73,5	73,3		64,0	84,6		

Nota. ^aEstudiantes con 14 puntos o más en la escala BDI-IA; DS = Desviación estándar. Ajuste de nivel de significancia en $p < 0,0083$. N varía por número de sujetos que responden el instrumento.

depresiva que los hombres ($p < 0,008$ ajustado a 6 grupos), fenómeno que no ocurrió en los niveles socioeconómicos medio y bajo (Tabla 2).

Bienestar psicológico

El puntaje promedio de la muestra en la escala de bienestar fue de 145,93 puntos, con un rango en la escala de 29 a 203 puntos. En cuanto a la distribución, esta no mostró diferencias por institución ($p = 0,657$). En la Figura 2 se observa la distribución de los puntajes de acuerdo a las dimensiones de la escala de Ryff. Solo la dimensión *autonomía* presentó diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo, observándose puntajes más elevados en hombres. Por otra parte, las mujeres presentaron puntajes más altos en las dimensiones *relaciones positivas* y *propósito en la vida* (Tabla 3).

Respecto al nivel socioeconómico, no fue posible establecer relaciones significativas entre esta

variable y bienestar psicológico (Anova *post-hoc* $p > 0,232$), ni tampoco en relación a la edad de los sujetos ($p > 0,059$).

Sintomatología depresiva y bienestar psicológico

La asociación bivariada entre sintomatología depresiva y bienestar psicológico fue una relación inversa y estadísticamente significativa. Para cuantificar el efecto conjunto de las diferentes dimensiones de bienestar psicológico y el sexo del sujeto en la severidad de la sintomatología depresiva, se plantearon modelos lineales múltiples con interacciones. El modelo con mejor ajuste se obtuvo cuando se incluyeron por separado las dimensiones de *autonomía*, *relaciones positivas con otros* y *propósito en la vida*, y de manera adicional, la interacción entre esta última y el sexo (R^2 ajustado = 0,3272, Valor $P < 2 \times 10^{-16}$). El efecto de dicha interacción permitió una mejora estadísticamente significativa (comparación con

