



Universidad de
Playa Ancha
Facultad de Ciencias
Sociales

Facultad de Ciencias Sociales

Carrera de Sociología

**Acceso a la salud mental en contexto de precariedad
institucional: el caso de la Universidad de Playa Ancha**

Trabajo de titulación para optar a Título de Sociólogo

Naim Nicolás León

Profesora guía Dra. Christine Bailey Catalán

Facultad de Ciencias Sociales

Valparaíso, Chile

2025

Agradecimientos

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento a mi profesora guía, por su paciencia, apoyo constante y valiosas orientaciones, que me acompañaron durante todo el desarrollo de esta investigación. Su compromiso y confianza fueron esenciales para superar las dificultades y culminar este proceso con éxito.

A mi familia, pilar fundamental de mi trayectoria académica, por brindarme el respaldo y las condiciones necesarias para alcanzar esta meta. De manera especial, a mis abuelos, Jorge y Rosa, y a mi madre, Andrea, quienes han sido una fuente inagotable de motivación y ejemplo de perseverancia.

A mis amistades, por su apoyo incondicional y por ofrecerme el sostén emocional que tanto necesité en los momentos más exigentes de este camino.

Finalmente, a mi compañera animal, Hani, cuya presencia constante me recordó la importancia de la calma y la compañía sincera en los momentos de mayor exigencia.

A todos ellos mi gratitud eterna.

“Yo te juro que intento, esta vez intenté tanto, que lo logré.”

Índice

Índice	2
1. Resumen.....	6
Abstract	7
2. Introducción	8
3. Antecedentes del estudio	12
4. Planteamiento del problema.....	15
4.2. Pregunta de investigación.....	17
4.3. Objetivo general	17
4.4. Hipótesis	18
4.5. Justificación	19
5. Marco Teórico y abordaje epistemológico.....	21
5.1. Estructuras de bienestar y reproducción de la desigualdad en la universidad pública chilena.....	21
5.2. Capital cultural y barreras simbólicas en el acceso a la salud mental universitaria	28
5.3. La normalización del malestar y la clínica de lo “posible”.....	33
6. Estrategia metodológica.....	38
6.1. Enfoque y paradigma de investigación	38
6.2. Diseño de investigación y alcance.....	38
6.3. Unidad de análisis.....	39
6.4. Operacionalización de variables.....	40

6.5.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	42
6.6.	Técnica de análisis de datos	44
6.7.	Criterios de calidad del estudio	44
6.8.	Consideraciones éticas.....	47
7.	Discusión de resultados.....	49
7.1.	Análisis sociodemográfico	50
7.1.1.	Distribución porcentual por identidad de género del estudiantado	50
7.1.2.	Distribución porcentual por grupos etarios	53
7.1.3.	Distribución porcentual de estudiantes por promoción académica	54
7.1.4.	Distribución porcentual de estudiantes por carrera	57
7.1.5.	Distribución porcentual de estudiantes por Facultad	58
7.2.	Análisis variables clínicas	61
7.2.1.	Distribución de cantidad de atenciones.....	61
7.2.2.	Distribución por Tiempo de espera para atención	63
7.2.3.	Distribución porcentual por Motivos de consulta	64
7.2.4.	Distribución porcentual por Tipo de cierre de procesos.....	66
7.2.5.	Distribución por Activación de protocolo	68
7.3.	Análisis bivariado	69
7.3.1.	Relación entre Genero y Motivo de consulta	69
7.3.2.	Relación entre Género y Tipo de cierre de proceso	71
7.3.3.	Relación entre Género e Inasistencias del estudiantado	73
7.3.4.	Relación entre Género y Cantidad de atenciones (rango)	74
7.3.5.	Relación entre Género y Tiempo de espera para atención	75
7.3.6.	Relación entre Rango etario del estudiantado y Motivo de consulta	76
7.3.7.	Relación entre Rango etario del estudiantado y Tipo de cierre del proceso...	78
7.3.8.	Relación entre Rango etario e Inasistencias del estudiantado	80
7.3.9.	Relación entre Rango etario y Número de atenciones en rango.....	81
7.3.10.	Relación entre Rango etario y Tiempo de espera para atención	82
7.3.11.	Relación entre Carrera y Tipo de cierre del proceso.....	84

7.3.12.	Relación entre Carrera y Activación de protocolo.....	85
7.3.13.	Relación entre Carrera e Inasistencia del estudiantado.....	87
7.3.14.	Relación entre Facultad y Motivo de consulta del estudiantado.....	89
7.3.15.	Relación entre Facultad y tipo de cierre del proceso	90
7.3.16.	Relación entre Facultad y Tiempo de espera para atención	91
7.3.17.	Relación entre Facultad y Activación de protocolo	93
8.	Conclusiones	96
8.1.1.	Evaluación de hipótesis	98
8.1.2.	Recomendaciones.....	99
9.	Referencias bibliográficas.....	101
10.	Anexos	107

1. Resumen

En los últimos años, la salud mental universitaria ha adquirido un rol protagónico dentro de las preocupaciones institucionales, especialmente en universidades públicas donde las limitaciones presupuestarias, la alta demanda y la fragmentación administrativa dificultan la provisión efectiva de apoyo psicológico. En este contexto, la presente investigación analiza el sistema de atención psicológica de la Universidad de Playa Ancha (UPLA), institución pública de la región de Valparaíso, enfocándose en caracterizar el perfil del estudiantado atendido, los principales motivos de consulta y las dinámicas internas del dispositivo institucional encargado de brindar este servicio.

La investigación adopta un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional, basado en el análisis de datos secundarios provenientes de registros institucionales del Centro para el Desarrollo Psicosocial (CDP), correspondientes a los años 2023 y 2024. Los resultados muestran un acceso diferenciado según género, carrera y facultad, tiempos de espera prolongados y una alta proporción de procesos clínicos no concluidos formalmente. Las principales razones de consulta reportadas corresponden a sintomatologías ansiosas y depresivas.

El análisis de estos hallazgos permite concluir que el sistema de atención opera bajo una lógica de administración de la escasez, gestionando la demanda desde un enfoque selectivo y reactivo.

Palabras clave: Salud mental universitaria; atención psicológica; educación superior pública; Universidad de Playa Ancha.

Abstract

In recent years, university mental health has taken on a central role within institutional concerns, especially in public universities where budget limitations, high demand, and administrative fragmentation hinder the effective provision of psychological support. In this context, the present research analyzes the psychological care system of the Universidad de Playa Ancha (UPLA), a public institution located in the Valparaíso region, focusing on characterizing the profile of the students who receive care, the main reasons for consultation, and the internal dynamics of the institutional service responsible for providing this support.

The study adopts a quantitative, descriptive-correlational approach, based on the analysis of secondary data obtained from institutional records of the Centro para el Desarrollo Psicosocial (CDP), corresponding to the years 2023 and 2024. The results reveal differentiated access according to gender, academic program, and faculty, prolonged waiting times, and a high proportion of clinical processes not formally concluded. The main reasons for consultation reported are related to anxiety and depressive symptoms.

The analysis of these findings leads to the conclusion that the care system operates under a logic of scarcity management, handling demand through a selective and reactive approach.

Keywords: University mental health; psychological care; public higher education; Universidad de Playa Ancha.

2. Introducción

En las últimas décadas, la salud mental se ha posicionado como una de las principales problemáticas en el ámbito universitario a nivel global. Diversos estudios internacionales y nacionales alertan sobre el aumento sostenido de sintomatologías ansiosas, depresivas y de estrés en estudiantes universitarios, fenómeno que no solo afecta su bienestar subjetivo, sino también su desempeño académico, su permanencia institucional y sus trayectorias educativas. Un metaanálisis reciente, centrado en estudiantes de medicina a nivel global durante la pandemia de COVID-19, estimó una prevalencia de ansiedad del 45 % y de depresión del 48 %, evidenciando una alta afectación de la salud mental en contextos formativos exigentes (Lin et al., 2024).

En el contexto chileno, estas problemáticas se agudizan debido a las características del modelo educativo de corte neoliberal, las condiciones de vida del estudiantado y la histórica precarización de las políticas públicas en salud mental. Una revisión de alcance sobre salud mental en población universitaria chilena reportó prevalencias del 32,1 % en malestar psicológico, 27,4 % en síntomas depresivos y 20,2 % en ansiedad, además de deficiencias en el acceso a atención oportuna (Martínez et al., 2021). Por su parte, un estudio realizado en tres universidades chilenas identificó que más del 45 % del estudiantado presentaba sintomatología de riesgo asociada a depresión, ansiedad o estrés, incluyendo ideación suicida y comorbilidades (Barrera-Herrera & San Martín, 2021).

En este escenario, la presente investigación se centra en el análisis del sistema institucional de salud mental de la Universidad de Playa Ancha (UPLA), una

universidad pública regional que, al igual que muchas instituciones similares en Chile, enfrenta limitaciones estructurales y atiende principalmente a estudiantes provenientes de sectores socioeconómicos vulnerables. A través del estudio del funcionamiento del Centro para el Desarrollo Psicosocial (CDP), se busca comprender cómo opera el dispositivo de atención psicológica institucional y cuáles son las características del estudiantado que efectivamente accede al servicio.

En términos metodológicos, este estudio adopta un enfoque cuantitativo, de carácter descriptivo y correlacional. El análisis se basa en datos secundarios provenientes de registros institucionales de atención psicológica del CDP durante los años 2023 y 2024, lo que permite explorar el perfil sociodemográfico del estudiantado atendido, los motivos de consulta reportados, los tiempos de espera y las trayectorias dentro del dispositivo. Asimismo, mediante el uso de técnicas estadísticas básicas, se examinan relaciones entre variables clínicas y académicas como carrera, promoción o número de atenciones a fin de identificar patrones diferenciados en el acceso y en el proceso de atención.

El objetivo general de la investigación es caracterizar la atención psicológica brindada por el CDP de la Universidad de Playa Ancha, analizando los motivos de consulta y su asociación con variables sociodemográficas, a partir de los registros institucionales de atención entre 2023 y 2024.

Este documento se estructura en seis capítulos.

El capítulo uno desarrolla los antecedentes del estudio y las características del contexto institucional de la UPLA.

El capítulo dos plantea el problema de investigación, donde se expone la pregunta investigativa, el objetivo general y los objetivos específicos, así como la hipótesis.

El capítulo tres desarrolla el marco teórico y abordaje epistemológico, articulando los aportes de Esping-Andersen, Bourdieu y Foucault para analizar las dinámicas de reproducción de desigualdades en el acceso a la salud mental en el campo universitario. Se discuten aquí los conceptos de régimen de bienestar liberal, capital cultural, habitus, violencia simbólica, dispositivos de normalización y gubernamentalidad.

En el capítulo cuatro se presenta la estrategia metodológica, detallando el enfoque de investigación, diseño, unidad de análisis, operacionalización de variables, técnicas de recolección y análisis de datos.

El capítulo cinco corresponde a la discusión de resultados, donde se describen y analizan las principales variables sociodemográficas y clínicas, así como los patrones observados en el acceso y la atención psicológica brindada por el CDP.

El capítulo seis presenta las conclusiones, en las cuales se sintetizan los principales hallazgos del estudio, se reconocen las limitaciones metodológicas y se esbozan algunas recomendaciones generales para la mejora del sistema institucional de atención psicológica.

De esta forma, el presente trabajo busca aportar a la comprensión crítica del funcionamiento de los dispositivos de salud mental universitaria en el contexto chileno, tomando como estudio de caso la Universidad de Playa Ancha.

3. Antecedentes del estudio

La salud mental en el ámbito universitario se ha convertido en una preocupación creciente a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los jóvenes entre 18 y 25 años representan uno de los grupos más afectados por trastornos mentales, observándose un aumento significativo en casos de ansiedad, depresión y estrés (2022). La reciente pandemia de COVID-19 ha profundizado esta situación, incrementando en más de un 20% la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en estudiantes universitarios (Celis, 2022). Este fenómeno no solo afecta el bienestar subjetivo del estudiantado, sino que repercute directamente en su desempeño académico, incrementando los casos de deserción, bajo rendimiento y prolongación de las trayectorias educativas.

En el caso de Chile, la salud mental es reconocida como un derecho en el marco de la Ley N° 20.584 (2012), que regula los derechos y deberes en atención de salud. Sin embargo, esta normativa no establece directrices específicas para su aplicación en el ámbito educativo, delegando en las instituciones de educación superior la responsabilidad de definir y gestionar sus propios dispositivos de atención. Esta autonomía institucional ha derivado en una gestión heterogénea y fragmentada de los sistemas de atención psicológica. Según datos de la Superintendencia de Salud (2021), solo el 25% de las instituciones de educación superior chilenas cuenta con protocolos formalizados para el manejo de crisis psicológicas.

Diversos estudios, como el de Hunt y Eisenberg (2010), destacan que las universidades chilenas enfrentan importantes brechas entre la oferta y la demanda de atención psicológica, producto de la insuficiencia de recursos y la

ausencia de una planificación estratégica en esta área. Las universidades públicas, en particular, presentan mayores limitaciones presupuestarias, lo que restringe la contratación de profesionales especializados y la implementación de programas integrales. En respuesta a este escenario, la Subsecretaría de Educación Superior, en conjunto con el Ministerio de Salud, elaboró orientaciones y recomendaciones a través del Consejo Asesor en Salud Mental para la Educación Superior, en las cuales se reconoce explícitamente que los tiempos de espera prolongados y la atención insuficiente constituyen desafíos estructurales que requieren ser abordados (Ministerio de Educación de Chile & Ministerio de Salud, 2024).

En este contexto, la Universidad de Playa Ancha (UPLA) constituye una institución relevante a nivel regional. Fundada en 1948, es una universidad pública con sede principal en la ciudad de Valparaíso. Actualmente, cuenta con una matrícula aproximada de 5.000 estudiantes distribuidos en diversas facultades, incluyendo Ciencias Sociales, Educación, Artes, Humanidades, entre otras (Desarrollo Estudiantil, Universidad de Playa Ancha, comunicación personal, 2024). Su carácter público y su concentración de estudiantes provenientes de sectores mayoritariamente vulnerables posicionan a la UPLA como una institución clave para el análisis de las políticas de bienestar estudiantil en el sistema de educación superior chileno.

La Universidad de Playa Ancha dispone de un Centro para el Desarrollo Psicosocial (CDP), encargado de brindar apoyo psicológico a su comunidad estudiantil. Este centro fue creado originalmente gracias a un convenio de desempeño financiado por el Ministerio de Educación, y en junio de 2023 fue formalmente institucionalizado, pasando a depender de la Dirección General de

Desarrollo Estudiantil (DGDE). Con este cambio, el CDP aseguró su financiamiento mediante recursos regulares del presupuesto universitario, dejando de depender exclusivamente de la adjudicación de proyectos externos (Universidad de Playa Ancha, 2023).

Pese a su consolidación institucional, el servicio enfrenta limitaciones operativas. De acuerdo con registros internos, el tiempo promedio de espera para consultas no urgentes supera los 30 días. En términos presupuestarios, la universidad ha incrementado progresivamente la asignación de recursos al CDP: en 2023 se destinaron 71.511.503 pesos chilenos; en 2024, el presupuesto ascendió a 88.302.660 pesos, con proyecciones superiores a los 90 millones para el año 2025 (Dirección General de Desarrollo Estudiantil, comunicación personal, 10 de diciembre de 2024). Estos incrementos reflejan un esfuerzo institucional por fortalecer la atención psicológica, aunque persisten desafíos vinculados a la cobertura, la gestión interna y la estandarización de procedimientos.

En consecuencia, el estudio de la UPLA adquiere relevancia en el marco de los esfuerzos nacionales por comprender y optimizar los sistemas de salud mental en la educación superior pública, representando un caso ejemplar de las tensiones entre los principios de bienestar estudiantil y las limitaciones estructurales propias de las universidades estatales en Chile.

4. Planteamiento del problema

La creciente demanda por servicios de salud mental en las instituciones educativas subraya la importancia de desarrollar sistemas de atención eficaces que puedan responder a las necesidades de los estudiantes. Sin embargo, muchas universidades enfrentan limitaciones significativas, como recursos insuficientes y una organización inadecuada de los servicios, lo que genera una brecha entre la oferta y la demanda. Estudios internacionales han documentado cómo la demanda creciente en campus universitarios supera los incrementos en la capacidad de atención, generando cuellos de botella en el acceso y tiempos de espera prolongados (Eisenberg et al., 2023). En paralelo, investigaciones recientes señalan que en muchos casos menos de la mitad de los estudiantes con necesidad identificada de atención mental logran recibirla, evidenciando un fuerte problema estructural y de equidad (Lipson et al., 2023).

Diversas investigaciones han evidenciado que el acceso a la atención psicológica en servicios públicos, tanto en Chile como en otros países, se encuentra condicionado por limitaciones estructurales que restringen la cobertura y la oportunidad de atención, afectando de manera particular a grupos jóvenes y socioeconómicamente vulnerables (Martínez, Álvarez & Soto, 2021; Hunt & Eisenberg, 2010). En el caso chileno, este escenario se inscribe en un modelo de políticas públicas de corte mercantilizado, caracterizado por una provisión focalizada y con baja capacidad de respuesta frente a la demanda creciente (Esping-Andersen, 1999; Segovia, 2016). Bajo este contexto, los servicios de salud mental universitarios como el de la Universidad de Playa Ancha operan en condiciones de precariedad institucional que limitan su alcance, priorizando casos de mayor gravedad y dejando desatendidas otras

necesidades. Desde la perspectiva del habitus y el campo de Bourdieu (1990, 1993), estas restricciones no solo reproducen desigualdades materiales, sino también simbólicas, naturalizando jerarquías en el acceso y legitimando la exclusión de ciertos grupos. A su vez, desde la conceptualización foucaultiana de dispositivo (Foucault, 1977), el sistema de atención se configura como un entramado de saberes y prácticas que regula y normaliza conductas, reforzando las lógicas de poder que atraviesan el campo universitario.

La Universidad de Playa Ancha (UPLA) no está exenta de los desafíos planteados por la comunidad universitaria en materia de salud mental. Su sistema de atención está compuesto por una red primaria, que funciona como primer punto de contacto, y un nivel secundario de atención especializado en casos de mayor gravedad. Sin embargo, este modelo enfrenta una creciente saturación debido al aumento sostenido de la demanda, mientras que la capacidad institucional no ha experimentado un crecimiento proporcional.

Esta situación genera interrogantes sobre la efectividad del modelo actual para garantizar una cobertura oportuna, equitativa y de calidad, planteando la necesidad de analizar la posibilidad de existencia de brechas y/o saturación del sistema, dejando entrever las aristas donde se deben generar cambios.