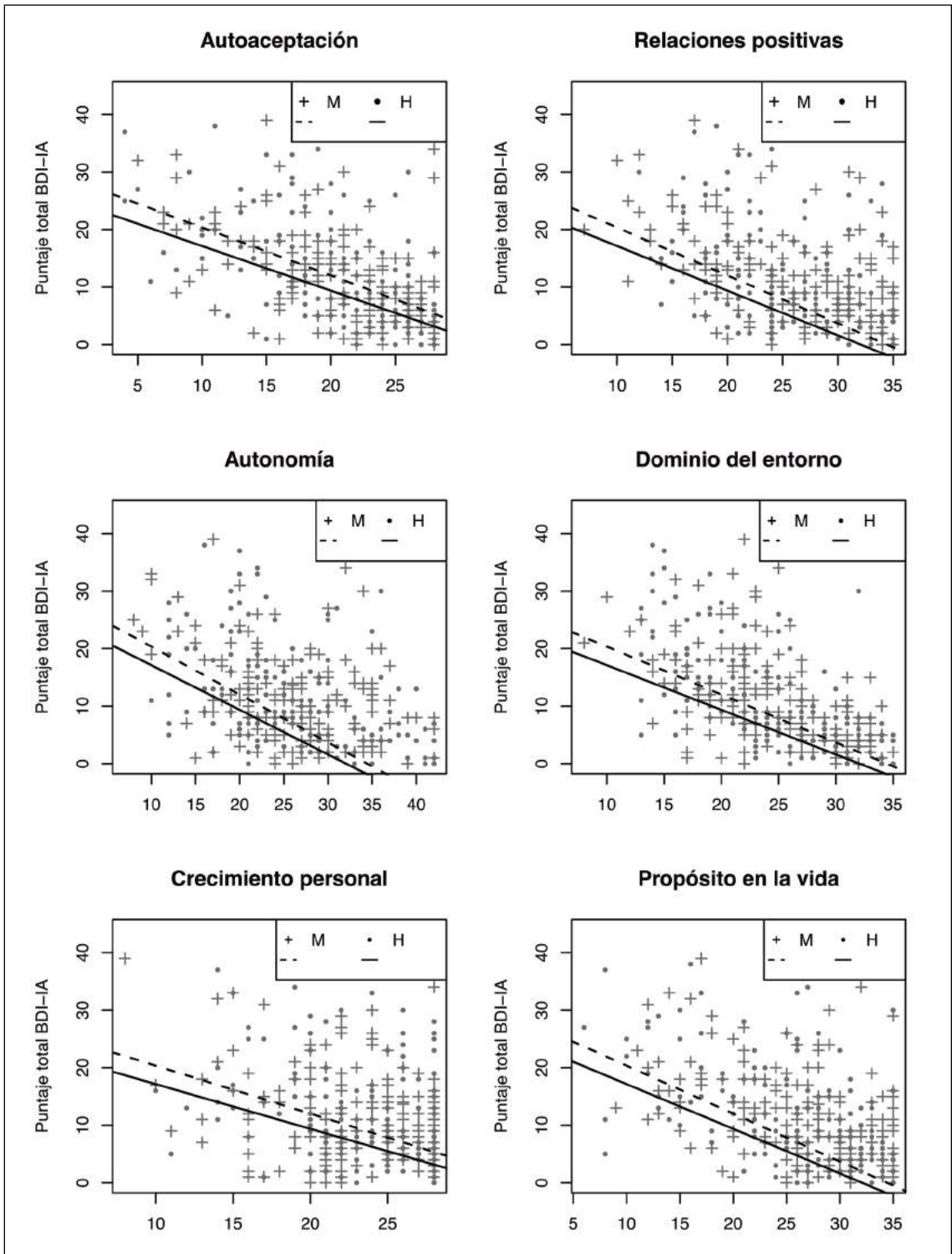


Figura 2. Distribución del puntaje total de BDI-IA según las dimensiones de la escala de bienestar subjetivo de Ryff. M = Mujeres; H = Hombres.

valor P de test F de Fisher = $4,63 \cdot 10^{-7}$) respecto del modelo aditivo sin interacciones. Las interacciones entre otras dimensiones y el sexo no resultaron significativas.

Considerando lo anterior, podemos constatar

que las tres dimensiones mencionadas tuvieron un efecto protector sobre la gravedad de la sintomatología depresiva, siendo *propósito en la vida* la dimensión con mayor significancia estadística (Tabla 5). Adicionalmente, se aprecia un efecto

Tabla 3. Análisis bivariado de las dimensiones del bienestar subjetivo según sexo y nivel socioeconómico

Dimensiones	Sexo		pa	Nivel socioeconómico			pb	Total (n = 569)
	Femenino (n = 324)	Masculino (n = 245)		Alto (n = 165)	Medio (n = 315)	Bajo (n = 89)		
Autoaceptación	20,9 (5,5)	20,8 (5,3)	0,842	21,1(5,3)	20,9(5,5)	19,9(5,5)	0,209	20,8 (5,4)
Relaciones positivas	25,9 (6,4)	24,9 (6,2)	0,059	26,1(6,7)	25,4(6,3)	24,7(5,8)	0,234	25,5 (6,3)
Autonomía	26,2 (7,4)	27,5 (6,9)	0,031	26,9(6,9)	26,9(7,2)	26,0(7,9)	0,555	26,8 (7,2)
Dominio del entorno	24,2 (5,8)	24,5 (4,9)	0,603	24,2(5,5)	24,6(5,4)	23,8(5,5)	0,451	24,3 (5,5)
Crecimiento personal	22,9 (4,3)	22,6 (4,3)	0,268	22,9(4,4)	22,8(4,3)	22,7(4,1)	0,843	22,8 (4,3)
Propósito en la vida	26,2 (6,7)	25,1 (6,5)	0,057	25,8(6,8)	25,8(6,5)	25,5(6,7)	0,914	25,7 (6,6)
Total	146,4 (28,6)	145,4 (26,0)	0,665	147,0 (27,6)	146,3 (27,7)	142,9 (26,4)	0,425	145,9 (27,5)

Nota. Medidas de resumen: promedio (desviación estándar); ^aPruebas t de Student; ^bANOVA de un factor. N varía por el tipo de análisis estadístico.

Tabla 4. Correlaciones bivariadas entre el puntaje total de la escala de sintomatología depresiva según las dimensiones del bienestar subjetivo (n = 569)

	SDEP	AA	RP	A	DE	CP	PV	PT
Sintomatología depresiva	-	-0,543***	-0,422***	-0,364***	-0,557***	-0,363***	-0,465***	-0,578***
Autoaceptación		-	0,552***	0,448***	0,736***	0,621***	0,829***	0,883***
Relaciones positivas			-	0,358***	0,550***	0,437***	0,483***	0,726***
Autonomía				-	0,471***	0,339***	0,372***	0,667***
Dominio del entorno					-	0,537***	0,736***	0,854***
Crecimiento personal						-	0,585***	0,715***
Propósito en la vida							-	0,847***

Nota. SDEP = Sintomatología depresiva; AA = Autoaceptación; RP = Relaciones positivas; A = Autonomía; DE = Dominio del entorno; CP = Crecimiento personal; PV = Propósito en la vida; PT = Puntaje total Escala de Ryff. N varía por el tipo de análisis estadístico. Correlaciones significativas *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

Tabla 5. Modelo 2 de regresión lineal múltiple. Estimación de la sintomatología depresiva en función del sexo y las dimensiones propósito en la vida, relaciones positivas y autonomía

Factor	Coefficiente	Intervalo de Confianza (95%)
Modelo 2		
Intercepto	32,58***	[29,76; 35,40]
Propósito en la vida (β)	-0,34***	[-0,44; -0,24]
Relaciones positivas (β)	-0,30***	[-0,4; -0,2]
Autonomía (β)	-0,17***	[-0,25; -0,09]
Propósito en la vida x género (β)	-0,11***	[-0,15; -0,07]
R ² ajustado	0,3272***	-

Nota. Valor de p T-test (ajuste por Bonferroni) significativos: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

protector estadísticamente significativo de la interacción entre sexo y esta dimensión (coeficiente -0,11 y valor P de t-Student = $4,46 \cdot 10^{-7}$).

Discusión

Los resultados del presente estudio, en relación a la presencia de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios, concuerdan con los hallazgos de investigaciones nacionales e internacionales, las que evidencian tasas más elevadas en comparación con la población general, con coincidencias en el reporte respecto de la mayor presencia de síntomas depresivos en mujeres^{5,8,16,39}. Destaca un mayor porcentaje de sintomatología depresiva en mujeres de estrato alto, situación que difiere con reportes a nivel nacional e internacional, donde las cifras más elevadas se encuentran en niveles socioeconómicos bajos, sin discriminación por sexo^{40,41}. Estos hallazgos nos llevan a suponer que la alta prevalencia de sintomatología depresiva en los sujetos de este estudio tiene relación con condiciones propias de la vida universitaria. A modo de hipótesis, es posible que estas diferencias se relacionen con una tendencia, en esta población, a la homogeneización del nivel socioeconómico, donde las diferencias en este ámbito dejan de ser una variable importante, en términos de la per-

cepción subjetiva de los estudiantes. En relación a esto, un estudio realizado en estudiantes de pregrado británicos encontró que la relación entre depresión y nivel socioeconómico se encontraba parcialmente mediada por la sensación de control percibido⁹.