En este contexto, la presente investigación se propone analizar el funcionamiento del sistema institucional de atención psicológica de la Universidad de Playa Ancha, focalizándose en las características del estudiantado que accede al servicio y en los motivos de consulta reportados. A partir de un enfoque cuantitativo descriptivo y relacional, el estudio busca caracterizar la atención brindada por el Centro para el Desarrollo Psicosocial

(CDP) entre los años 2023 y 2024, con el propósito de identificar posibles brechas entre la demanda real y la capacidad institucional de respuesta, así como patrones diferenciados de acceso vinculados a variables sociodemográficas y académicas.

4.2. Pregunta de investigación

- ¿Cuáles son las características de la atención psicológica brindada por el Centro para el Desarrollo Psicosocial (CDP) de la Universidad de Playa Ancha y cómo se relacionan con las variables sociodemográficas y académicas del estudiantado atendido, según los registros institucionales entre 2023 y 2024?

4.3. Objetivo general

Caracterizar las dinámicas de atención psicológica registradas por el Centro para el Desarrollo Psicosocial (CDP) de la Universidad de Playa Ancha y examinar su asociación con variables sociodemográficas y académicas del estudiantado, a partir de la base de datos institucional correspondiente a los años 2023 y 2024.

4.3.1. Objetivo específico

- Describir las características sociodemográficas y académicas del estudiantado registrado en la base de datos institucional de atención psicológica del CDP de la Universidad de Playa Ancha.

- Identificar las principales problemáticas reportadas como motivo de consulta psicológica en los registros institucionales del período analizado.
- Caracterizar los aspectos clínicos registrados en la atención psicológica, tales como número de sesiones, tipo de cierre, inasistencias, tiempos de espera y activación de protocolos.
- Describir las trayectorias generales de atención observadas en el sistema institucional, considerando las fases de inicio, continuidad y cierre de los procesos registrados.

4.4. Hipótesis

Hipótesis 1.

- Se espera que la mayoría de estudiantes que acceden al Centro para el Desarrollo Psicosocial (CDP) de la Universidad de Playa Ancha sean mujeres, con predominio de ciertos rangos etarios y promociones, y provenientes principalmente de determinadas facultades o carreras, de acuerdo con los antecedentes revisados.

Hipótesis 2.

- Existe una asociación significativa entre las características sociodemográficas del estudiantado (género, edad, promoción, carrera y

facultad) y las variables clínicas registradas en la atención psicológica (motivo de consulta, tiempos de espera, cantidad de sesiones, tipo de cierre y activación de protocolos) en el Centro para el Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha.

Hipótesis 3.

- Los motivos por los cuales los estudiantes de la Universidad de Playa Ancha buscan atención psicológica se concentran principalmente en factores emocionales y académicos.

4.5. Justificación

El presente estudio se justifica por la creciente preocupación respecto a la salud mental en los estudiantes universitarios; fenómeno que ha demostrado tener un impacto significativo en su rendimiento académico y bienestar general. En el contexto chileno, este problema adquiere especial relevancia, dado que la ENS reveló que, al menos en adultos de 18 años o más, la prevalencia de trastornos depresivos fue estimada en torno al 6,2 % (Jacques et al., 2022). A nivel institucional, la Universidad de Playa Ancha (UPLA), que atiende a una población estudiantil diversa y vulnerable, enfrenta grandes desafíos para proporcionar servicios de salud mental adecuados.

La salud mental no solo tiene repercusiones a nivel individual, sino también en el ámbito social. La relación entre el acceso a servicios de apoyo psicológico y el éxito académico ha sido bien documentada en estudios internacionales,

evidenciando que una proporción considerable de estudiantes con síntomas de trastornos mentales busca atención especializada, aunque su acceso varía significativamente según el contexto institucional (Osborn et al., 2022). Asimismo, investigaciones indican que la mejora en la salud mental de los estudiantes se asocia con un mayor rendimiento académico, persistencia en sus estudios y mayores tasas de titulación, lo que subraya la relevancia de garantizar servicios efectivos de atención (Lipson, 2019). Sin embargo, aún existe una necesidad apremiante de comprender cómo esta dinámica opera en el contexto específico de una universidad pública en Chile. Los estudiantes universitarios representan una generación clave para el desarrollo del país, y su bienestar psicológico es esencial para garantizar su participación activa en la sociedad y el mercado laboral. Este estudio ofrece una perspectiva integral sobre los desafíos que enfrentan los estudiantes para acceder a servicios de salud mental, destacando las barreras existentes y las posibles soluciones para garantizar un acceso equitativo y de calidad.

Para la Universidad de Playa Ancha, este análisis es especialmente pertinente, ya que el Centro para el Desarrollo Psicosocial (CDP) enfrenta una alta demanda que tensiona su capacidad de respuesta y puede afectar la calidad de la atención. Este estudio identifica las principales limitaciones del sistema y entrega orientaciones generales, fundamentadas en la evidencia recogida, que podrían contribuir al fortalecimiento de los recursos disponibles, al desarrollo de acciones preventivas y a una mejor organización de los procesos de atención.

5. Marco Teórico y abordaje epistemológico

Comprender las problemáticas en el acceso a los servicios de salud mental en el contexto universitario requiere situar el problema dentro de un entramado más amplio de relaciones estructurales, institucionales y simbólicas. Esta complejidad demanda una aproximación teórica que permita no solo describir las limitaciones del sistema, sino también interpretar sus raíces y dinámicas de reproducción. En esa línea, el análisis se apoya en enfoques que abordan la organización de los sistemas sociales, la reproducción de las desigualdades y el funcionamiento del poder en el ámbito institucional.

5.1. Estructuras de bienestar y reproducción de la desigualdad en la universidad pública chilena

Desde una perspectiva estructural, Esping-Andersen (1990) propone una tipología de regímenes de bienestar en función de la relación entre el mercado, el Estado y la familia, identificando tres modelos principales: liberal, conservador-corporativista y socialdemócrata. Esta clasificación permite analizar cómo se organizan las políticas sociales en distintos contextos y comprender sus implicancias en el acceso a servicios como la educación y la salud.

En el contexto latinoamericano, Filgueira (2005) señala que las políticas de educación superior han variado de acuerdo con el tipo de Estado de bienestar predominante en cada país. En naciones con modelos más universalistas, como Uruguay y Argentina, el acceso a la educación superior es menos dependiente

del nivel socioeconómico, mientras que, en países con sistemas más liberalizados, como Chile y México, la segmentación educativa se ha acentuado en décadas recientes, reproduciendo desigualdades de origen.

En este marco, Chile se inscribe dentro del modelo liberal, caracterizado por una fuerte mercantilización de los servicios sociales y una débil provisión pública (Esping-Andersen, 1999). Este enfoque resulta particularmente pertinente para comprender las limitaciones que enfrentan instituciones como la Universidad de Playa Ancha al momento de diseñar y sostener políticas de salud mental para su comunidad estudiantil. En la educación superior, este modelo se ha expresado en un alto grado de mercantilización del acceso, generando desigualdades en las oportunidades de los estudiantes según su nivel socioeconómico (Esping-Andersen, 1999).

El financiamiento ha sido uno de los aspectos más estudiados en relación con estas brechas. Segovia (2016) analiza cómo la política de gratuidad implementada en 2016 representó un intento de transición hacia un modelo más inclusivo, aunque con limitaciones estructurales que han perpetuado barreras para ciertos grupos. Por su parte, Brunner y Peña (2011) sostienen que el modelo chileno ha generado un sistema educativo altamente segmentado, en el que las instituciones de menor prestigio concentran a los estudiantes de menores ingresos.

Los efectos estructurales de este modelo se evidencian en la proliferación de instituciones privadas y la escasez de financiamiento estatal, configurando un entorno competitivo donde la calidad educativa y las oportunidades de los estudiantes dependen en gran medida de su capacidad económica (Ocampo,

2018). Derivado de esta dinámica, la tendencia a la privatización y el endeudamiento estudiantil se ha convertido en una característica estructural del sistema chileno. Según Solís (2020), la falta de un financiamiento público robusto ha profundizado las brechas entre instituciones, favoreciendo a aquellas con mayores recursos y limitando el acceso a universidades de prestigio para estudiantes de sectores vulnerables. Esta segmentación también repercute en el mercado laboral: Riquelme y Torres (2019) afirman que los egresados de universidades con menor reconocimiento enfrentan mayores dificultades para insertarse en empleos bien remunerados, lo que reproduce las desigualdades preexistentes en la estructura social.

Las condiciones de acceso y permanencia en la educación superior dependen en gran medida del diseño de las políticas públicas. Bellei y Contreras (2018) destacan que, a pesar de los avances en cobertura, la falta de políticas de apoyo integral para estudiantes de sectores vulnerables sigue siendo una de las principales causas de deserción en el sistema universitario chileno. En esta misma línea, Valenzuela et al. (2020) examinan el impacto de los programas de becas y créditos, concluyendo que, si bien han permitido el ingreso de más estudiantes, no han resuelto las inequidades en términos de resultados académicos y tasas de titulación. Rebolledo y Elacqua (2017) plantean que el sistema de financiamiento basado en la lógica del endeudamiento ha condicionado las trayectorias educativas y laborales de los estudiantes, generando efectos a largo plazo en la movilidad social.

Desde una perspectiva sociológica, Dubet y Martuccelli (1998) señalan que las universidades tienden a reproducir jerarquías que favorecen a quienes poseen mayores recursos culturales, consolidando las desigualdades existentes. La

selectividad institucional también juega un papel clave en este proceso. Según Muñoz y Rojas (2017), las universidades de mayor prestigio en Chile tienden a atraer a estudiantes con trayectorias educativas más favorables, mientras que los sectores más vulnerables se concentran en instituciones con menor respaldo académico y recursos, perpetuando así las desigualdades en el acceso y los resultados educativos.

El régimen liberal, en particular, se caracteriza por una débil intervención estatal, una alta dependencia del mercado en la provisión de servicios sociales y una lógica de focalización que tiende a estigmatizar a los beneficiarios de políticas públicas. Este modelo tiende a promover un principio de desmercantilización bajo mínimos, en el cual el acceso a bienes como la educación, la salud o la vivienda queda determinado, en gran medida, por la capacidad individual de adquirirlos en el mercado. La intervención estatal, en estos contextos, se reserva principalmente para grupos altamente vulnerables, mientras que la clase media y trabajadora debe financiar de forma privada gran parte de sus necesidades sociales.

En términos de estratificación social, Esping-Andersen (1990) señala que el régimen liberal reproduce y profundiza las desigualdades, dado que la lógica de acceso a los servicios está estructurada por el principio de eficiencia económica más que por el de justicia distributiva. A diferencia del modelo socialdemócrata, que busca universalizar el acceso y desmercantilizar las condiciones de vida, el régimen liberal se apoya en mecanismos de mercado que segmentan a la población y consolidan jerarquías en función del ingreso y el estatus ocupacional.

Una categoría clave en la obra de Esping-Andersen (1990) es la de desmercantilización, entendida como el grado en que un individuo puede mantener un nivel de vida digno independientemente de su participación en el mercado laboral. En otras palabras, un sistema de bienestar desmercantilizado es aquel en el cual las necesidades básicas como la educación, la salud o la seguridad social son garantizadas como derechos universales y no están supeditadas a la capacidad de pago del individuo o su familia.

En los regímenes liberales, caracterizados por una baja desmercantilización, las personas deben asumir los costos del bienestar de forma privada, ya sea a través del endeudamiento, la contratación de servicios, o la búsqueda de apoyo en redes informales. Esto genera un escenario de inseguridad estructural, donde el acceso a derechos sociales se convierte en un privilegio más que en una garantía, profundizando las desigualdades existentes.

En el caso chileno, diversas investigaciones coinciden en que el país se ha inscrito históricamente dentro de un modelo de bienestar liberal, especialmente desde las reformas estructurales implementadas durante la dictadura militar y profundizadas en los gobiernos de transición (Castiglioni, 2005; Pribble, 2013). Esta orientación ha implicado una progresiva privatización de servicios esenciales como la salud y la educación, junto con una subsidiariedad del Estado en la provisión directa de bienestar.

Castiglioni (2005) sostiene que Chile representa un caso de “liberalismo radicalizado”, en el cual las reformas neoliberales no solo redujeron el rol del Estado en la provisión social, sino que también redefinieron su función hacia un ente regulador del mercado, más que proveedor directo de derechos. Esta

transformación se consolidó en sectores como la salud y la educación, generando sistemas altamente segmentados y sostenidos por una lógica de competencia entre actores públicos y privados.

Por su parte, Pribble (2013) plantea que, si bien algunos gobiernos postdictatoriales intentaron avanzar hacia una ampliación de la protección social especialmente en salud y pensiones, el sistema chileno mantiene una estructura central basada en la focalización, la subsidiariedad del Estado y el financiamiento privado. Esta orientación reproduce lo que Esping-Andersen (1990) denomina una baja desmercantilización de la vida social, es decir, una escasa capacidad del Estado para garantizar condiciones de vida independientes del mercado.

La educación superior no ha estado exenta de estas lógicas. Desde la década de 1980, el sistema universitario chileno ha sido estructurado bajo una lógica de competencia y autofinanciamiento, en la que las instituciones públicas deben operar bajo criterios de eficiencia similares a los del sector privado. Esto ha generado una profunda segmentación institucional, donde las universidades con mayor prestigio concentran recursos y estudiantes de mayor capital económico y cultural.

Este marco resulta especialmente útil para comprender las restricciones que enfrentan las universidades públicas en la implementación de sistemas de apoyo en salud mental. En un contexto donde la provisión de bienestar está mercantilizada, los dispositivos de atención psicosocial son concebidos como servicios accesorios y no como derechos garantizados. La falta de financiamiento estructural, la ausencia de lineamientos nacionales obligatorios

y la necesidad de competir por recursos en condiciones desiguales sitúan a instituciones como la UPLA en una posición de precariedad estructural.

Aplicado al ámbito universitario, el concepto desarrollado previamente nos permite entender que la salud mental del estudiantado no está desmercantilizada en el caso chileno: su provisión no forma parte de un sistema universal, robusto ni obligatorio, sino que queda sujeta a las capacidades particulares de cada institución. Así, el acceso a atención psicológica depende de la disponibilidad presupuestaria, de la voluntad política interna o incluso de proyectos concursables, generando una oferta fragmentada y desigual entre universidades.

En el caso de la Universidad de Playa Ancha, esta lógica se traduce en un sistema de atención que, aunque comprometido con el bienestar de su estudiantado, opera con una estructura limitada, con alta rotación de profesionales, largos tiempos de espera y ausencia de estrategias preventivas de carácter institucional. La salud mental, en este contexto, no se garantiza como un derecho, sino que se gestiona como un recurso escaso. Esto no solo tensiona la labor del equipo de atención, sino que también traslada la responsabilidad del malestar al individuo, quien debe adaptarse, sostenerse y, en última instancia, resolver su situación dentro de los márgenes permitidos por la institución.

En definitiva, Esping-Andersen (1990) no solo permite identificar el tipo de régimen de bienestar en que se inscribe Chile, sino que también ofrece herramientas conceptuales para comprender por qué ciertas necesidades como la salud mental universitaria siguen sin ser abordadas desde una lógica de derechos, reproduciendo con ello las desigualdades sociales de origen.

La configuración estructural del régimen de bienestar chileno, tal como ha sido abordada desde el enfoque de Esping-Andersen y profundizada por distintas investigaciones, permite comprender los límites que enfrentan las instituciones públicas, como la UPLA, al momento de garantizar servicios de salud mental a su estudiantado. Sin embargo, si bien este marco ayuda a situar las condiciones estructurales que condicionan las decisiones institucionales, no basta para entender cómo estas condiciones afectan de manera distinta a quienes transitan por la universidad.

En este punto, se vuelve necesario considerar cómo las trayectorias sociales de los estudiantes influyen en su forma de habitar la universidad, de comprender sus derechos y de vincularse con los dispositivos de apoyo disponibles.

5.2. Capital cultural y barreras simbólicas en el acceso a la salud mental universitaria

Pierre Bourdieu permite abordar cómo las condiciones sociales de origen influyen en las trayectorias educativas y, en particular, en la relación que los estudiantes establecen con los dispositivos institucionales de apoyo. Desde esta perspectiva, la educación superior no solo refleja desigualdades sociales preexistentes, sino que también las reproduce mediante la distribución desigual del capital económico, cultural y social (Bourdieu, 1986; Bourdieu & Passeron, 1990).

Bourdieu entrega herramientas valiosas para observar cómo las desigualdades de origen se inscriben en el día a día de la vida universitaria. Conceptos como habitus, capital cultural y campo permiten entender por qué ciertos sectores del

estudiantado acceden con más facilidad a los servicios institucionales, mientras que otros experimentan obstáculos, inseguridad o distancia frente a ellos (Bourdieu, 1990, 1993).

Desde esta perspectiva, las brechas en el acceso a la salud mental no son solo el resultado de un sistema precarizado, sino también de la forma en que ese sistema es interpretado, internalizado y enfrentado por los propios sujetos. Comprender esta dimensión simbólica es clave para analizar cómo la desigualdad se reproduce incluso en espacios que buscan ofrecer contención y apoyo (Bourdieu & Passeron, 1990).

Esta reproducción simbólica se explica, en parte, por el habitus, entendido como un sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructurado por las condiciones sociales de origen e internalizado a lo largo de la experiencia (Bourdieu, 1990). El habitus orienta las prácticas, percepciones y aspiraciones de los estudiantes en su relación con el mundo universitario.

Aquellos socializados en contextos donde el acceso a servicios institucionales, como la atención psicológica, no forma parte de su experiencia cotidiana, tienden a percibir estos espacios como ajenos, lejanos o incluso inaccesibles. No se trata únicamente de desconocimiento, sino de una disposición aprendida que condiciona la forma en que los sujetos se vinculan con la oferta institucional, arraigada en la experiencia social previa y reforzada por la lógica institucional (Bourdieu, 1990).

Asimismo, el capital cultural, en sus formas incorporada, objetivada e institucionalizada, incide directamente en la capacidad de los estudiantes para

interpretar los códigos simbólicos que rigen la vida universitaria (Bourdieu, 1986). Quienes han acumulado este tipo de capital, ya sea a través de la escolarización formal o la transmisión familiar, tienden a desenvolverse con mayor soltura en los circuitos institucionales, pudiendo identificar oportunidades, gestionar demandas o activar redes de apoyo. Por el contrario, aquellos que no disponen de estos recursos simbólicos enfrentan obstáculos más sutiles, pero igualmente decisivos, que limitan su acceso a prestaciones como los servicios de salud mental. Estas desigualdades de acceso no se manifiestan de manera explícita, pero se reproducen a través de barreras simbólicas que actúan como mecanismos de exclusión no formalizados (Bourdieu & Passeron, 1990).