La relación inversa entre bienestar psicológico y depresión es concordante con los modelos teóricos que plantean que ambos constructos constituyen dos extremos dentro de un continuo. Así, la depresión clínica podría ser conceptualizada como la pérdida del bienestar psicológico^{42,43}. Sin embargo, aproximadamente un tercio de los sujetos se comporta de manera diferente, mostrando niveles bajos de sintomatología depresiva al mismo tiempo que menores puntajes de bienestar psicológico, o bien, niveles elevados de sintomatología depresiva en concomitancia con puntajes altos de bienestar psicológico (Tabla 6). Este hallazgo puede ser comprendido a la luz del modelo de “dos continuos”, que sostiene que los trastornos mentales y la salud mental están relacionados pero constituyen dimensiones distintas: Un continuo indica la presencia o ausencia de salud mental y el otro, la presencia o ausencia de psicopatología⁴⁴. Este modelo tiene implicancias clínicas, pues permite explicar cómo individuos con un mismo diagnóstico y nivel de gravedad, pueden tener distintos niveles de adaptación psicosocial,

Tabla 6. Análisis de individuos outliers con puntaje más alto o más bajo de bienestar psicológico, en relación a su puntaje de sintomatología depresiva (n = 173)

Características de los participantes	Puntaje bienestar subjetivo		p	Total
	Más bajo de lo esperado	Más alto de lo esperado		
Nivel socioeconómico (n, %)			0,149	
Alto	22 (25,3%)	33 (38,4%)		55 (31,8%)
Medio	47 (54,0%)	41 (47,7%)		88 (50,9%)
Bajo	18 (20,7%)	12 (14,0%)		30 (17,3%)
Sexo (n, %)			< 0,001	
Femenino	34 (39,1%)	62 (72,1%)		96 (55,5%)
Masculino	53 (60,9%)	24 (27,9%)		77 (44,5%)
Edad (promedio, DS)	20,36 (1,7)	20,13 (1,5)	0,358	20,40 (1,6)
Sintomatología depresiva				
Puntaje total BDI (Promedio, DS)	3,94 (2,9)	24,02 (7,1)	< 0,001	
Presencia de sintomatología depresiva				
Frecuencia	0	82	< 0,001	82
Porcentaje	0	95,3%		47,4%

Nota. DS = Desviación estándar.

con un impacto diferencial en su calidad de vida y bienestar general⁴⁵.

En relación a las dimensiones del bienestar psicológico, son tres las que podrían tener un efecto protector frente a la sintomatología depresiva. Dentro de ellas, *autonomía y relaciones positivas con otros*, asociadas a hombres y mujeres, respectivamente, muestran concordancia con otros estudios^{22,24,46}. La dimensión *propósito en la vida* resulta especialmente interesante al ser transversal para ambos sexos y porque no se destaca en la literatura, lo que podría indicar una característica particular de la población estudiada.

Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de implementar intervenciones orientadas a la salud mental de los estudiantes universitarios en nuestro contexto nacional y, al mismo tiempo, pueden ser concebidos como un punto de partida para diseñar estrategias orientadas a promover y mejorar el bienestar psicológico. La intervención sobre las dimensiones mencionadas podría influir positivamente en la prevención de la sintomatología depresiva en estudiantes universitarios. Sin embargo, los resultados de esta investigación son limitados en tanto la muestra no es representativa de la población general, las características del universo estudiado son variadas y complejas, por lo que los resultados obtenidos deben ser comprendidos en base al modelo teórico planteado y complementados con nuevos estudios que aborden la asociación entre ambos fenómenos en diversos contextos universitarios. Variables como trauma temprano, presencia de estresores recientes, estilos de personalidad y marcadores neurogenéticos⁴⁷, serán incorporadas en futuras publicaciones producto de esta investigación en un intento por avanzar en la comprensión de los complejos mecanismos involucrados en el proceso de salud y enfermedad mental.