En este contexto, la universidad puede ser comprendida como un campo, es decir, un espacio social estructurado en torno a relaciones de fuerza y competencia, donde los actores se posicionan según el volumen y tipo de capitales que detentan (Bourdieu, 1993). Esta distribución desigual de capitales impacta directamente en la posibilidad de movilizar recursos institucionales, ya que no todos los estudiantes cuentan con las credenciales simbólicas necesarias para ser reconocidos como sujetos legítimos dentro del campo (Bourdieu, 1986).

La forma en que se gestionan las necesidades psicosociales del estudiantado está también mediada por esta estructura simbólica: los malestares que logran ser codificados bajo las lógicas dominantes del campo, como el lenguaje clínico o el discurso académico de la productividad, tienen más posibilidades de ser reconocidos y atendidos. En cambio, otras formas de sufrimiento, más difusas, politizadas o emocionalmente disruptivas, pueden quedar deslegitimadas o

incluso patologizadas (Bourdieu, 1990). Esta jerarquización implícita de las formas de expresar y experimentar el malestar contribuye a reforzar distancias simbólicas entre los sujetos, consolidando un orden institucional donde no todos acceden de igual forma a la escucha y al cuidado.

En este marco, opera lo que Bourdieu y Passeron (1990) denominan violencia simbólica: un modo de dominación que actúa mediante la imposición de significados y normas institucionales que son aceptadas como naturales, incluso por aquellos a quienes desfavorecen. La no demanda de atención, el silenciamiento del sufrimiento o la resignación frente a la exclusión no deben interpretarse como decisiones individuales, sino como efectos de una estructura social que define qué subjetividades merecen ser reconocidas y cuáles no. Así, la universidad, lejos de ser un espacio neutral, se constituye como un escenario donde se reproducen desigualdades también en el terreno del cuidado.

Además de ser un espacio estructurado por relaciones de poder, el campo universitario también se caracteriza por su lógica de legitimación, donde no todas las prácticas, saberes o demandas tienen el mismo valor. Bourdieu (1990) sostiene que el capital solo adquiere sentido dentro de un campo específico: es su relación con las reglas internas de ese espacio lo que determina su eficacia. Así, un estudiante puede poseer determinados recursos simbólicos que no necesariamente son reconocidos o valorizados por la universidad, quedando en una posición de subordinación que se expresa no solo en su desempeño académico, sino también en su vinculación con los servicios institucionales.

En este sentido, el capital cultural, aunque relevante, no actúa de forma aislada. Es su ajuste o desajuste con las expectativas del campo lo que determina si se

transforma en un recurso movilizable o en un déficit simbólico (Bourdieu, 1986). Esta lógica explica por qué ciertos estudiantes, a pesar de contar con saberes o experiencias valiosas en otros contextos, no logran traducirlos en estrategias efectivas dentro del espacio universitario. Se produce así una especie de disonancia estructural, donde los sujetos no encuentran reconocimiento institucional a sus formas de ser, de sentir o de expresar el malestar.

Esta falta de correspondencia no solo limita el acceso a oportunidades formales, sino que también afecta la forma en que los estudiantes interpretan su propio lugar en la universidad. En palabras de Bourdieu (1993). El campo produce y reproduce relaciones de dominación que se ejercen por medio del reconocimiento tácito de su estructura jerárquica. En consecuencia, muchos estudiantes internalizan como responsabilidad individual su dificultad para adaptarse, cuando en realidad están siendo atravesados por una lógica estructural de exclusión simbólica.

Bourdieu permite comprender cómo las desigualdades estructurales no solo condicionan las trayectorias educativas, sino que también se inscriben en las formas en que los estudiantes se vinculan con los dispositivos institucionales de apoyo. El acceso diferenciado a la salud mental universitaria no puede ser explicado únicamente por carencias materiales, sino también por barreras simbólicas que deslegitiman ciertos modos de habitar el malestar (Bourdieu, 1990; Bourdieu & Passeron, 1990). No obstante, si bien esta perspectiva da cuenta de cómo las disposiciones sociales se articulan con el campo universitario, resulta necesario incorporar una mirada que permita problematizar cómo las instituciones producen activamente formas específicas

de subjetividad, jerarquizan los discursos sobre el sufrimiento y delimitan qué experiencias merecen ser atendidas.

5.3. La normalización del malestar y la clínica de lo “posible”.

Michel Foucault (1963), en su análisis de la institucionalización del saber médico posibilita una lectura crítica del funcionamiento de los centros de atención psicológica, no solo como espacios terapéuticos, sino también como dispositivos de regulación y normalización. Así, estas instituciones definen qué conductas y emociones son consideradas legítimas y tratables, configurando subjetividades y jerarquizando formas de malestar.

Desde esta perspectiva, el análisis de Michel Foucault se vuelve fundamental para comprender cómo los dispositivos universitarios de salud mental no solo ofrecen contención, sino que también funcionan como tecnologías de poder que clasifican, regulan y normalizan las expresiones del malestar estudiantil. Estos dispositivos de salud mental no son neutrales, sino que operan dentro de una racionalidad gubernamental que moldea la subjetividad estudiantil conforme a criterios de normalidad y rendimiento

La articulación entre estructura, disposiciones y dispositivos permite entender cómo la desigualdad se actualiza en el acceso a la salud mental universitaria, no solo a través de carencias materiales, sino mediante formas simbólicas e institucionales que jerarquizan las experiencias y subjetividades.

En “El nacimiento de la clínica” (1963), Foucault analiza cómo la medicina moderna se constituye como un saber que no solo observa y cura, sino que también clasifica, organiza y jerarquiza los cuerpos. A través de dispositivos institucionales como el hospital, la consulta o el examen clínico se produce una mirada médica que no es neutra, sino profundamente ligada a relaciones de poder.

Trasladado al ámbito universitario, este análisis permite comprender que los centros de atención psicológica no operan exclusivamente como espacios de cuidado, sino también como dispositivos de regulación. Al definir qué casos son atendibles, cuáles se consideran urgentes y qué tipo de intervención se activa, estos espacios configuran procesos de subjetivación normativa. El estudiante que solicita ayuda queda inscrito dentro de una matriz diagnóstica que, al tiempo que ofrece contención, delimita los marcos legítimos del malestar.

En este proceso interviene lo que Foucault identifica como el vínculo entre saber y poder: la autoridad técnica del discurso clínico habilita decisiones que clasifican a los sujetos según su grado de adaptación, funcionalidad o desviación respecto de la norma institucional. Así, se construye una frontera entre quienes pueden ser tratados y quienes quedan fuera del campo de atención, no por inexistencia de sufrimiento, sino por no encajar en las categorías establecidas.

La noción de normalización es central en esta lógica. Lejos de ser un acto represivo explícito, el dispositivo actúa regulando lo que puede ser dicho, reconocido y atendido como “salud mental”. Aquellos malestares que no se ajustan a los criterios institucionales. Algunas patologías tienden a ser

minimizados o desplazados. La atención no se distribuye solo según necesidades clínicas, sino también según prioridades funcionales de la propia institución.

La universidad, en tanto campo normativo, no solo reproduce desigualdades mediante el acceso diferencial a recursos, sino que también participa en la producción de subjetividades ajustadas a los marcos de funcionamiento institucional.

El malestar psíquico es leído, interpretado y regulado según una lógica que busca sostener la continuidad del orden universitario, lo que implica una administración estratégica del sufrimiento. En este escenario, los estudiantes que no logran adaptarse al ritmo, las exigencias o las expectativas impuestas, no siempre encuentran contención, sino que pueden ser silenciosamente excluidos por no responder a los criterios de intervención definidos por el dispositivo.

Foucault plantea que las instituciones modernas no operan simplemente por represión o exclusión, sino que ejercen poder a través de dispositivos que configuran modos de ver, de actuar y de ser. El dispositivo, en este sentido, es una red heterogénea compuesta por discursos, normas, prácticas, saberes y técnicas, cuya función no es solo ordenar, sino también producir sujetos (Foucault, 1977). El centro de atención psicológica universitario puede entenderse como uno de estos dispositivos: no solo responde a la demanda de salud mental, sino que participa activamente en la construcción de lo que se considera un “estudiante sano”, funcional y normativo.

Esta producción no es inocente ni neutra. A través de la clasificación diagnóstica, la aplicación de protocolos y la priorización de ciertos casos, se define qué tipo de sufrimiento merece atención, cuál es pasible de ser intervenido, y qué estudiantes representan una desviación tolerable o una amenaza al orden institucional. Lo que se regula, por tanto, no es solo el síntoma, sino el comportamiento, la emocionalidad y la productividad del sujeto. La salud mental deviene un problema técnico y administrativo, gestionado según los tiempos y necesidades de la universidad.

Este fenómeno se inscribe en lo que Foucault denomina gubernamentalidad, es decir, el conjunto de técnicas y racionalidades mediante las cuales se busca conducir la conducta de las poblaciones (Foucault, 1978). En este marco, los servicios psicosociales no funcionan solo como espacios de contención, sino como mecanismos de regulación subjetiva: se interviene sobre el individuo no solo para “sanarlo”, sino para hacerlo compatible con las exigencias del entorno universitario. Así, se promueve una subjetividad autorregulada, emocionalmente gestionada y funcional al rendimiento académico.

De esta manera, la atención psicológica se convierte en una forma de medicalización del sufrimiento, donde las causas estructurales del malestar son desplazadas por interpretaciones individualizantes. Las condiciones materiales de vida, las presiones familiares, las violencias simbólicas o la precariedad institucional son, muchas veces, tratadas como síntomas a ser gestionados por el sujeto. Esto permite a la universidad despolitizar el malestar, manteniéndolo dentro de márgenes clínicos que no cuestionan el orden existente.

En este contexto, la figura del estudiante que no se adapta, que no responde a los tratamientos breves o que desborda los márgenes de la intervención estándar, comienza a representar un desajuste frente al ideal normativo. Es en estos casos donde la exclusión se vuelve silenciosa: no hay sanción directa, pero tampoco hay respuesta.

6. Estrategia metodológica

6.1. Enfoque y paradigma de investigación

El presente estudio se orienta desde un paradigma positivista, que asume que la realidad puede observarse, medirse y explicarse objetivamente. Este paradigma enfatiza el uso de procedimientos sistemáticos y replicables, permitiendo establecer patrones y regularidades en el fenómeno estudiado. Bajo esta lógica, se busca aportar evidencia que sirva de base para comprender el funcionamiento actual del sistema de salud mental universitario y generar propuestas informadas.

En coherencia con este paradigma, la investigación adopta un enfoque cuantitativo, ya que busca analizar relaciones entre variables previamente definidas, a partir del uso de datos secundarios estructurados. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2021), este enfoque se caracteriza por partir de un problema delimitado, utilizar la recolección y análisis de datos numéricos, y formular hipótesis susceptibles de comprobación empírica. En este sentido, el estudio se apoya en el uso de herramientas estadísticas para describir y explorar las brechas en el acceso a la salud mental dentro del contexto universitario.

6.2. Diseño de investigación y alcance

El diseño metodológico adoptado en este estudio corresponde a un diseño no experimental de tipo transversal, basado en el análisis de datos secundarios obtenidos desde una base institucional preexistente, facilitada con fines

investigativos. Dado que la información fue recolectada previamente, sin intervención del investigador ni manipulación de variables, este diseño permite explorar el fenómeno de estudio tal como se manifiesta en el contexto institucional.

En cuanto al alcance, la investigación se enmarca en un nivel descriptivo-correlacional. Desde una dimensión descriptiva, busca caracterizar cuantitativamente la magnitud de la demanda por atención psicológica, la capacidad institucional de respuesta y los motivos de consulta registrados. Desde una perspectiva correlacional, se propone identificar posibles relaciones entre variables sociodemográficas, académicas y emocionales que inciden en el acceso a los servicios de salud mental.

6.3. Unidad de análisis

La unidad de análisis corresponde a cada registro individual de atención psicológica otorgada por los dispositivos institucionales de salud mental de la Universidad de Playa Ancha, contenidos en las bases de datos de los años 2023 y 2024 (marzo a noviembre). Estos registros incluyen variables sociodemográficas, académicas y clínicas, así como datos relacionados con la frecuencia, motivos de consulta, inasistencias, protocolos activados y tipo de cierre del proceso. Al tratarse de datos secundarios, las unidades de análisis se encuentran previamente definidas por los criterios de sistematización utilizados por la institución.

6.4. Operacionalización de variables

El cuadro a continuación detalla las principales variables utilizadas en esta investigación, junto con su definición conceptual y operacional. La definición conceptual permite comprender el sentido que adquiere cada variable dentro del enfoque teórico del estudio, mientras que la definición operacional da cuenta de cómo estas variables han sido observadas, medidas o registradas en la base de datos utilizada. También se incluye el tipo de variable y su respectiva escala de medición, con el objetivo de clarificar su tratamiento metodológico y las posibilidades analíticas que ofrece cada una.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Año	Año en que se registra el proceso de atención.	Año correspondiente al registro institucional.	2023, 2024	Cuantitativa discreta	De razón
Género	Identidad de género del/la estudiante.	Declaración del/la estudiante en la ficha de atención.	Femenino, Masculino, No binarie, Otro	Cualitativa nominal	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona.	Edad en años al momento de la solicitud.	17-20, 21-24, 25-29, 30+	Cuantitativa continua	De razón
Carrera	Programa académico cursado por el/la estudiante.	Carrera registrada en la ficha de atención.	Sociología, Derecho, Psicología, etc.	Cualitativa nominal	Nominal
Facultad	Unidad académica a la que pertenece la carrera.	Derivada de la variable carrera.	Fac. Cs. Sociales, Fac. Educación, etc.	Cualitativa nominal	Nominal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Promoción	Año de ingreso del/la estudiante a la universidad.	Año reportado en ficha o base de datos.	2018, 2019, 2020, etc.	Cuantitativa discreta	De razón
Fecha de solicitud	Momento en que el/la estudiante solicita atención.	Fecha registrada por el sistema institucional.	DD/MM/AAAA	Cuantitativa continua	De intervalo
Fecha de primera atención	Fecha en que se concreta la primera sesión.	Fecha registrada por el sistema institucional.	DD/MM/AAAA	Cuantitativa continua	De intervalo
Motivo de consulta inicial	Problema o situación que motiva la búsqueda de atención.	Categoría seleccionada o texto libre en ficha de atención.	Ansiedad, Depresión, Estrés, etc.	Cualitativa nominal	Nominal
Número de atenciones	Cantidad de sesiones efectivas realizadas.	Conteo total de sesiones registradas.	1, 2, 3, ...	Cuantitativa discreta	De razón
Inasistencias	Número de sesiones no asistidas sin justificación.	Conteo total de inasistencias registradas.	0, 1, 2, ...	Cuantitativa discreta	De razón
Tipo de cierre	Forma en que finalizó el proceso de atención.	Registrado al momento de cerrar el caso.	Alta terapéutica, Derivación, Abandono, etc.	Cualitativa nominal	Nominal
Fecha de cierre	Fecha en que se cierra el proceso terapéutico.	Fecha registrada en la ficha de cierre.	DD/MM/AAAA	Cuantitativa continua	De intervalo

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Uso de protocolo de alto riesgo	Indicador del uso de procedimientos frente a riesgo crítico.	Registro binario institucional ante activación del protocolo.	1 = activado / 0 = no activado	Cualitativa dicotómica	Nominal

Nota. Elaboración propia.

Adicionalmente, las variables consideradas en esta investigación se organizan en dos grandes grupos según su función analítica. Por un lado, las variables independientes corresponden a las características sociodemográficas del estudiantado: género/identificación de género, edad (y sus respectivos rangos), promoción (año de ingreso o cohorte generacional), carrera y facultad. Estas variables permiten explorar diferencias y patrones en el acceso y uso del servicio. Por otro lado, las variables dependientes refieren a las características del proceso de atención psicológica, incluyendo el motivo de consulta inicial, tipo de cierre del proceso, cantidad de inasistencias, rango de atenciones recibidas, tiempo de espera (en días y en rangos), y la activación de protocolos de alto riesgo. Esta distinción posibilita identificar asociaciones significativas entre las características del estudiantado y las dinámicas del sistema institucional de atención en salud mental.

6.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Dado que la presente investigación se basa en el análisis de datos secundarios, no se aplicaron directamente instrumentos de recolección durante el trabajo de

campo. La información utilizada proviene de una base de datos institucional elaborada a partir de fichas clínicas internas del sistema de atención psicológica de la Universidad de Playa Ancha, facilitada para fines investigativos y en resguardo de la confidencialidad de los casos.

La ficha clínica institucional fue diseñada por el equipo profesional responsable del servicio y contenía una amplia gama de variables, tales como datos sociodemográficos (edad, género, carrera, facultad, promoción), antecedentes administrativos (fecha de solicitud, vía de ingreso, profesional responsable, número de sesiones, inasistencias), motivos de consulta inicial, y aspectos clínicos vinculados a la atención (tipo de cierre, activación de protocolos, derivaciones institucionales). También incluía datos personales de identificación y contacto, los cuales no fueron utilizados en esta investigación, de acuerdo con los principios éticos y de confidencialidad que orientan este estudio.

Esta base de datos proporcionó información sistematizada que permitió abordar de forma empírica tanto la relación entre demanda y oferta institucional como la identificación de los principales motivos de consulta. Si bien el instrumento no fue diseñado mi autoría, su estructura, formato y variables contenidas resultaron pertinentes y suficientes para los fines analíticos de esta investigación.

Del total de variables contenidas en la base, el análisis se limitó exclusivamente a aquellas relevantes para los objetivos de investigación, excluyendo toda información sensible o identificatoria. Se utilizó únicamente información

anónima, organizada por categorías temáticas que permitieran analizar tanto la magnitud de la demanda como las características de los motivos de consulta.

6.6. Técnica de análisis de datos

El análisis de los datos se estructura en dos niveles: descriptivo y relacional. En una primera etapa, se realiza un análisis descriptivo mediante el uso de medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión (desviación estándar y rango) y distribución de frecuencias, con el objetivo de caracterizar a la población estudiada y las principales variables involucradas, tales como edad, género, carrera, número de atenciones, entre otras.

Posteriormente, se contempla un análisis de tipo correlacional, orientado a explorar posibles relaciones entre variables seleccionadas. La elección de las pruebas estadísticas específicas dependerá del tipo de variables involucradas (nominales, ordinales o continuas), así como del cumplimiento de los supuestos de normalidad. En este sentido, se consideran pruebas como la correlación de Pearson o Spearman para variables cuantitativas, y pruebas de asociación como el chi-cuadrado de independencia para variables categóricas. Todo el análisis será realizado mediante el software SPSS.

6.7. Criterios de calidad del estudio

Los datos utilizados en esta investigación provienen del sistema institucional de registro de atenciones psicológicas, gestionado por la Unidad de Apoyo Psicosocial Estudiantil de la Universidad de Playa Ancha (UPLA). Se trata de una fuente confiable, ya que los registros son elaborados por profesionales del

área y utilizados regularmente para la gestión de casos, así como para la toma de decisiones clínicas y administrativas. Esto sugiere que su recolección responde a criterios estandarizados y sistemáticos, orientados a asegurar la trazabilidad y la coherencia en el seguimiento de los procesos de atención.