Referencias

1. Nemeroff CB. The neurobiology of depression. *Sci Am* 1998; 278 (6): 42-9.
2. Beck A, Rush J, Shaw B, Emery G. *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao. Ed. Desclée de Brouwer; 2005.
3. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. 2011 [Consultado el 01 de junio de 2017]. Disponible en <http://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>.
4. Dyson R, Renk K. Freshmen adaptation to university life: Depressive symptoms, stress, and coping. *J Clin Psychol* 2006; 62 (10): 1231-44.
5. Baader T, Rojas C, Molina J, Gotelli M, Álamo C, Fierro C, et al. Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Rev Chil Neuro-psiquiatr* 2014; 52 (3): 167-76.
6. Czernik G, Giménez S, Mora M, Almirón L. Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de Medicina de Corrientes, Argentina. *ALCMEON* 2006; 13 (2): 64-73.
7. Chen L, Wang L, Qiu XH, Yang XX, Qiao ZX, Yang YJ, et al. Depression among Chinese University Students: Prevalence and Socio-Demographic Correlates. *Mitchell AJ*, editor. *PLoS One* 2013; 8 (3): e58379.
8. Cova Solar F, Alvia W, Aro M, Bonifetti A, Hernández M, Rodríguez C. Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción. *Ter Psicol* 2007; 25 (2): 105-12.
9. Ibrahim AK, Kelly SJ, Glazebrook C. Socioeconomic status and the risk of depression among UK higher education students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48: 1491-501.
10. Krause M, Espinoza-Duque HD, Tomicic A, Córdova AC, Vásquez D. Psychotherapy for depression from the point of view of economically disadvantaged individuals in Chile and Colombia. *Counsell Psychother Res J* 2018; 18 (2): 178-89.
11. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016; 316 (21): 2214-36.
12. Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol* 2000; 55 (5): 469-80.
13. Arnett JJ. *Adolescence and Emerging Adulthood: A cultural approach*. New Jersey: Prentice Hall; 2010.
14. Barrera-Herrera A, Vinet E. Adultez emergente y características culturales de la etapa en universitarios chilenos. *Ter Psicol* 2017; 35 (1): 47-56.
15. Rodas J, Montoya L, Toro B, Briñón M, Rosas E, Salazar L. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Med* 2010; 24 (1): 7-17.
16. Mícin S, Bagladi V. Salud mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Ter Psicol* 2011; 29 (1): 53-64.
17. Daraei M. Social Correlates of Psychological Well-Being