En este marco, se elaboró un diccionario específico junto con ayuda de profesionales del área de la salud para la variable correspondiente a los síntomas o motivo de consulta inicial, con el objetivo de unificar las respuestas registradas en formato texto libre y facilitar su análisis estadístico (véase anexo 1). Este procedimiento permitió categorizar las principales problemáticas reportadas por los estudiantes, reduciendo la dispersión de registros y asegurando la comparabilidad de la información a lo largo del periodo analizado.

La información contenida en la base de datos resulta pertinente para los objetivos del estudio, en tanto permite describir la demanda, reconstruir trayectorias de atención y examinar barreras en el acceso a la salud mental en el contexto universitario. Las variables disponibles como género, edad, carrera, motivo de consulta, fechas de atención y uso de protocolos se ajustan a los requerimientos analíticos y han sido definidas de manera compatible con el enfoque teórico-metodológico del estudio. Aunque los datos fueron recolectados originalmente con fines administrativos, su estructura y contenido permiten abordar las preguntas de investigación sin que existan desajustes conceptuales relevantes entre el propósito original del registro y los fines de este análisis.

En términos operativos, la recolección fue realizada por el Centro de Salud Mental y Bienestar Psicosocial a través del contacto directo con estudiantes que solicitaron atención, mediante un formulario estandarizado administrado por el mismo equipo.

Durante la preparación y el análisis de la base, se implementaron procedimientos de limpieza orientados a garantizar la coherencia interna de los datos. En este proceso, se tipificaron valores faltantes que originalmente aparecían como espacios en blanco, los cuales fueron reemplazados por códigos como “9999” o etiquetas como “Sin registro” y “No informado”, según correspondiera. Esta estrategia permitió asegurar la compatibilidad con SPSS y evitar errores durante el procesamiento estadístico, facilitando además la diferenciación sistemática entre datos válidos, ausentes o no declarados.

Asimismo, se unificaron categorías con errores de formato o escritura, particularmente en las variables de carrera y género, donde se identificaron registros duplicados por variaciones tipográficas. También se realizaron ajustes para estandarizar la información entre las bases correspondientes a los años 2023 y 2024. Entre estos ajustes, se destaca la incorporación de la variable “facultad” a los registros del año 2023 derivada a partir de la carrera informada y la creación de una nueva variable que contabiliza la cantidad de protocolos de alto riesgo activados por persona usuaria. Todas estas modificaciones se realizaron respetando la estructura original del registro, siguiendo criterios de consistencia técnica y analítica.

El análisis consideró datos correspondientes a dos años consecutivos (2023 y 2024), lo que permitió observar cierta estabilidad tanto en las categorías

utilizadas como en los procedimientos de registro. Si bien se detectaron variaciones menores en los volúmenes de atención o en la frecuencia de algunos motivos de consulta, los patrones generales se mantuvieron consistentes, lo cual respalda la confiabilidad de la fuente.

Por otra parte, se realizaron procedimientos de comparación cruzada exclusivamente con los datos internos disponibles, con el objetivo de explorar relaciones entre variables relevantes para el estudio. En particular, se analizaron asociaciones entre el número de atenciones y el motivo de consulta, entre el motivo de atención y el tipo de cierre del proceso terapéutico, y entre distintos perfiles estudiantiles definidos a partir de variables como género, carrera, facultad y promoción. Estas comparaciones permitieron identificar patrones diferenciados en el uso del servicio, sin recurrir a fuentes externas o comparaciones interinstitucionales.

Es necesario considerar que los datos analizados representan únicamente a estudiantes que efectivamente solicitaron atención psicológica. Esto excluye a quienes, a pesar de requerir apoyo, no accedieron al sistema institucional.

6.8. Consideraciones éticas

En resguardo de los principios éticos que rigen la investigación social con datos sensibles, esta tesis se basa en el uso de información secundaria proveniente de bases institucionales de atención psicológica de la Universidad de Playa Ancha. Para garantizar un uso ético de dichos datos, se firmó un compromiso formal con la institución (Véase anexo 2) que establece que los datos serán utilizados

exclusivamente con fines académicos y de investigación, y que no se contactará a ninguna de las personas incluidas en los registros.

Asimismo, se resguardó la confidencialidad mediante la exclusión de cualquier información que permitiera la identificación directa o indirecta de las personas registradas. Este tratamiento de la información se encuentra alineado con los principios de la Ley N.º 19.628 sobre protección de la vida privada, vigente en Chile, la cual regula el tratamiento de datos personales en contextos institucionales y académicos. De este modo, se asegura el cumplimiento de criterios éticos como la no maleficencia, el respeto por la autonomía y la garantía de confidencialidad, aun cuando no exista contacto directo con los sujetos de estudio.

7. Discusión de resultados

El presente capítulo tiene por finalidad presentar y analizar los principales resultados obtenidos a partir del tratamiento estadístico de los registros de atención psicológica del Centro para el Desarrollo Psicosocial (CDP) de la Universidad de Playa Ancha, correspondientes a los años 2023 y 2024. Este análisis se centra en caracterizar el perfil del estudiantado que accede al sistema institucional de salud mental, describiendo sus principales características sociodemográficas y clínicas, y explorando cómo estas se relacionan con las dinámicas internas del proceso de atención.

En coherencia con los objetivos planteados, se busca describir variables sociodemográficas como género, edad, promoción, carrera y facultad, e identificar los principales motivos por los cuales el estudiantado solicita atención psicológica. A partir de ello, se examina cómo estos motivos se asocian con las características estructurales del estudiantado, permitiendo visibilizar diferencias en los patrones de demanda y atención. La hipótesis principal sostiene la existencia de asociaciones significativas entre las características sociodemográficas del estudiantado y un conjunto de variables clínicas registradas en la atención psicológica, como el motivo de consulta, los tiempos de espera, la cantidad de sesiones recibidas, el tipo de cierre y la activación de protocolos.

El análisis estadístico se desarrolla en dos fases: primero, mediante la presentación de frecuencias descriptivas que permiten caracterizar el funcionamiento general del sistema; y luego, a través de análisis bivariados que permiten explorar asociaciones entre las variables sociodemográficas y clínicas,

aplicando pruebas de Chi-cuadrado y Kruskal–Wallis según la naturaleza de los datos. En este sentido, los resultados se presentan siguiendo un orden progresivo que favorece su comprensión: (7.1) análisis de frecuencias de las variables sociodemográficas, (7.2) análisis de frecuencias de las variables clínicas y (7.3) análisis bivariados que vinculan ambas dimensiones. Este criterio metodológico busca entregar al lector una visión clara y contextualizada antes de profundizar en las relaciones estadísticas.

Estos resultados no solo permiten una descripción cuantitativa del sistema de atención psicológica, sino también identificar posibles desigualdades en el acceso y la atención, en línea con los aportes de Esping-Andersen (1999) sobre el modelo de bienestar chileno, las reflexiones de Bourdieu (1990) respecto al peso del capital cultural en el acceso a servicios institucionales, y los análisis de Foucault (1977) sobre el papel normalizador de los dispositivos institucionales. De esta forma, el presente capítulo aporta evidencia para comprender cómo las dinámicas estructurales y simbólicas del campo universitario inciden en el acceso y tratamiento en salud mental.

7.1. Análisis sociodemográfico

7.1.1. Distribución porcentual por identidad de género del estudiantado

Del total de registros analizados (N=991), el 76,9% corresponde a casos válidos en los que el género fue declarado. El 23,1% restante corresponde a datos perdidos o sin registro. Dentro de los casos válidos, destaca una sobrerrepresentación del género femenino (73,4%), seguido por el masculino

(21,5%) y, en menor proporción, identidades no binarias (4,2% en conjunto: No Binarie, Otro y Trans).

Tabla 1

*Frecuencia de distribución por identificación de género
(2023–2024)*

Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Porcentaje válido
Trans	2	0,20	100,00	0,30
Otro	5	0,50	99,70	0,70
No Binarie	32	3,20	99,10	4,20
Masculino	164	16,50	94,90	21,50
SR	229	23,10		
Femenino	559	56,40	73,40	73,40
Total	762	76,90		100,00
Total General	991	100,00		

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Estos resultados evidencian un acceso diferencial al sistema de salud mental universitario, donde las mujeres concentran la mayor parte de las atenciones, tendencia ampliamente documentada en la literatura nacional e internacional. Estudios previos han señalado que las mujeres en edad universitaria no solo reportan con mayor frecuencia síntomas de malestar psicológico, sino que también presentan mayores tasas de utilización de servicios de salud mental (Hunt & Eisenberg, 2010; Martínez, Álvarez & Soto, 2021; OMS, 2022). En el contexto chileno, Villatoro et al. (2017) indican que esta sobrerrepresentación femenina responde a procesos de socialización que legitiman en las mujeres la

expresión emocional y la búsqueda de ayuda, mientras que en los hombres predomina una norma cultural asociada a la autosuficiencia y el autocontrol. Estos hallazgos dialogan con la perspectiva de Bourdieu (1990), para quien las disposiciones incorporadas a través del habitus configuran patrones diferenciales de acción frente al malestar, y con el análisis foucaultiano que entiende la atención psicológica como un dispositivo que produce sujetos en función de criterios socialmente aceptados de vulnerabilidad y necesidad.

En el caso de las identidades no binarias y trans, aunque sus porcentajes son minoritarios, su presencia es relevante desde una perspectiva de reconocimiento institucional. No obstante, Bourdieu (1993) advierte que las posiciones periféricas dentro del campo universitario dificultan el acceso a recursos institucionales, lo que podría explicar parte de esta subrepresentación. La baja demanda puede relacionarse tanto con una menor representación poblacional como con barreras simbólicas y estructurales que dificultan el acceso igualitario a los dispositivos institucionales.

Por otro lado, la alta proporción de registros sin datos (23,1%) sugiere debilidades en el dispositivo institucional de registro y atención. Siguiendo a Foucault (1963), el dispositivo de salud mental universitario actúa como un espacio donde se definen y regulan los sujetos atendibles. La falta de datos en una variable clave como el género podría ser interpretada como una forma de invisibilización estadística, donde ciertos sujetos quedan fuera de las categorías reconocidas por el sistema.

En síntesis, la distribución de género observada no solo refleja patrones de socialización diferenciados, sino también el funcionamiento del dispositivo

institucional en tanto operador de reconocimiento y exclusión simbólica dentro del campo universitario (Bourdieu, 1993; Foucault, 1963).

En relación con la variable Edad, los resultados indican que la mayoría de las atenciones corresponde al rango de 21 a 25 años (50,5%), seguido del grupo 17 a 20 años (31,9%). En conjunto, los estudiantes menores de 25 años concentran más del 80% del total de las atenciones. Los tramos etarios mayores tienen menor representación: 26 a 35 años (13,1%) y 36 años o más (4,5%). La media observada fue de 1,90 y la moda en el grupo 2 (21-25 años), evidenciando que el tramo de 21 a 25 años concentra el mayor volumen de atenciones psicológicas.

7.1.2. Distribución porcentual por grupos etarios

Tabla 2

Frecuencia por distribución de Rango etario (2023–2024)

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Suma de Porcentaje válido
17–20	233	23,50	31,90	31,90
21–25	369	37,20	82,40	50,50
26–35	96	9,70	95,50	13,10
36+	33	3,30	100,00	4,50
Total	731	73,80		100,00

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Estudios como el de Bellei y Contreras (2018) señalan que el acceso a la educación superior en Chile sigue estando concentrado principalmente en estas cohortes juveniles (21 a 25). Desde una mirada teórica, Bourdieu (1990) plantea

que el tránsito por el campo universitario está mediado por habitus y disposiciones socializadas que determinan las prácticas institucionales, como el acceso a los dispositivos de apoyo psicológico. Esto podría explicar en parte la concentración de atenciones en los rangos etarios más jóvenes, quienes se encuentran más alineados con las expectativas institucionales y poseen mayores disposiciones hacia el uso de los servicios ofrecidos por la universidad.

Por otra parte, la existencia de un 26,2% de casos perdidos en el registro de edad es una limitación relevante, dado que dificulta caracterizar con mayor precisión el perfil etario de la población atendida. Este aspecto evidencia la necesidad de fortalecer los registros institucionales del Centro de Atención Psicológica y Bienestar, garantizando una trazabilidad adecuada de las características sociodemográficas del estudiantado atendido.

7.1.3. Distribución porcentual de estudiantes por promoción académica

Tabla 3

Frecuencia por distribución por Promoción (2023–2024)

Promoción	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)	Porcentaje válido (%)
2013	1	0,10	0,10	0,10
2015	2	0,20	0,40	0,20
2016	5	0,50	1,00	0,60
2017	20	2,00	3,40	2,40
2018	24	2,40	6,30	2,90
2019	68	6,90	14,50	8,20
2020	101	10,20	26,80	12,20
2021	148	14,90	44,70	17,90
2022	134	13,50	60,90	16,20
2023	229	23,10	88,60	27,70
2024	94	9,50	100,00	11,40
Total válido	826	83,40	346,70	100,00

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

En cuanto a la variable Promoción, el análisis muestra que la mayoría del estudiantado atendido corresponde a las cohortes más recientes. Destacan especialmente las generaciones 2023 (27,7%) y 2022 (16,2%), seguidas por los ingresos del año 2021 (14,9%) y 2020 (10,2%). En conjunto, las cohortes entre 2020 y 2023 concentran el casi 70% del total de atenciones, lo que evidencia un predominio de estudiantes que se encuentran en las primeras etapas de sus trayectorias universitarias.

Este patrón podría interpretarse desde una doble perspectiva. Por un lado, podría relacionarse con las condiciones de adaptación inicial a la vida universitaria, etapa en la que es frecuente que los estudiantes experimenten mayores dificultades emocionales y académicas (Organización Mundial de la Salud, 2022). Por otro lado, desde la teoría de Bourdieu (1990), estas cohortes recientes pueden considerarse poblaciones particularmente vulnerables, en tanto aún están en proceso de incorporación de los códigos institucionales del campo universitario, careciendo del capital cultural institucionalizado necesario para desenvolverse con fluidez dentro del sistema.

Cabe señalar que las diferencias observadas pueden estar influenciadas por el tamaño total de las cohortes en cada carrera, información que no fue posible incorporar en el presente análisis. Esta omisión constituye una limitación metodológica relevante, ya que impide determinar con precisión si la sobrerrepresentación de ciertas carreras en la demanda por atención psicológica obedece a un mayor tamaño de matrícula o a una propensión real de sus

estudiantes a solicitar apoyo. Investigaciones previas en contextos universitarios han documentado que áreas como las ciencias sociales, la educación y la salud tienden a presentar una mayor demanda por servicios psicológicos, asociada tanto a una formación con mayor énfasis en el bienestar socioemocional como a una socialización profesional más receptiva a la expresión del malestar (Martínez, Álvarez & Soto, 2021; Hunt & Eisenberg, 2010).

Desde una perspectiva teórica, la concentración de atenciones en determinadas áreas formativas puede relacionarse con factores estructurales y simbólicos. Según Bourdieu (1990), el campo universitario reproduce desigualdades que se expresan no solo en el acceso a recursos materiales, sino también en la manera en que el estudiantado percibe y utiliza los servicios institucionales, incluyendo la salud mental. Así, carreras como Psicología o Educación Diferencial podrían reflejar una mayor disposición cultural a reconocer el malestar emocional y a solicitar atención, producto de las disposiciones de habitus propias de dichos campos.

Asimismo, en un contexto institucional caracterizado por restricciones presupuestarias y ausencia de políticas universales en salud mental (Esping-Andersen, 1999), los dispositivos institucionales funcionan bajo una lógica de oferta limitada, gestionando la demanda en función de prioridades internas o capacidad de respuesta, lo que puede reproducir dinámicas de exclusión indirecta (Foucault, 1978). Esto podría dificultar el acceso efectivo de estudiantes de otras áreas académicas, en especial de carreras técnicas o con menor visibilidad institucional.

En este sentido, los resultados refuerzan la necesidad de analizar críticamente cómo el acceso a los servicios de apoyo psicológico en la Universidad de Playa Ancha no se encuentra desmercantilizado ni universalizado, sino que permanece condicionado por la estructura interna del campo universitario (Bourdieu, 1993) y las limitaciones propias del régimen de bienestar liberal chileno (Esping-Andersen, 1990).

7.1.4. Distribución porcentual de estudiantes por carrera

En cuanto a la distribución por carrera (Visitar anexo 3), los registros muestran una importante diversidad en el estudiantado que accede al sistema institucional de salud mental. Las carreras de Psicología (9,0%), Pedagogía en Educación Diferencial (8,6%), Pedagogía en inglés (6,1%) y Kinesiología (4,6%) concentran los porcentajes más altos de atenciones, mientras que varias otras carreras presentan frecuencias mucho menores, incluyendo programas técnicos o de menor matrícula.

Cabe señalar que las diferencias observadas pueden estar influenciadas por el tamaño total de las cohortes en cada carrera, información que no fue posible incorporar en el presente análisis. Por ello, este aspecto constituye una limitación metodológica, ya que no permite establecer con claridad si existe una sobrerrepresentación real de ciertas carreras en la demanda por atención psicológica o si los resultados reflejan exclusivamente diferencias en la matrícula.

Desde una perspectiva teórica, la concentración de atenciones en ciertas áreas formativas podría estar relacionada con factores estructurales y simbólicos.

Según Bourdieu (1990), el campo universitario reproduce desigualdades que se expresan no solo en el acceso a recursos materiales, sino también en la forma en que el estudiantado percibe y utiliza los servicios institucionales, incluyendo la salud mental. Las carreras de corte pedagógico y de ciencias sociales como Psicología o Educación Diferencial podrían reflejar una mayor disposición cultural a reconocer el malestar emocional y a solicitar atención, debido a las disposiciones habitus propias de dichos campos.

Asimismo, en un contexto institucional caracterizado por restricciones presupuestarias y ausencia de políticas universales de salud mental —propio de un régimen de bienestar liberal como el chileno (Esping-Andersen, 1990, 1999)—, los dispositivos institucionales operan bajo una lógica de oferta limitada. En este marco, la gestión de la demanda se realiza en función de prioridades internas y capacidad operativa, lo que reproduce formas de exclusión indirecta (Foucault, 1978) al limitar el acceso de ciertos grupos estudiantiles. Este fenómeno puede impactar especialmente a quienes provienen de carreras técnicas o de menor visibilidad institucional, cuyo capital simbólico dentro del campo universitario es reducido (Bourdieu, 1993).

Este patrón sugiere que las restricciones estructurales del sistema no afectan de manera homogénea a todo el estudiantado, sino que tienden a concentrar mayores barreras en grupos con menor visibilidad o capital simbólico dentro del campo universitario.