- Among Undergraduate Students in Mysore City. *Soc Indic Res* 2013; 114 (2): 567-90.
18. Ryff CD, Singer B. The Contours of Positive Human Health. *Psychol Inq* 1998; 9 (1): 1-28.
 19. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Anu Rev Psychol* 2001; 52: 141-66.
 20. Vázquez C, Hervás G, Rahona J, Gómez D. Bienestar psicológico y salud : Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anu Psicol Clínica y la Salud* 2009; 5: 15-28.
 21. Maslow A. *Toward a psychology of being*. New York: Editorial Van Nostrand; 1968.
 22. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 1989; 57 (6): 1069-81.
 23. Vera-Villarreal P, Urzúa M. A, Silva JR, Pavez P, Celis-Atenas K. *Psicol Reflexão e Crítica* 2013; 26 (1): 106-12.
 24. Keyes C, Shmotkin D, Ryff C. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol* 2002; 82 (6): 1007-22.
 25. Ryff C, Keyes C. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69 (4): 719-27.
 26. Maldonado Saucedo M. Bienestar Subjetivo y Depresión en Mujeres y Hombres Adultos Mayores Viviendo en Pobreza. *Acta Investig Psicológica* 2015; 5 (1): 1815-30.
 27. Steca P, Ryff C, D'Alessandro S, Delle Fratte A. Il benessere psicologico: differenze di genere e di età nel contesto italiano. [Personal WellBeing. Gender and age differences in Italy]. *Psicol della Salut* 2002; 2: 121-43.
 28. Visani D, Albieri E, Offidani E, Ottolini F, Tomba E, Ruini C. Gender Differences in Psychological Well-Being and Distress During Adolescence. En: IB, Editor. *The Human Pursuit of Well-Being: A cultural approach*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2011. p. 65-70.
 29. Akhter S. Psychological Well-Being in Student of Gender Difference. *Int J Indian Psychol* 2015; 2 (4): 153-61.
 30. Mayordomo T, Viguer P, Sales A, Satorres E, Meléndez JC. Resilience and Coping as Predictors of Well-Being in Adults. *J Psychol* 2016; 150 (7): 809-21.
 31. Ruini C, Ottolini F, Rafanelli C, Ryff C, Fava GA. La validazione italiana delle psychological well-being scales (PWB). *Riv Psichiatri* 2003; 38 (3): 117-30.
 32. Ruini C, Ottolini F, Rafanelli C, Tossani E, Ryff CD, Fava GA. The Relationship of Psychological Well-Being to Distress and Personality. *Psychother Psychosom* 2003; 72 (5): 268-75.
 33. Capone V, Caso D, Petrillo G. Un'applicazione del Mental Health Continuum di Keyes al contesto italiano: benessere e malessere in giovani, adulti e anziani [Personal Well Being. Gender and age differences in Italy]. *Psicol Della Salut* 2002; (2): 121-43.
 34. Vázquez C, Castilla C. Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología* 2007; 4 (2-3): 385-404.
 35. Ryff CD, Dienberg Love G, Urry HL, Muller D, Rosenkranz MA, Friedman EM, et al. Psychological Well-Being and Ill-Being: Do They Have Distinct or Mirrored Biological Correlates? *Psychother Psychosom* 2006; 75 (2): 85-95.
 36. Friedman EM, Hayney MS, Love GD, Urry HL, Rosenkranz MA, Davidson RJ, et al. Social relationships, sleep quality, and interleukin-6 in aging women. *Proc Natl Acad Sci USA* 2005; 102 (51): 18757-62.
 37. Adimark. *El Nivel Socio Económico Esomar*. 2000.
 38. Valdés C, Morales-Reyes I, Pérez JC, Medellín A, Rojas G, Krause M. Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck IA para la población chilena. *Rev Med Chile* 2017; 145 (8): 1005-12.
 39. Benítez C, Quintero J, Torres R. Prevalencia de riesgo de trastornos psiquiátricos en estudiantes de pregrado de la Escuela de Medicina de la P. Universidad Católica de Chile. *Rev Med Chile* 2001; 129 (2): 173-8.
 40. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano. 2011.
 41. Pabayo R, Alcantara C, Kawachi I, Wood E, Kerr T. The role of depression and social support in non-fatal drug overdose among a cohort of injection drug users in a Canadian setting. *Drug Alcohol Depend* 2013; 132 (3): 603-9.
 42. Gargiulo RA, Stokes MA. Subjective Well-Being as an Indicator for Clinical Depression. *Soc Indic Res* 2009; 92 (3): 517-27.
 43. Cummins R, Lau A, Davern M. Homeostatic mechanisms and subjective well-being. En: *Handbook of social indicators and quality of life studies*. New York: Springer; 2007.
 44. Kinderman P, Tai S, Pontin E, Schwannauer M, Jarman I, Lisboa P. Causal and mediating factors for anxiety, depression and well-being. *Br J Psychiatry* 2015; 206 (6): 456-60.
 45. Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev* 2010; 17 (2): 110-9.
 46. Li R, Kao C, Wu Y. Gender differences in psychological well-being: Tests of factorial invariance. *Qual Life Res* 2015; 24 (11): 2577-81.
 47. Jiménez JP, Botto A, Herrera L, et al. Psychotherapy and Genetic Neuroscience: An Emerging Dialog. *Front Genet* 2018; 9: 257.