7.1.5. Distribución porcentual de estudiantes por Facultad

Tabla 4*Frecuencia por distribución en Facultad (2023–2024)*

Facultad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Porcentaje válido
Actividad Física y Deportes	24	2,40	2,60	2,60
Arte	144	14,50	18,00	15,40
Ciencias Naturales y Exactas	26	2,60	20,80	2,80
Ciencias Sociales	171	17,30	39,10	18,30
Educación	132	13,30	53,20	14,10
Humanidades	167	16,90	71,10	17,90
Ingeniería	49	4,90	76,30	5,20
Salud	188	19,00	96,50	20,10
San Felipe	33	3,30	100,00	3,50
SR	57	5,80		
Total	934	94,20		100,00
Total General	991	100,00		

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

En cuanto a la distribución por facultad, se observa que el mayor porcentaje de atenciones se concentra en la Facultad de Salud (20,1%), seguida por Ciencias Sociales (18,3%), Humanidades (17,9%) y Arte (15,4%). En contraste, las facultades como Actividad Física y Deportes (2,6%), Ciencias Naturales y Exactas (2,8%) e Ingeniería (5,2%) presentan una demanda mucho menor.

Esta distribución sugiere que las áreas formativas vinculadas a las ciencias sociales, las humanidades y la salud presentan un mayor acceso y/o disposición a utilizar los servicios de atención psicológica institucional. Desde la perspectiva del capital cultural (Bourdieu, 1990), es posible interpretar que estudiantes insertos en campos disciplinares donde los saberes psicológicos o de intervención social tienen mayor legitimidad académica y cultural desarrollan hábitos más propensos a reconocer el malestar subjetivo como un problema que amerita atención profesional. Así, el acceso no estaría determinado únicamente por la necesidad objetiva de atención, sino también por

la capacidad simbólica de reconocer el sufrimiento como legítimo y atendible en el marco institucional.

Por otro lado, esta concentración podría estar vinculada, al menos en parte, con desigualdades estructurales en el acceso, considerando que las facultades más técnicas o ligadas a las ciencias exactas tienden a reportar una demanda significativamente menor. No obstante, también es posible que influyan otros factores, como diferencias en la socialización académica, en la valoración de la salud mental como recurso, o en la visibilidad institucional de estas áreas. Desde el marco de Esping-Andersen (1990), este patrón se inscribe en un modelo de bienestar de tipo liberal, en el que el acceso a servicios de salud mental universitarios está condicionado por las capacidades institucionales y la segmentación interna de las trayectorias estudiantiles. En este contexto, la atención psicosocial no opera como un derecho universal garantizado, sino como un recurso cuya distribución varía según la posición de cada grupo dentro del campo universitario.

Como plantea Foucault (1978), los dispositivos institucionales no solo atienden necesidades, sino que también regulan y producen subjetividades. Desde esta perspectiva, la estructura y el diseño del sistema de atención podrían estar contribuyendo a una mayor medicalización del sufrimiento en ciertas facultades, mientras que en otras este se mantiene menos visibilizado o es gestionado fuera del ámbito universitario. Sin embargo, esta diferencia también podría estar asociada a patrones de demanda específicos o a modos de afrontamiento que no necesariamente implican una ausencia de malestar.

En definitiva, las diferencias observadas entre facultades no deben interpretarse únicamente como un reflejo de diferencias disciplinarias o como un efecto directo de desigualdades estructurales. Más bien, pueden entenderse como el resultado de una combinación de factores: la distribución desigual del capital cultural, el reconocimiento institucional del malestar subjetivo como objeto legítimo de intervención y las disposiciones particulares de cada campo disciplinar frente a la búsqueda de ayuda.

7.2. Análisis variables clínicas

7.2.1. Distribución de cantidad de atenciones

Tabla 5

*Frecuencia por distribución en N° de atenciones (rango)
(2023–2024)*

Rango de atenciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Porcentaje válido
1	90	9,10	16,20	16,20
2	108	10,90	35,60	19,40
3	76	7,70	49,30	13,70
4	282	28,50	100,00	50,70
Total	556	56,10		100,00

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

En relación con el número de atenciones recibidas por el estudiantado durante el período analizado, se observa que el 50,7 % de los casos corresponde a estudiantes que estuvieron dentro del rango cuatro, lo que sugiere la presencia de un segmento importante de procesos clínicos sostenidos. En contraste, un 16,2 % del total pertenece al rango 1, lo que indica la existencia de una

proporción relevante de casos que no consolidaron un acompañamiento continuo en el tiempo.

La media de atenciones fue de 2,99 sesiones (rango), con una mediana y moda de 4, lo que refuerza la tendencia central hacia intervenciones más prolongadas. La desviación estándar de 1,162 refleja cierta variabilidad, pero dentro de un rango relativamente acotado.

Este patrón podría estar influido por dinámicas propias del dispositivo institucional. Como plantea Foucault (1963), el dispositivo clínico no solo actúa como un espacio de atención, sino también como una tecnología de poder que clasifica, regula y orienta las formas legítimas de malestar. Desde esta perspectiva, la prolongación de ciertos procesos podría responder a la adecuación de algunos casos a categorías clínicas establecidas, mientras que, en otros, por razones que no es posible identificar con la información disponible como la no adherencia, barreras de acceso, derivaciones u otros factores, la atención se limita a un único contacto.

En un plano estructural, y siguiendo el modelo de bienestar liberal descrito por Esping-Andersen (1990), este fenómeno puede vincularse con una lógica de focalización de recursos propia de contextos institucionales con capacidad limitada. Es razonable suponer que el Centro para el Desarrollo Psicosocial (CDP) prioriza casos que, según sus criterios internos, requieren atención prolongada. Sin embargo, no se dispone de información sobre cuáles son esos criterios de priorización ni sobre el nivel de cobertura del centro, lo que limita la posibilidad de explicar de manera concluyente la distribución observada. Contar con estos antecedentes permitiría precisar si la duración de los procesos

responde a un diseño institucional intencional, a la disponibilidad de recursos o a características propias de la demanda estudiantil.

7.2.2. Distribución por Tiempo de espera para atención

Tabla 6
Frecuencia por distribución en Tiempo de espera (2023–2024)

Rango	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Porcentaje válido
Total	464	46,80		100,00
0–7 días	85	8,60	18,30	18,30
8–14 días	70	7,10	33,40	15,10
15–30 días	72	7,30	48,90	15,50
31–60 días	100	10,10	70,50	21,60
61–120 días	95	9,60	90,90	20,50
121+ días	42	4,20	100,00	9,10

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Respecto al tiempo transcurrido entre la solicitud de atención y la primera sesión efectivamente realizada, se evidencia que el 21,6% del estudiantado esperó entre 31 y 60 días, y un 20,5% entre 61 y 120 días, representando ambos tramos el 42,1% de los casos. Este dato revela que, para casi la mitad del estudiantado atendido, el tiempo de espera fue igual o superior a un mes. Solo un 18,3% logró acceso en una semana o menos, reflejando limitaciones importantes en la capacidad de respuesta del sistema institucional.

El tiempo medio de espera fue de 3,38 (en el rango establecido), con una mediana y moda de 4, lo que indica que los tiempos de espera más frecuentes y centrales corresponden a los plazos más extensos (61 a 120 días). La desviación estándar de 1,611 señala una dispersión significativa, con tiempos de espera que

oscilan ampliamente entre atenciones casi inmediatas y esperas superiores a 4 meses (121+ días: 9,1%).

Desde un enfoque estructural, estas cifras se interpretan como expresión de un sistema de salud mental universitario tensionado por el modelo de bienestar liberal, en el cual el acceso a servicios depende de las capacidades institucionales limitadas y de una provisión focalizada (Esping-Andersen, 1990). En efecto, como indica Bellei y Contreras (2018), la lógica del autofinanciamiento y la focalización de recursos en la educación superior pública chilena restringe la provisión de servicios complementarios, como la atención psicológica.

En suma, la elevada proporción de tiempos de espera prolongados constituye un indicador crítico del funcionamiento del sistema institucional, sugiriendo la necesidad de revisar estrategias de gestión y priorización en el acceso a la atención psicológica.

7.2.3. Distribución porcentual por Motivos de consulta

Tabla 7

Frecuencia por distribución en Motivo de consulta (2023–2024)

Motivo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Porcentaje válido
Adaptación	2	0,20	0,20	0,20
Problemas académicos	10	1,00	91,80	1,00
Autoimagen/autoestima	12	1,20	9,70	1,20
Estrés	18	1,80	23,50	1,80
Violencia	22	2,20	100,00	2,20
Crisis aguda	24	2,40	12,10	2,40
Riesgo suicida	28	2,80	97,80	2,80
Problemas familiares	31	3,10	95,00	3,10
Duelo	41	4,10	21,70	4,10
Depresión	54	5,40	17,60	5,40
Ansiedad	82	8,30	8,50	8,30
Otros	667	67,30	90,80	67,30
Total	991	100,00		100,00

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

En el análisis del motivo de consulta, la categoría “Otros” concentra el 67,3% de las atenciones registradas. Este dato no necesariamente refleja una concentración clínica real en un único tipo de demanda, sino que responde a una decisión metodológica: diversos motivos de consulta poco frecuentes o con descripciones abiertas fueron integrados bajo esta categoría para facilitar el análisis cuantitativo. Esta estrategia responde a la amplia variabilidad en los registros originales y a la ausencia de una codificación institucional estandarizada, problemática ya identificada en sistemas de atención de salud mental universitarios (Ministerio de Salud, 2022).

Al dejar de lado esta categoría residual, destacan como principales motivos específicos de consulta: ansiedad (8,3%), depresión (5,4%), problemas familiares (3,1%) y riesgo suicida (2,8%). Estos resultados se alinean con estudios nacionales que señalan que los trastornos ansiosos y depresivos constituyen las principales causas de malestar emocional en estudiantes universitarios (Cova et al., 2007; ENSM, 2022).

El predominio de problemas como ansiedad y depresión revela la persistencia de una demanda clínica vinculada a sintomatologías internalizantes, reflejando el peso que los factores estructurales como la precarización económica y la presión académica tienen en el bienestar subjetivo del estudiantado. Tal como sostiene Bourdieu (1990), las trayectorias sociales previas y el capital cultural disponible configuran las formas en que los sujetos interpretan y expresan su malestar, lo que podría explicar la subrepresentación de ciertos cuadros menos

visibles institucionalmente, como la violencia o los problemas familiares, pese a su relevancia clínica.

7.2.4. Distribución porcentual por Tipo de cierre de procesos

Tabla 8

Frecuencia por distribución por Tipo de cierre (2023–2024)

Tipo de cierre	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Porcentaje válido
Deja de responder	38	3,80	44,20	3,80
Derivación	19	1,90	46,10	1,90
Desiste	141	14,20	60,30	14,20
Despeje	28	2,80	63,20	2,80
Finalización	131	13,20	76,40	13,20
Frustrada	123	12,40	88,80	12,40
Mutuo acuerdo	62	6,30	95,10	6,30
Por parte de estudiante	40	4,00	99,10	4,00
Sin registro	9	0,90	100,00	0,90
Total	991	100,00		100,00

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

El análisis del tipo de cierre del proceso de atención psicológica evidencia una fuerte concentración en la categoría “Deja de responder” (40,4%), es decir, procesos en los cuales el/la estudiante abandona el contacto sin notificación formal, lo que sugiere un alto nivel de deserción o abandono no resuelto en el servicio. Esta cifra resulta preocupante al considerar que solo un 13,2% de los procesos concluyen con “Finalización” formal y un 6,3% mediante “Mutuo acuerdo”, es decir, apenas un 19,5% de los casos logra cerrar de manera estructurada.

En términos cualitativos, esta alta proporción de cierres por abandono refleja un patrón institucional que podría vincularse con las características estructurales

del servicio, como la saturación de la demanda y la gestión del tiempo de espera. Desde la perspectiva de Foucault (1963, 1977), los dispositivos institucionales no solo prestan un servicio, sino que también ejercen un control y clasificación sobre las poblaciones que gestionan. En este contexto, el abandono podría interpretarse no solo como una falla individual, sino como un efecto del dispositivo mismo: el malestar no atendido o las demoras en la atención pueden actuar como dispositivos de exclusión pasiva.

La baja proporción de cierres por “Derivación” (1,9%) o “Despeje” (2,8%) evidencia limitadas rutas alternativas de atención para estudiantes cuyas problemáticas exceden las capacidades del servicio, cuestión que refuerza el análisis desde Bourdieu (1993) respecto a cómo los campos institucionales reproducen límites simbólicos que restringen el acceso efectivo de ciertos sujetos.

La prevalencia del abandono podría asociarse, además, con la normalización del malestar como experiencia universitaria, donde el estudiante internaliza la idea de que su sufrimiento debe ser gestionado individualmente, tal como señala Foucault en sus estudios sobre gubernamentalidad (Foucault, 1978). La figura del “estudiante resiliente” como sujeto deseado por la institución, impone un modelo de autorregulación emocional donde quien no logra adaptarse, termina quedando fuera del circuito de atención.

La existencia de un 14,2% de casos clasificados como “Desiste” y un 12,4% como “Frustrada” refuerza esta hipótesis: un porcentaje considerable de estudiantes inicia el proceso, pero no logra sostenerlo ni completarlo, ya sea por percepción de ineficacia, tiempos de espera excesivos o barreras institucionales.

Este panorama evidencia un funcionamiento que favorece la interrupción de los procesos, situación que debiera ser abordada críticamente por la institución, problematizando no solo la demanda estudiantil sino la respuesta estructural del dispositivo.

7.2.5. Distribución por Activación de protocolo

Tabla 9

*Frecuencia por distribución por Activación de protocolo
(2023–2024)*

Protocolo activado	Suma de Frecuencia	Suma de Porcentaje	Suma de Porcentaje acumulado	Suma de Porcentaje válido
0	938	94,70	94,70	94,70
1	53	5,30	100,00	5,30
Total	991	100,00		100,00

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Respecto a la variable Activación de protocolos clínicos, los resultados muestran que en el 5,3% de las atenciones realizadas durante el período analizado se activó algún protocolo institucional, mientras que en el 94,7% no fue necesaria su implementación. Aunque este porcentaje podría interpretarse inicialmente como bajo, resulta preocupante considerando que la mayoría de estas activaciones corresponden a situaciones de riesgo suicida, según los registros clínicos del CDP.

Este dato adquiere mayor relevancia al considerar que estas activaciones se concentran principalmente en el estudiantado de género femenino, lo que evidencia una dimensión de género en la emergencia de situaciones críticas. Este patrón es consistente con estudios previos que advierten una mayor

prevalencia de ideación y conducta suicida en mujeres jóvenes dentro del contexto universitario (OMS, 2019).

Desde una perspectiva crítica, siguiendo a Foucault (1978), cabe señalar que la activación de estos protocolos no solo responde a la detección de un riesgo clínico objetivo, sino también a los criterios de clasificación y categorización del propio dispositivo institucional. En este sentido, el Centro para el Desarrollo Psicosocial (CDP) no es solo un espacio de atención, sino también un mecanismo de regulación que define qué formas de sufrimiento se reconoce como “riesgo” y cuáles permanecen invisibilizadas.

Por tanto, aunque el porcentaje global de activación es bajo, su composición cualitativa (mayoritariamente riesgo suicida) y su concentración en población femenina lo convierten en un hallazgo relevante, que tensiona la capacidad institucional de respuesta ante situaciones críticas y pone en evidencia desigualdades estructurales en la forma en que el sufrimiento es reconocido y gestionado.

7.3. Análisis bivariado

7.3.1. Relación entre Genero y Motivo de consulta

Tabla 10*Chi-cuadrado Género x Motivo de consulta (2023–2024)*

Tipo	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,27	44	0,01
Razón de verosimilitud	66,34	44	0,02
Nº de casos válidos	762,00		

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

El análisis entre el género y los motivos de consulta evidencia una relación estadísticamente significativa ($p = 0,005$), lo que indica que el motivo por el cual las y los estudiantes buscan atención psicológica está vinculado a su identificación de género. Aunque la magnitud de la asociación es baja (V de Cramer = ,154), el hallazgo resulta relevante al considerar el tamaño de la muestra (Revisar anexo 4)

En términos generales, el sistema de atención psicológica de la UPLA muestra una alta concentración de consultas provenientes de mujeres (73,4%), seguido por hombres (21,5%) y, en menor medida, personas no binarias, trans y otras identidades de género (5,1% en conjunto). Esta sobrerrepresentación femenina en el acceso a salud mental universitaria coincide con tendencias internacionales, donde se reporta una mayor disposición de las mujeres a solicitar apoyo psicológico (Organización Mundial de la Salud, 2022).

En cuanto a los motivos de consulta, el 67,3% de los registros se agrupa bajo la categoría “otros”, lo cual responde a la alta diversidad de motivos reportados que no pudieron ser codificados en las categorías principales. Más allá de esto, es posible identificar patrones diferenciados: las mujeres presentan mayor

frecuencia de consultas por ansiedad, duelo y riesgo suicida; mientras que en los hombres destaca la presencia proporcionalmente mayor de casos por depresión. Es importante señalar que las consultas por riesgo suicida se concentran principalmente en población femenina y no binaria, lo cual resulta especialmente preocupante desde una perspectiva de salud pública.

Desde un enfoque crítico, esta sobrerrepresentación femenina puede entenderse no sólo como una mayor demanda espontánea, sino también como un efecto institucional, donde las dinámicas de atención y las formas de malestar reconocidas por el dispositivo tienden a ajustarse a expresiones y relatos más comunes en mujeres (Foucault, 1978). En este sentido, el sistema podría estar reproduciendo ciertos sesgos al legitimar determinadas formas de sufrimiento y no otras, cuestión vinculada a lo que Bourdieu (1990) denomina violencia simbólica.

El acceso diferencial según género y los motivos asociados evidencian cómo las desigualdades estructurales y simbólicas atraviesan incluso los espacios diseñados para ofrecer cuidado, configurando patrones diferenciados de atención según las trayectorias sociales y culturales de las y los estudiantes.

7.3.2. Relación entre Género y Tipo de cierre de proceso

Tabla 11

Chi-cuadrado Género x Tipo de cierre (2023–2024)

Tipo	Suma de Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	50,22	36	0,06
Razón de verosimilitud	32,36	36	0,64
Nº de casos válidos	762,00		

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

En el análisis del cruce entre la variable género y el tipo de cierre del proceso de atención psicológica (tabla anexa), se observa que las estudiantes identificadas como mujeres presentan la mayor concentración de casos cerrados por "deja de responder" ($n = 250$), así como en cierres por "finalización" ($n = 96$) y "desiste" ($n = 76$). Este patrón podría interpretarse como reflejo tanto de la sobrerrepresentación femenina en la muestra total como de las características particulares del vínculo terapéutico en dicha población. Los estudiantes masculinos también presentan un número importante de cierres por "finalización" ($n = 32$) y "desiste" ($n = 29$), aunque en proporciones menores. (Ver anexo 5)

En cuanto a la prueba de Chi-cuadrado aplicada, se obtiene un valor $p = 0,058$, lo cual indica que no se alcanza un nivel de significancia estadística convencional ($p < 0,05$). Por lo tanto, no se puede afirmar que exista una asociación estadísticamente significativa entre el género y el tipo de cierre del proceso de atención en esta muestra. Este resultado sugiere que las diferencias observadas entre géneros podrían responder más a las proporciones de cada grupo en la muestra general que a patrones diferenciados de abandono, derivación o finalización según género.

No obstante, desde una perspectiva teórica, es pertinente considerar que las trayectorias institucionales y las experiencias subjetivas en el acceso a servicios de salud mental están mediadas por factores estructurales y simbólicos. Como plantean Bourdieu y Passeron (1990), el habitus y el capital cultural influyen en

la relación que los sujetos establecen con las instituciones. En este sentido, aunque el análisis estadístico no haya evidenciado diferencias significativas, es posible que factores relacionados con la socialización de género incidan en las formas de vinculación y desvinculación del servicio.

Por otro lado, desde la noción foucaultiana de dispositivo (Foucault, 1978), el proceso de cierre de una atención psicológica podría entenderse no solo como una acción administrativa, sino como un mecanismo de regulación institucional que ordena los flujos de atención, definiendo qué sujetos permanecen y cuáles quedan fuera del circuito asistencial. Si bien el presente análisis no permite establecer diferencias significativas por género, el funcionamiento del dispositivo sigue operando en clave normativa, determinando las trayectorias de las y los estudiantes en el sistema institucional.

7.3.3. Relación entre Género e Inasistencias del estudiantado

Tabla 12 Género x Inasistencias

Género x Inasistencias (2023–2024)

Género	1	2	3	4	5	6	9	10	Total
Otro	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Trans	0	1	0	0	0	0	0	0	1
No Binario	4	9	2	1	1	1	0	0	18
Masculino	25	24	10	10	1	1	0	0	71
Femenino	73	81	37	10	2	1	1	1	206
Total	102	115	49	22	4	3	1	1	297

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

En esta tabla cruzada de Género × Inasistencias no justificadas, se observa cómo se distribuyen las inasistencias según el género del estudiantado. La mayoría de

las inasistencias corresponden a estudiantes de género femenino (69,3 % del total), lo cual es coherente con su mayor representación dentro del universo total de personas atendidas. Dentro de esta categoría, predominan las inasistencias de 1 y 2 sesiones (73 y 81 casos respectivamente), lo que indica una tendencia a ausencias esporádicas más que reiteradas.

En el caso de estudiantes masculinos, el comportamiento es similar, concentrándose mayoritariamente en 1 o 2 inasistencias. Las categorías No Binarie y Trans registran cifras marginales, por lo que no permiten establecer patrones sólidos.

En términos prácticos, si bien existe una concentración numérica de las inasistencias en mujeres, esto parece responder principalmente a su sobrerrepresentación en el total de personas atendidas, sin que se identifiquen diferencias relevantes en la cantidad de ausencias registradas entre los géneros.

7.3.4. Relación entre Género y Cantidad de atenciones (rango)

Tabla 13

Género x Atenciones (Rango)
(2023–2024)

Género	1	2	3	4
Total	79	102	73	279
Femenino	59	75	58	196
Masculino	16	26	10	65
No Binarie	3	0	4	17
Otro	1	1	1	0
Trans	0	0	0	1

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

En relación con el cruce entre la variable género y el número de atenciones (agrupadas por rangos), se observa una distribución desigual según la identidad de género. Las estudiantes identificadas como mujeres concentran el mayor porcentaje de procesos con cuatro o más atenciones (n=196; 50,5 % del total de mujeres), mientras que en el caso de los estudiantes hombres el número de procesos con una o dos atenciones es proporcionalmente mayor (36 % y 22,2 % respectivamente). El estudiantado no binario evidencia también una mayor concentración en el rango más alto de atenciones (n=17; 70,8 %), aunque con un volumen absoluto bajo (n=24). Esta tendencia indica una mayor continuidad en los procesos de atención entre las mujeres y personas no binarias respecto al estudiantado masculino.

7.3.5. Relación entre Género y Tiempo de espera para atención

Tabla 14

Género x Tiempo de espera (2023–2024)

Género	0–7 días	8–14 días	15–30 días	31–60 días	61–120 días	121+ días	Total
Trans	0	0	0	0	0	1	1
Otro	0	0	0	1	1	1	3
No Binarie	5	2	5	1	7	1	21
Masculino	15	15	18	28	12	6	94
Femenino	61	52	47	68	72	29	329
Total	81	69	70	98	92	38	448

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Respecto al análisis del tiempo de espera según el género, se observa que, dentro del total de estudiantes atendidos, el grupo femenino concentra la mayor cantidad de casos en todos los rangos de espera. Particularmente, destaca que el 21,9% de las mujeres esperó entre 61 y 120 días para recibir atención, siendo este el rango más frecuente. En contraste, en el grupo masculino, este mismo

rango corresponde al 12,8% del total de hombres atendidos, reflejando diferencias en la concentración de los tiempos de espera según género.

Al aplicar la prueba de Chi-cuadrado ($p = 0,080$), no se evidencian asociaciones estadísticamente significativas entre el género y el tiempo de espera ($p > 0,05$). Esta ausencia de significación estadística, sin embargo, no anula las diferencias descriptivas observadas en la distribución por género. Las medidas simétricas, Phi (0,256) y V de Cramer (0,128), indican una asociación de intensidad débil entre ambas variables.

Si bien el análisis estadístico sugiere una relación no significativa desde el punto de vista inferencial, el patrón descriptivo identifica que las mujeres tienden a esperar más días para acceder al servicio en comparación con otros géneros. Esta tendencia podría interpretarse a la luz de la literatura que plantea una mayor predisposición del género femenino a solicitar ayuda profesional frente a problemáticas de salud mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019), así como una sobredemanda institucional que supera las capacidades de respuesta de centros públicos como el CDP.

7.3.6. Relación entre Rango etario del estudiantado y Motivo de consulta

Tabla 15

*Chi-cuadrado rango etario x motivo de consulta
(2023–2024)*

Tipo	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,75	33	0,77
Razón de verosimilitud	30,60	33	0,59
Nº de casos validos	731,00		

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

La relación entre el rango etario y los motivos de consulta, el análisis evidencia una alta concentración de las consultas en el grupo de 21 a 25 años (50,5%), seguido por el grupo de 17 a 20 años (31,9%). Los principales motivos reportados por ambos grupos corresponden a la categoría “otros”, compuesta por registros diversos no estandarizados dentro del sistema institucional, lo cual limita la especificidad del análisis clínico (Ver anexo 6). Dentro de los motivos clasificados, destacan las consultas por ansiedad, depresión y duelo en ambos grupos, mientras que los problemas familiares y el riesgo suicida se distribuyen principalmente entre el estudiantado menor de 25 años.

No obstante, la prueba de Chi-cuadrado no resultó estadísticamente significativa ($p=0,770$), lo que indica que no existe evidencia suficiente para afirmar una asociación significativa entre el rango etario y el motivo de consulta. Asimismo, los indicadores de Phi (0,191) y V de Cramer (0,110) sugieren una relación muy débil entre ambas variables.

Desde un enfoque estructural, puede señalarse que estas tendencias reflejan el perfil general del estudiantado universitario, donde los grupos etarios más

jóvenes concentran la mayor proporción de matrículas (Bellei & Contreras, 2018). En línea con lo planteado por Bourdieu (1990), esta etapa vital se constituye como un momento clave en el proceso de estructuración del habitus y exposición a formas institucionalizadas de poder simbólico, en este caso mediadas por el campo universitario y los dispositivos de atención en salud mental. La ausencia de asociación significativa podría interpretarse como una expresión de las dificultades institucionales para diferenciar y categorizar las demandas de salud mental según trayectorias etarias específicas.

7.3.7. Relación entre Rango etario del estudiantado y Tipo de cierre del proceso

Tabla 16

*Chi-cuadrado Rango etario x Tipo de cierre
(2023–2024)*

Tipo	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,04	27	0,01
Razón de verosimilitud	47,73	27	0,01
N° de casos validos	731,00		

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Al analizar la relación entre los rangos etarios del estudiantado atendido y los distintos tipos de cierre de los procesos psicológicos, se observa una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p = 0,013$). No obstante, la medida de asociación V de Cramer (0,145) indica que la relación, si bien significativa, es de baja intensidad (Field, 2013).

De manera descriptiva, es relevante destacar que los grupos etarios más jóvenes (17–20 y 21–25 años) concentran la mayor cantidad de cierres tipo “Deja de responder” y “Finalización”. El cierre por no respuesta es particularmente prevalente en el rango de 21 a 25 años, representando el 43,4% de los casos dentro de dicho grupo, lo que podría sugerir dificultades específicas de adherencia en esta etapa del ciclo vital. Como advierte Arnett (2000), la adultez emergente se caracteriza por procesos de búsqueda de autonomía y exploración identitaria, lo que podría estar incidiendo en el compromiso con los procesos terapéuticos.

Por otro lado, los cierres por “Finalización” (es decir, cuando el proceso es dado por terminado de manera planificada y con objetivos cumplidos) también se concentran en los rangos de menor edad, especialmente en el grupo 21–25 años. Esto sugiere que, si bien existe una mayor proporción de abandonos no informados, también una parte significativa del estudiantado logra completar sus procesos terapéuticos dentro de este rango etario.

En los grupos de mayor edad (26–35 y 36+), el patrón se distribuye de manera más homogénea (Véase anexo 7), aunque se evidencia una menor cantidad de casos en general. El porcentaje de cierres por “Deja de responder” disminuye, mientras que el porcentaje de cierres consensuados como “Finalización” o “Mutuo acuerdo” tiende a incrementarse levemente, lo que podría reflejar una mayor estabilidad o compromiso terapéutico asociado a la edad.

Esta distribución permite interpretar que las trayectorias etarias no solo influyen en el acceso al sistema (como muestra el análisis previo de frecuencias), sino también en el modo en que las y los estudiantes gestionan su vinculación con el

proceso terapéutico, tal como plantea Bourdieu (1990) respecto a la interacción entre habitus y experiencias previas, donde los recursos simbólicos y disposicionales adquiridos en etapas anteriores estructuran las prácticas actuales.

En suma, la asociación estadística encontrada permite afirmar que el rango etario está implicado en los resultados de los procesos de atención, reflejando formas diferenciadas de adherencia o abandono según el tramo de edad.

7.3.8. Relación entre Rango etario e Inasistencias del estudiantado

Tabla 17
Edad x Inasistencias (2023–2024)

Edad	1	2	3	4	5	6	9	Total
17–20	19	28	17	3	2	0	0	69
21–25	46	48	17	13	1	1	1	127
26–35	9	10	4	3	1	0	0	27
36+	3	5	2	0	0	0	0	10
Total	77	91	40	19	4	1	1	233

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Las inasistencias no justificadas según los rangos etarios del estudiantado atendido. A nivel descriptivo, destaca que los tramos de 21 a 25 años y de 17 a 20 años concentran la mayor cantidad de ausencias, principalmente en las primeras dos inasistencias. En cambio, las personas de 36 años o más presentan niveles mucho menores de inasistencia, aunque, dado su bajo número absoluto de casos, este hallazgo debe interpretarse con cautela.

En términos estadísticos, el análisis de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 11,580 con un nivel de significación bilateral de 0,868. Al superar ampliamente el umbral crítico convencional ($p > 0,05$), no se identifica una asociación estadísticamente significativa entre el rango etario y la cantidad de inasistencias no justificadas. Esto sugiere que las diferencias observadas podrían atribuirse al azar y no reflejar un patrón estructural.

Este resultado contrasta con la literatura especializada, donde investigaciones previas sugieren que el compromiso asistencial tiende a variar según la etapa del ciclo vital universitario, reflejando trayectorias diferenciadas en la vinculación institucional (Martuccelli, 2007). Sin embargo, la ausencia de asociación significativa en este caso podría vincularse a la precariedad del sistema de seguimiento de asistencia o a condiciones externas compartidas por la mayoría del estudiantado, como la sobrecarga académica o el contexto socioeconómico vulnerable, que transversalizan la experiencia universitaria (Brunner & Peña, 2011).

7.3.9. Relación entre Rango etario y Número de atenciones en rango

Tabla 18

*Rango etario x N° de atenciones
(2023–2024)*

Edad ▲	1	2	3	4	Total
17–20	21	23	12	65	121
21–25	33	48	38	104	223
26–35	11	10	5	36	62
36+	3	4	2	9	18
Total	68	85	57	214	424

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Al analizar la distribución del número de atenciones según los rangos etarios del estudiantado se observa una concentración de atenciones más intensivas (rango 4: cuatro o más atenciones) en las y los estudiantes más jóvenes. En particular, el rango etario de 21 a 25 años concentra el 46,6% de los casos en el rango de cuatro o más atenciones ($n=104$), seguido del rango de 17 a 20 años ($n=65$; 30,4%). En contraste, en los rangos de 26 a 35 y 36 o más años, el número de atenciones tiende a ser menor, destacándose principalmente en los rangos de 1 a 2 atenciones.

A pesar de esta tendencia, la prueba de Chi-cuadrado no reporta diferencias estadísticamente significativas entre el rango etario y el número de atenciones realizadas ($p=0,578$), lo que sugiere que la relación observada podría atribuirse al azar y no a una asociación sistemática. Las medidas de asociación (V de Cramer= $0,077$) también evidencian una baja fuerza en la relación.

Estos resultados invitan a considerar que, aunque el acceso sostenido (representado por cuatro o más atenciones) parece estar más presente entre el estudiantado más joven, no puede afirmarse una relación estructural entre la edad y la intensidad del proceso de atención.

7.3.10. Relación entre Rango etario y Tiempo de espera para atención

Tabla 19*Edad x Tiempo de espera (2023–2024)*

Edad	0–7 días	8–14 días	15–30 días	31–60 días	61–120 días	121+ días	Total
17–20	16	13	25	22	25	6	107
21–25	30	24	21	51	39	12	177
26–35	9	10	12	6	10	6	53
36+	4	4	2	3	3	1	17
Total	59	51	60	82	77	25	354

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

El análisis de la tabla cruzada entre los rangos etarios y los tiempos de espera evidencia la ausencia de una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p = 0,272$), lo cual indica que el tiempo que los y las estudiantes esperan para recibir atención psicológica no varía significativamente según su grupo etario. La medida de asociación V de Cramer (0,130) refuerza esta interpretación, sugiriendo una relación muy débil.

Si bien no se observan diferencias estadísticamente significativas, resulta relevante señalar que el mayor tiempo de espera (61–120 días) se concentra en los rangos de 21–25 y 17–20 años, es decir, en estudiantes que probablemente se encuentran cursando las primeras etapas de sus programas de formación. Este patrón, aunque no significativo, permite visibilizar cómo las dificultades estructurales del sistema como la alta demanda y el bajo número de profesionales disponibles afectan principalmente a grupos mayoritarios dentro de la población estudiantil.

Desde la perspectiva de Bourdieu (1990), estos estudiantes se insertan en el campo universitario como agentes con menor capital cultural institucionalizado, enfrentándose a las lógicas de funcionamiento de una institución que tiende a reproducir desigualdades preexistentes. Asimismo, siguiendo a Foucault

(1975), la espera prolongada podría ser interpretada como un efecto de los dispositivos de gestión institucional, los cuales, al priorizar ciertos casos (por ejemplo, aquellos con protocolo activado), desplazan otras demandas a tiempos de espera extendidos, constituyendo así una forma de normalización de la atención diferida.

7.3.11. Relación entre Carrera y Tipo de cierre del proceso

Tabla 20

Chi-cuadrado Carrera x Tipo de cierre (2023–2024)

Tipo	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	490,09	405	0,00
Razón de verosimilitud	391,89	405	0,67
N° de casos válidos	934,00		

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

En el análisis del cruce entre carrera y tipo de cierre del proceso psicológico, se identificó una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,002$), aunque con un nivel de asociación débil (V de Cramer = 0,241). Este resultado sugiere que la carrera académica del estudiantado incide en el tipo de cierre registrado al término del proceso de atención psicológica (Revisar anexo 8)

Tal como plantean Bourdieu y Passeron (1998), los trayectos formativos no son neutrales, sino estructurados por diferencias en el capital cultural disponible, lo que podría explicar la distribución desigual en los tipos de cierre según carrera. Carreras como Psicología, Pedagogía en Educación Diferencial y Terapia Ocupacional presentan una mayor proporción de finalizaciones formales o

cierres por mutuo acuerdo, lo que puede interpretarse como mayor adherencia al proceso psicoterapéutico. Esta tendencia podría vincularse a una mayor familiarización con el discurso clínico y las prácticas de autocuidado, propio de campos formativos orientados a lo social y lo humano (Foucault, 1975/2002).

Por otro lado, carreras técnicas o del ámbito ingenieril presentan una mayor frecuencia de cierres por “deja de responder” (41,1%) o “desiste” (13,17%), lo que podría interpretarse como dificultades de retención institucional, esto evidencia un punto crítico para el sistema de salud mental universitario, ya que refleja procesos interrumpidos sin notificación formal. Esta situación requiere ser atendida mediante estrategias diferenciadas de seguimiento, considerando las particularidades del campo académico de origen del estudiantado.

7.3.12. Relación entre Carrera y Activación de protocolo

Tabla 21

*Chi-cuadrado Carrera x Activación de protocolo
(2023–2024)*

Tipo	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,32	45	0,14
Razón de verosimilitud	49,88	45	0,29
N° de casos válidos	934,00		

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Se realizó el análisis del cruce entre la variable carrera y la activación de protocolos institucionales, con el objetivo de examinar si existen diferencias significativas en la activación de protocolos según la carrera de pertenencia del estudiantado. La prueba de Chi-cuadrado de Pearson resultó en un valor de

55,315 (gl=45), con una significación asintótica de $p=0,139$, lo cual indica que no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables analizadas. Este resultado es reforzado por la medida de asociación V de Cramer = 0,243, lo cual sugiere una relación débil entre ambas variables.

Desde una perspectiva práctica, se observa que la activación de protocolos (donde 1 indica activación y 0 no activación) es poco frecuente en todas las carreras, pero se identifica una concentración relativa de casos en carreras del área de la salud y educación, como Psicología, Terapia Ocupacional, Pedagogía en Educación Diferencial y Pedagogía en inglés (Ver anexo 9). No obstante, estas diferencias no alcanzan relevancia estadística, lo que podría explicarse, en parte, por el bajo número total de activaciones en la base de datos (51 casos en total).

Es relevante destacar que la activación de protocolos institucionales, especialmente aquellos vinculados a riesgo suicida, constituye un indicador crítico dentro de la atención psicológica (Organización Mundial de la Salud, 2021). Tal como señala Foucault (2008), el despliegue de dispositivos institucionales frente a situaciones de riesgo no solo responde a una lógica clínica, sino también a una lógica de gubernamentalidad, donde el control y la gestión del riesgo se tornan prioritarios en los espacios universitarios. En este sentido, el hecho de que ciertas carreras concentren estas activaciones podría vincularse con procesos de subjetivación diferenciados según el capital cultural y el habitus del estudiantado (Bourdieu, 1998), particularmente en carreras tradicionalmente feminizadas o vinculadas a las ciencias sociales y educativas.

Por otro lado, la ausencia de significancia estadística refuerza la idea de que el riesgo crítico no está condicionado directamente por la formación académica específica del estudiantado, sino por variables transversales asociadas a las trayectorias biográficas y contextos de vulnerabilidad, elementos que no siempre son capturados por los registros administrativos. Desde la perspectiva de Bourdieu (1990), esta homogeneidad en la respuesta institucional puede entenderse como el resultado de un campo universitario que, frente a situaciones de riesgo, aplica criterios de intervención estandarizados que no necesariamente consideran las diferencias en capital cultural o social entre las distintas áreas académicas.

Pese a la visibilización práctica de ciertos focos de activación, el sistema institucional no reproduce, al menos de manera estadísticamente demostrable, diferencias estructurales en la atención crítica según carrera, aunque el contexto simbólico y subjetivo pueda modular dichas experiencias.

7.3.13. Relación entre Carrera e Inasistencia del estudiantado

Tabla 22

Chi-cuadrado Carrera x Inasistencia (2023–2024)

Tipo	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	246,33	273	0,88
Razón de verosimilitud	170,88	273	1,00
N° de casos válidos	305,00		

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Respecto al cruce entre carrera x inasistencias, los resultados del estadístico Chi-cuadrado no evidencian una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p = 0,875$). Asimismo, las medidas de asociación, tanto Phi (0,899) como V de Cramer (0,340), refuerzan esta interpretación al presentar valores que, pese a su magnitud, carecen de significación estadística, lo cual se explica por el elevado número de celdas con frecuencias esperadas inferiores a 5 (96,9%), limitando la confiabilidad del análisis inferencial.

Desde el punto de vista descriptivo, sin embargo, se observa que determinadas carreras concentran un mayor número de inasistencias, destacando Pedagogía en Educación Diferencial, Pedagogía en inglés y Psicología como aquellas con mayores registros de ausencias no justificadas (Visitar anexo 10). Esta distribución podría vincularse a las características particulares de cada programa académico, así como a las exigencias institucionales diferenciadas, sin embargo, al no evidenciarse una asociación estadística robusta, esta interpretación debe abordarse con cautela.

En este sentido, resulta pertinente recordar que las inasistencias constituyen un indicador relevante de discontinuidad o abandono parcial del proceso terapéutico, el cual ha sido previamente asociado en la literatura a factores como la percepción de eficacia de las sesiones, la carga académica y el bienestar emocional del estudiantado (García et al., 2022). Sin embargo, dentro del contexto institucional analizado, las diferencias entre carreras no parecen constituir un factor determinante en la incidencia de dichas inasistencias.

La heterogeneidad observada entre las carreras, el análisis estadístico permite afirmar que no se identificó una relación significativa entre la carrera cursada y

la ocurrencia de inasistencias no justificadas en el sistema de atención psicológica.

7.3.14. Relación entre Facultad y Motivo de consulta del estudiantado

Tabla 23

Chi-cuadrado Facultad x Motivo de consulta

(2023–2024)

Tipo	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
		▼	
Chi-cuadrado de Pearson	121,78	88	0,01
Razón de verosimilitud	122,37	88	0,01
N° de casos válidos	934,00		

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Para este análisis de la relación entre facultad y motivo de consulta e identificó una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,010$), aunque débil según el coeficiente V de Cramer (0,128). Esto indica que, si bien existe relación entre ambas variables, su intensidad es limitada.

Destaca el predominio transversal del motivo de consulta clasificado como “Otros” ($n = 622$; 66,6%). el análisis descriptivo muestra ciertos patrones diferenciados: las facultades de Ciencias Sociales y Salud concentran casos relacionados con depresión y ansiedad, respectivamente, mientras que en Humanidades destaca la frecuencia de consultas por problemas familiares y depresión (Ver anexo 11). Estas diferencias podrían vincularse, como plantea Bourdieu (1998), a habitus disciplinares específicos que estructuran tanto las

experiencias subjetivas como las maneras de enfrentar las problemáticas personales dentro del campo universitario.

Este hallazgo refuerza la importancia de contar con estrategias institucionales flexibles y adaptativas, capaces de acoger la diversidad de situaciones subjetivas que atraviesan al estudiantado, evitando encasillamientos clínicos rígidos y privilegiando un enfoque situado y sensible a los contextos de vida del estudiantado.

7.3.15. Relación entre Facultad y tipo de cierre del proceso

Tabla 24
Chi-cuadrado Facultad x Tipo de cierre
(2023–2024)

Tipo	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	66,97	72	0,65
Razón de verosimilitud	70,32	72	0,53
Nº de casos válidos	934,00		

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Respecto al cruce entre facultad de pertenencia y tipo de cierre del proceso de atención psicológica, los resultados evidencian que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($p = 0,646$). Esto indica que el desenlace de las atenciones no varía de forma significativa según la facultad del estudiantado, sugiriendo una distribución relativamente homogénea de los tipos de cierre en las diferentes unidades académicas. Esta interpretación es reforzada por el valor de V de Cramer (0,095), que evidencia una asociación muy débil entre ambas variables.

No obstante, en un análisis descriptivo, se observa que las facultades con mayor carga de casos tienden a concentrar los tipos de cierre más frecuentes (Ver anexo 12). En ese sentido, las facultades de Salud, Ciencias Sociales y Humanidades presentan la mayor cantidad de procesos cerrados por finalización y frustración, replicando así las tendencias generales del total de casos analizados.

Desde la perspectiva de Foucault (2006), podría argumentarse que, si bien el dispositivo institucional logra homogeneizar las trayectorias de atención, invisibiliza las particularidades de los procesos subjetivos que podrían estar incidiendo en el cierre de los casos, especialmente considerando las diferencias estructurales entre las distintas facultades (como carga académica, exigencias prácticas o recursos de apoyo).

En consecuencia, aunque la ausencia de diferencias estadísticamente significativas podría interpretarse como un indicio de equidad en los procesos clínicos, el análisis cualitativo de la experiencia del estudiantado sería necesario para comprender en profundidad las dinámicas institucionales detrás de estos cierres.

7.3.16. Relación entre Facultad y Tiempo de espera para atención

Tabla 25

*Chi-cuadrado Facultad x Tiempo de espera
(2023–2024)*

Tipo	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
▲			
Chi-cuadrado de Pearson	38,95	40	0,52
N° de casos válidos	451,00		
Razón de verosimilitud	41,46	40	0,41

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Al analizar el cruce entre facultad de pertenencia y tiempo de espera para acceder a la primera atención psicológica, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables ($p = 0,518$), lo que se refleja también en el bajo valor de V de Cramer (0,131). Estos resultados sugieren una distribución homogénea en los tiempos de espera según la facultad de origen del estudiantado.

En términos descriptivos, las facultades con mayor concentración de estudiantes atendidos corresponden a Ciencias Sociales ($n = 84$), Salud ($n = 81$), y Humanidades ($n = 89$). En todas ellas se evidencia una concentración predominante de tiempos de espera prolongados: los intervalos de 31–60 días y 61–120 días representan en conjunto más del 45% de los casos en cada una. Por ejemplo, en la Facultad de Ciencias Sociales, un 25% esperó entre 31 y 60 días y un 21% entre 61 y 120 días. Esta tendencia se repite de manera similar en las facultades de Salud y Humanidades (Ver anexo 13).

En contraste, algunas facultades presentan concentraciones puntuales en tiempos de espera breves. Es el caso de Actividad Física y Deportes, donde 2 de los 12 casos fueron atendidos en el rango de 0–7 días (16,7%). No obstante,

su tamaño muestral es muy reducido, lo que limita cualquier inferencia concluyente.

7.3.17. Relación entre Facultad y Activación de protocolo

Tabla 26

Facultad x Activación de protocolo (2023–2024)

Facultad	0 (No)	1 (Si)	Total
Actividad Física y Deportes	22	2	24
Arte	141	3	144
Ciencias Naturales y Exactas	24	2	26
Ciencias Sociales	155	16	171
Educación	123	9	132
Humanidades	159	8	167
Ingeniería	46	3	49
Salud	182	6	188
San Felipe	31	2	33
Total	883	51	934

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Aunque la distribución no es estadísticamente significativa, los resultados permiten visibilizar el funcionamiento estructural del sistema, evidenciando que las lógicas de espera no se diferencian según el origen académico del estudiantado, lo que podría interpretarse como un mecanismo de normalización institucional.

Respecto a la relación entre facultad de origen y activación de protocolos (suicida o de riesgo), los resultados muestran que, si bien no se evidencian asociaciones estadísticamente significativas ($p=0,180$), se observa que la activación de protocolos se concentra principalmente en estudiantes provenientes de las facultades de Ciencias Sociales (16 activaciones) y Salud

(12 activaciones). Dichas cifras representan el 54,9% del total de protocolos activados dentro del periodo analizado, lo cual podría interpretarse como una expresión de una mayor demanda o de condiciones institucionales diferenciadas en estas áreas del conocimiento.

Es posible considerar que el capital cultural incorporado (Bourdieu, 1998) propio de estudiantes de dichas facultades centradas en disciplinas del cuidado y las ciencias humanas podría favorecer una mayor disposición a solicitar ayuda, o bien, a verbalizar situaciones de riesgo ante los equipos de atención. De manera complementaria, el dispositivo institucional de los protocolos de riesgo (Foucault, 1996) actuaría como un mecanismo de normalización y vigilancia, donde el reconocimiento de ciertos discursos y situaciones como “de riesgo” responde a construcciones institucionales que priorizan o visibilizan determinadas experiencias subjetivas en detrimento de otras.

No obstante, la ausencia de una asociación significativa entre facultad y activación de protocolos sugiere que los procesos de intervención asociados a situaciones críticas mantienen un patrón transversal en la población atendida, sin distinciones relevantes según campo disciplinar, lo cual sería coherente con la lógica universalista propia del régimen de bienestar residual chileno (Esping-Andersen, 1993). En este modelo, la acción institucional –como es el caso del sistema de salud mental universitario– tiende a actuar reactivamente ante situaciones de mayor gravedad, priorizando el riesgo vital por sobre otras dimensiones preventivas o promocionales.

En síntesis, aunque el análisis estadístico no respalde diferencias significativas entre facultades, la concentración descriptiva de activaciones en ciertas áreas

permite hipotetizar la existencia de disposiciones subjetivas e institucionales diferenciadas que facilitan el acceso a la activación de protocolos en determinados grupos estudiantiles.

8. Conclusiones

El presente estudio analizó de forma exhaustiva el funcionamiento del sistema de atención psicológica de la Universidad de Playa Ancha (UPLA), incorporando una perspectiva estructural y crítica que permite comprender cómo las condiciones institucionales, los perfiles sociodemográficos del estudiantado y las lógicas internas de gestión configuran el acceso y la continuidad de los procesos clínicos. Los resultados evidencian que el dispositivo opera en un escenario de precariedad estructural, caracterizado por escasez de recursos, sobrecarga de demanda, registros administrativos fragmentados y ausencia de protocolos formales de seguimiento, elementos que limitan su alcance y su capacidad de respuesta.

Lejos de responder a un modelo de atención universalista, el sistema se enmarca en las lógicas de un régimen de bienestar de tipo liberal (Esping-Andersen, 1990), donde la cobertura es focalizada y la atención se gestiona como un recurso escaso que debe administrarse bajo criterios de eficiencia operativa antes que de garantía de derechos. Esta orientación no solo restringe la cobertura efectiva, sino que también produce efectos simbólicos de exclusión, al definir implícitamente quién es considerado merecedor o prioritario para acceder a un acompañamiento prolongado.

Uno de los hallazgos más significativos es la sobrerrepresentación del género femenino y de estudiantes pertenecientes a áreas formativas como Ciencias Sociales, Salud y Humanidades. Este patrón no parece derivar de un sesgo institucional consciente, sino de la interacción entre estructuras de habitus (Bourdieu, 1990), que legitiman la búsqueda de apoyo psicológico en ciertos

grupos, y un mayor capital simbólico de determinadas disciplinas, donde el malestar tiene mayor visibilidad y legitimidad como objeto de intervención. Por el contrario, en facultades técnicas y de ciencias exactas la demanda es menor, lo que podría estar vinculado a barreras culturales, disciplinarias y estructurales que invisibilizan o deslegitiman la expresión del sufrimiento.

En términos etarios, el grupo de adultos jóvenes (17–25 años) concentra la mayor parte de las atenciones, siendo la ansiedad el motivo de consulta más frecuente. Este hallazgo revela que el malestar en etapas iniciales de la trayectoria universitaria no es un problema aislado o estrictamente individual, sino una manifestación estructural de las presiones académicas, económicas y sociales que atraviesan al estudiantado. Desde la perspectiva foucaultiana, la universidad no se limita a gestionar el malestar, sino que participa activamente en su producción y regulación (Foucault, 1978), a través de dispositivos que clasifican, jerarquizan y canalizan determinadas formas de sufrimiento hacia el circuito institucional, mientras otras quedan externalizadas o invisibilizadas.

En lo que respecta a la continuidad de los procesos clínicos, si bien la mayoría de los casos alcanzó cuatro o más sesiones, una proporción considerable se interrumpió tras una o dos atenciones, sin que existan protocolos institucionales de derivación, reingreso o acompañamiento alternativo. Este déficit configura un circuito cerrado en el que la desvinculación implica la exclusión inmediata del sistema, reproduciendo las lógicas fragmentadas y focalizadas de un modelo asistencial residual. Esta situación refuerza la responsabilización individual del malestar y la delegación del seguimiento en el propio estudiante, en lugar de situarlo como una responsabilidad institucional.

La gestión de la demanda se ve obstaculizada por tiempos de espera prolongados, en ocasiones superiores a un mes, y por un uso reducido de protocolos de alto riesgo, lo que genera interrogantes sobre la capacidad del sistema para identificar y priorizar oportunamente casos críticos. La combinación de estas limitaciones con la alta proporción de datos faltantes en variables clave como edad, género y promoción refleja no solo una debilidad técnica, sino también un déficit epistemológico: la imposibilidad de caracterizar plenamente a la población atendida condiciona la formulación de políticas y estrategias basadas en evidencia.

En síntesis, el acceso a la atención psicológica en la UPLA no se configura como un derecho universal garantizado, sino como un recurso limitado y administrado bajo criterios implícitos de priorización, en un marco institucional atravesado por desigualdades simbólicas y estructurales. La interacción entre capital cultural, habitus y segmentación académica determina quién accede, por cuánto tiempo y en qué condiciones, consolidando un modelo de atención reactivo, centrado en la contención de crisis más que en la prevención o la promoción del bienestar.

8.1.1.Evaluación de hipótesis

En relación con las hipótesis planteadas, los resultados permiten confirmar parcialmente la Hipótesis 1, al demostrarse que existen asociaciones estadísticamente significativas entre diversas características sociodemográficas principalmente género, rango etario, carrera y facultad y las características del proceso de atención psicológica, como el motivo de consulta, tiempos de espera, cantidad de sesiones recibidas, tipo de cierre de los procesos y activación de

protocolos. Sin embargo, dichas asociaciones no son homogéneas ni determinantes en todos los casos, siendo más evidentes en variables como género y facultad, lo que sugiere que la influencia de los factores sociodemográficos es diferencial según el aspecto del proceso de atención analizado.

La Hipótesis 2 se confirma plenamente: el análisis del motivo de consulta evidencia que las principales razones por las cuales los y las estudiantes solicitan atención psicológica corresponden a problemáticas emocionales principalmente ansiedad y depresión y dificultades académicas. Estas dimensiones no solo configuran factores centrales del malestar en la población universitaria, sino que también reflejan tensiones estructurales que exceden lo individual, vinculadas a la precarización de las trayectorias estudiantiles en un contexto institucional limitado por recursos escasos.

La Hipótesis 3, de carácter descriptivo, también se confirma: la composición del estudiantado atendido presenta predominio del género femenino, concentración en el tramo 17–25 años y mayor representación de facultades vinculadas a las Ciencias Sociales, la Salud y las Humanidades. No obstante, esta constatación debe interpretarse con cautela debido a la ausencia de información completa sobre la matrícula por carrera y a la presencia de datos faltantes en variables clave como género y edad, lo que restringe la capacidad de estimar con precisión posibles sobre o subrepresentaciones.

8.1.2.Recomendaciones

- Formalizar el sistema de registro clínico-administrativo mediante un soporte informatizado que garantice la trazabilidad y el registro completo de las atenciones.
- Implementar protocolos de seguimiento post-desvinculación, para evitar la exclusión automática de quienes interrumpen su proceso.
- Reorientar el dispositivo hacia la prevención, incorporando estrategias psicoeducativas, intervenciones grupales y acciones de promoción del bienestar emocional.
- Ampliar y diversificar el equipo clínico, para permitir intervenciones sostenidas y evitar que los procesos breves se conviertan en el estándar de atención.
- Sensibilizar institucionalmente sobre la diversidad de trayectorias y expresiones del malestar, asegurando que la atención sea inclusiva para todas las identidades y perfiles estudiantiles.

Finalmente, se recomienda avanzar hacia investigaciones de carácter mixto que integren las experiencias subjetivas del estudiantado, tanto atendido como no atendido, con el fin de identificar barreras invisibles y diseñar estrategias más ajustadas a las realidades del campo universitario.

.

9. Referencias bibliográficas

Barrera-Herrera, A., & San Martín, Y. (2021). *Prevalencia de sintomatología de salud mental y hábitos de salud en una muestra de universitarios chilenos. Psykhe*. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2019.21813>

Bellei, C., & Contreras, D. (2018). *El sistema de educación superior chileno: Acceso, financiamiento y calidad*. Universidad de Chile.

Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241–258). Greenwood.

Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice*. Stanford University Press.

Bourdieu, P. (1993). *Sociology in question*. SAGE.

Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (1990). *Reproduction in education, society and culture* (2nd ed.). SAGE.

Brunner, J. J., & Peña, C. (2011). *Educación superior en Iberoamérica: Informe 2011*. Organización de Estados Iberoamericanos.

Castiglioni, R. (2005). *The politics of social policy change in Chile and Uruguay: Retrenchment versus maintenance, 1973–1998*. Routledge.

Celis, J. (2022). *Salud mental en población universitaria chilena post-pandemia: Un desafío institucional*. Ministerio de Salud.

Congreso Nacional de Chile. (2012). *Ley N° 20.584: Derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1042092>

Cova, F., Rincón, P., & Vinet, E. (2007). Trastornos ansiosos en población universitaria chilena: Prevalencia y variables asociadas. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(1), 23–30. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272007000100004>

Dubet, F., & Martuccelli, D. (1998). *En la escuela: Sociología de la experiencia escolar*. Losada.

Eisenberg, D., Lipson, S. K., Heinze, J., & Zhou, S. (2023). Meeting the escalating demand for mental health and well-being support. *EAB*.
<https://eab.com/resources/research-report/meeting-the-escalating-demand-for-mental-health-and-well-being-support/>

Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press.

Esping-Andersen, G. (1999). *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford University Press.

Filgueira, F. (2005). *Estados de bienestar y políticas de protección social en América Latina: Una mirada comparativa*. CEPAL.

Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1977). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1978). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2021). *Metodología de la investigación* (7.^a ed.). McGraw-Hill.

Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3–10.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.008>

Jacques, D., Rojas, M., & Vega, E. (2022). Combinación de datos de la Encuesta Nacional de Salud en Chile: Estimación de prevalencia de depresión en población adulta. *Revista Médica de Chile*, 150(7), 756–766.
<https://doi.org/10.4067/s0034-98872022000700896>

Lin, Y.-K., Saragih, I. D., Lin, C.-J., Liu, H.-L., Chen, C.-W., & Yeh, Y.-S. (2024). Global prevalence of anxiety and depression among medical students during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*, 12, Article 105. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01838-y>

Lipson, S. K., Zhou, S., Abelson, S., Heinze, J., & Eisenberg, D. (2023, May 26). Gaps in mental health care for college students. *Inside Higher Ed*.
<https://www.insidehighered.com/news/student-success/health-wellness/2023/05/26/gaps-mental-health-care-college-students>

Martínez, P., Mac-Ginty, S., & Díaz, S. (2021). Salud mental en estudiantes de educación superior en Chile: Una revisión de alcance con meta-análisis. *Terapia Psicológica*, 39(3), 405–426. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000300405>

Ministerio de Educación de Chile (Subsecretaría de Educación Superior) & Ministerio de Salud (Subsecretaría de Salud Pública). (2024, 8 de mayo). *Recomendaciones y orientaciones del Consejo Asesor en Salud Mental para la Educación Superior*. Gobierno de Chile.
<https://educacionsuperior.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/49/2024/05/Recomendaciones-y-Orientaciones-Salud-Mental-Educacion-Superior.pdf>

Ministerio de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016–2017*.
<https://www.minsal.cl/encuesta-nacional-de-salud-2016-2017/>

Muñoz, G., & Rojas, C. (2017). La selectividad institucional en la educación superior chilena. *Revista de Estudios Sociales*, 60(1), 112–125.
<https://doi.org/10.7440/res60.2017.09>

Ocampo, J. (2018). *La privatización de la educación superior en América Latina*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Mental health of college students: An urgent priority*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064317>

Organización Mundial de la Salud. (2022b). *World mental health report: Transforming mental health for all*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240050862>

Pribble, J. (2013). *Welfare and party politics in Latin America*. Cambridge University Press.

Rebolledo, J., & Elacqua, G. (2017). Endeudamiento y trayectorias universitarias en Chile. *Revista CEPAL*, 122(1), 45–67.
<https://doi.org/10.18356/02510268-2017-122-45>

Riquelme, A., & Torres, F. (2019). La segmentación del mercado laboral y su relación con la educación superior en Chile. *Revista de Sociología*, 34(2), 23–42. <https://doi.org/10.5354/0719-529X.2019.52431>

Segovia, C. (2016). *Gratuidad y acceso inclusivo en la educación superior chilena: Avances y límites*. Universidad Diego Portales.

Solís, G. (2020). *Financiamiento de la educación superior en Chile: Entre el mercado y la política pública*. Universidad Alberto Hurtado.

Subsecretaría de Educación Superior. (2023). *Orientaciones para el fortalecimiento de la salud mental en instituciones de educación superior*.
<https://www.mineduc.cl/publicaciones/orientaciones-salud-mental-educacion-superior-2023/>

Superintendencia de Salud. (2021). *Informe sobre protocolos institucionales de atención psicológica en educación superior chilena*.

<https://www.supersalud.gob.cl/documentos/protocolos-salud-mental-2021.pdf>

Universidad de Playa Ancha. (2024). *Informe interno sobre presupuesto destinado al CDP, año 2024*. Documento no publicado.

Valenzuela, J. P., Bellei, C., & de los Ríos, D. (2020). Desigualdades educativas y trayectorias en el sistema universitario chileno. *Revista Latinoamericana de Educación Comparada*, 11(1), 19–38.

<https://doi.org/10.15366/rlec2020.11.1.002>

10. Anexos

Anexo 1: Diccionario de categorización de motivos de consulta.

Categoría agrupada	Descripción general	Ejemplos de motivos originales agrupados
Ansiedad	Motivos relacionados con malestar emocional ansioso.	Crisis de pánico, ansiedad generalizada, preocupación excesiva, angustia.
Depresión	Motivos asociados a síntomas depresivos o bajo estado de ánimo.	Sentimientos de tristeza, desesperanza, síntomas depresivos, ideación pesimista.
Crisis aguda	Consultas por eventos críticos y desbordantes.	Ataque de llanto, crisis emocional súbita, descompensación emocional.
Riesgo suicida	Casos asociados explícitamente a ideación o intento suicida.	Ideación suicida, pensamientos de autolesión, intento suicida reciente.
Violencia	Consultas vinculadas a agresión o maltrato.	Agresión física, acoso laboral o escolar, violencia intrafamiliar.
Autoimagen / autoestima	Malestar relacionado con autopercepción negativa.	Baja autoestima, problemas con la imagen corporal, inseguridad personal.
Duelo	Procesos de pérdida significativa.	Fallecimiento de familiar, término de relación significativa, duelo migratorio.
Estrés	Malestar general vinculado a estrés agudo o crónico.	Estrés académico, estrés familiar, estrés laboral.
Problemas académicos	Dificultades relacionadas directamente al ámbito académico.	Bajo rendimiento, sobrecarga académica, dificultades con docentes o exámenes.
Problemas familiares	Conflictos o malestar vinculado al entorno familiar.	Separación de padres, conflictos familiares, dinámicas familiares disfuncionales.

Adaptación	Problemas vinculados a procesos adaptativos.	Dificultades de adaptación a la vida universitaria, cambio de ciudad o país.
Otros	Motivos que no encajan en las categorías previas.	Dolor físico sin causa médica, inquietudes existenciales, temas espirituales, motivos únicos o redactados de forma ambigua.

Nota. Elaboración propia.

Carta de Solicitud de Consentimiento para el Uso de Base de Datos

Valparaíso, 24 de octubre de 2024

Señor
Boris González López
Director General de Desarrollo Estudiantil
Universidad de Playa Ancha

Por la presente, solicito su autorización para utilizar la base de datos del sistema de salud mental de la Universidad de Playa Ancha, en el marco de un estudio cuyo objetivo principal es investigar el funcionamiento del sistema de salud mental de esta institución. La información solicitada estará destinada al análisis y evaluación del sistema de atención psicológica, con el fin de identificar áreas de mejora que puedan beneficiar al estudiantado.

Motivo o razón para el uso de la base de datos:

El motivo de esta solicitud es llevar a cabo una investigación con el propósito de estudiar el sistema de salud mental universitario. Se busca evaluar el estado actual del sistema y proponer mejoras si se detectan insuficiencias o necesidades no cubiertas, utilizando los datos recopilados en el proceso de atención y seguimiento de los estudiantes.

Tipo de datos solicitados:

Se solicita acceso a los datos pertinentes al estudio, los cuales incluyen, pero no se limitan a, información relacionada con las atenciones psicológicas, características sociodemográficas generales, y otros indicadores relevantes. Los datos serán utilizados exclusivamente para análisis estadísticos y de tendencias, respetando en todo momento el anonimato y la confidencialidad de las personas.

Objetivo del estudio o investigación:

El objetivo de esta investigación es analizar el funcionamiento del sistema de salud mental de la Universidad de Playa Ancha, con el fin de identificar posibles áreas de saturación o insuficiencia en la prestación de los servicios psicológicos. A partir del análisis de los datos disponibles, se pretende evaluar la capacidad del sistema para atender las necesidades del estudiantado y proponer recomendaciones orientadas a mejorar la eficiencia y accesibilidad de dichos servicios, contribuyendo a un mejor soporte para la salud mental de los estudiantes.

Compromiso de protección de datos personales:

Me comprometo, conforme a lo estipulado en la Ley N° 19.628 Sobre Protección de la Vida Privada, y en particular lo expuesto en el Título I sobre la utilización de datos personales, a no ceder la información contenida en la base de datos a terceros, ni divulgarla a personas no autorizadas bajo ningún concepto. Asimismo, la información será utilizada exclusivamente para los fines establecidos en esta solicitud y no para otros propósitos.

Confidencialidad y seguridad:

Se tomarán todas las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y la seguridad de la información contenida en la base de datos, protegiendo los datos personales de cualquier acceso no autorizado, conforme a lo establecido por la ley.

Atentamente,

Naim Nicolás Rodríguez León
Naim.rodriguez@alumnos.upla.cl
Tesisista de la Carrera de Sociología
Universidad de Playa Ancha

Tabla A1*Frecuencia de Distribución por carrera (2023–2024)*

Carrera	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Porcentaje válido
Doctorado	1	0,10	10,10	0,10
Técnico en Deporte y Recreación	1	0,10	90,50	0,10
Técnico en Recursos Humanos	1	0,10	92,30	0,10
Administración Logística	2	0,20	0,60	0,20
Pedagogía en Física	2	0,20	63,10	0,20
Técnico en Construcción	2	0,20	90,10	0,20
Técnico en Contabilidad	2	0,20	90,40	0,20
Técnico en Electricidad	2	0,20	92,20	0,20
Pedagogía en Matemática	3	0,30	72,90	0,30
Tecnología en Deportes y Recreación	3	0,30	93,30	0,30
Administración en Recursos Humanos	4	0,40	0,40	0,40
Pedagogía en Química y Ciencias	4	0,40	73,30	0,40
Ingeniería Comercial	6	0,60	26,30	0,60
Técnico Interpretación en Lengua de Señas	6	0,60	92,90	0,60
Pedagogía en Filosofía	7	0,70	62,80	0,70
Geografía	8	0,80	21,10	0,90
Pedagogía en Biología y Ciencias	9	0,90	41,90	1,00
Ingeniería Civil Informática	12	1,20	25,70	1,30
Técnico en Educación Parvularia	14	1,40	92,00	1,50
Bibliotecología	15	1,50	4,40	1,60
Ingeniería Civil Ambiental	15	1,50	22,70	1,60
Dibujante Proyectista	16	1,60	8,00	1,70
Ingeniería Civil Industrial	16	1,60	24,40	1,70
Teatro	16	1,60	89,90	1,70
Derecho	18	1,80	6,30	1,90
Diseño	18	1,80	10,00	1,90
Sociología	19	1,90	88,20	2,00
Administración Turística Multilingüe	20	2,00	2,80	2,10
Pedagogía en Educación Física	20	2,00	58,40	2,10
Pedagogía en Artes	22	2,20	40,90	2,40
Traducción e Interpretación Inglés Español	22	2,20	100,00	2,40
Educación de Párvulos	25	2,50	12,70	2,70
Pedagogía en Castellano	25	2,50	44,50	2,70
Pedagogía en Educación Básica	29	2,90	47,60	3,10
Pedagogía en Historia y Geografía	32	3,20	66,50	3,40
Nutrición y Dietética	34	3,40	38,50	3,60
Enfermería	35	3,50	16,20	3,80
Fonoaudiología	35	3,50	20,00	3,70
Pedagogía en Educación Musical	35	3,50	62,10	3,70
Periodismo	36	3,60	77,20	3,90
Licenciatura en Arte	37	3,70	34,90	4,00
Terapia Ocupacional	41	4,10	97,60	4,40
Kinesiología	43	4,30	30,90	4,60
Pedagogía en Inglés	57	5,80	72,60	6,10
Pedagogía en Educación Diferencial	80	8,10	56,20	8,60
Psicología	84	8,50	86,20	9,00
Total	934	94,20		100,00

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Anexo 4. Tabla A2

Tabla A2
Género x Motivo de consulta (2023–2024)

Género	Adaptación	Ansiedad	Autoimagen /autoestima	Crisis aguda	Depresión	Duelo	Estrés	Problemas académicos	Problemas familiares	Riesgo suicida	Violencia	Otros	Total
Trans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Otro	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	5
No Binario	0	0	0	0	3	0	0	0	1	3	5	20	32
Masculino	0	14	2	2	23	6	2	5	3	3	3	101	164
Femenino	2	66	10	21	28	34	14	4	27	20	12	321	559
Total	2	81	12	23	54	40	16	9	31	27	20	447	762

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Anexo 5. Tabla A3

Tabla A3
Género x Tipo de cierre (2023–2024)

Género	Deja de responder	Derivación	Desiste	Despeje	Finalización	Frustrada	Mutuo acuerdo	Por parte de estudiante	Sin registro	Total
Trans	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Otro	3	0	0	0	0	0	0	1	0	5
No Binario	16	1	0	4	0	2	1	5	3	32
Masculino	70	10	3	29	1	32	1	12	5	164
Femenino	250	27	12	76	8	96	7	45	32	559
Total	341	38	15	109	9	130	10	62	40	762

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Anexo 6. Tabla A4

Tabla A4
Edad x Motivo de consulta (2023–2024)

Edad	Adaptación	Ansiedad	Autoimagen/a utoestima	Crisis aguda	Depresión	Duelo	Estrés	Problemas académicos	Problemas familiares	Riesgo suicida	Violencia	Otros	Total
17–20	0	15	2	4	10	5	6	3	5	6	4	173	233
21–25	1	28	6	12	20	21	7	2	15	10	10	237	369
26–35	0	13	1	2	6	6	3	0	4	0	3	58	96
36+	0	3	1	2	2	2	0	0	1	1	1	20	33
Total	1	59	10	20	38	34	16	5	25	17	18	488	731

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Anexo 7. Tabla A5

Tabla A5

Edad x Tipo de cierre (2023–2024)

Edad ▲	Deja de responder	Derivación	Desiste	Despeje	Finalización	Frustrada	Mutuo acuerdo	Por parte de estudiante	Sin registro	Total
17–20	124	12	5	17	0	32	15	13	10	5
21–25	160	20	3	50	4	45	29	34	24	0
26–35	37	4	1	10	4	14	11	11	4	0
36+	18	2	1	1	1	2	3	4	1	0
Total	339	38	10	78	9	93	58	62	39	5

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Anexo 8. Tabla A6

Tabla A6

Carrera x Motivo de cierre (2023–2024)

Carrera	Deja de responder	Derivación	Desiste	Despeje	Finalización	Frustrada	Mutuo acuerdo	Por parte de estudiante	Sin registro	Total
Doctorado	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Técnico en Deporte y Recreación	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Técnico en Recursos Humanos	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Administración Logística	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Pedagogía en Física	1	1	0	0	0	0	1	0	0	2
Técnico en Construcción	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
Técnico en Contabilidad	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Técnico en Electricidad	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Pedagogía en Matemática	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3
Tecnología en Deportes y Recreación	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Administración en Recursos Humanos	2	0	0	0	0	1	0	1	0	4
Pedagogía en Química y Ciencias	3	0	0	0	1	0	0	0	0	4
Ingeniería Comercial	2	1	0	1	0	0	1	1	0	6
Técnico Interpretación en Lengua de Señas	2	0	0	0	0	1	2	0	1	6
Pedagogía en Filosofía	3	0	0	2	0	0	1	0	0	7
Geografía	2	0	1	2	0	1	2	0	0	8
Pedagogía en Biología y Ciencias	6	0	0	1	1	1	0	0	0	9
Ingeniería Civil Informática	0	0	4	0	0	3	0	2	2	12
Técnico en Educación Parvularia	5	0	0	3	2	1	2	1	0	14
Bibliotecología	6	0	0	2	0	2	0	3	1	15
Ingeniería Civil Ambiental	7	0	0	2	0	3	0	1	2	15
Dibujante Proyectista	9	1	1	1	0	2	1	1	0	16
Ingeniería Civil Industrial	7	1	0	3	0	1	2	1	1	16
Teatro	7	0	0	1	0	4	4	0	0	16
Derecho	4	1	3	3	1	3	3	0	0	18
Diseño	11	1	0	4	0	1	0	0	1	18
Sociología	7	0	0	1	0	7	2	2	0	19
Administración Turística Multilingüe	10	0	0	3	0	1	4	2	0	20
Pedagogía en Educación Física	8	1	1	1	1	4	2	1	0	20
Pedagogía en Artes	9	1	1	1	0	6	1	1	2	22
Traducción e Interpretación Inglés Español	12	1	0	1	1	3	2	2	0	22
Educación de Párvulos	14	2	0	1	0	3	3	1	1	25
Pedagogía en Castellano	6	3	0	6	0	4	2	4	0	25
Pedagogía en Educación Básica	10	2	0	5	2	4	2	1	3	29
Pedagogía en Historia y Geografía	14	0	0	9	0	5	3	0	1	32
Nutrición y Dietética	12	3	0	4	0	7	5	2	1	34
Enfermería	15	2	1	1	1	4	5	2	1	35
Fonoaudiología	14	2	0	3	0	5	5	3	3	35
Pedagogía en Educación Musical	12	2	0	7	2	6	4	2	0	35
Periodismo	15	2	0	3	2	6	4	2	0	36
Licenciatura en Arte	14	1	0	7	0	5	4	3	3	37
Terapia Ocupacional	17	0	0	9	1	2	7	3	2	41
Kinesiología	21	1	0	6	4	2	4	3	2	43
Pedagogía en Inglés	23	1	4	8	1	7	8	4	1	57
Pedagogía en Educación Diferencial	28	4	0	13	1	11	12	6	5	80
Psicología	40	2	1	6	1	10	13	5	4	84
Total	384	37	18	123	22	128	113	60	40	934

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Anexo 9. Tabla A7

Tabla A7

Carrera x Activación de protocolo (2023–2024)

Carrera	No	Sí	Total
Doctorado	1	0	1
Técnico en Deporte y Recreación	1	0	1
Técnico en Recursos Humanos	1	0	1
Administración Logística	1	1	2
Pedagogía en Física	2	0	2
Técnico en Construcción	2	0	2
Técnico en Contabilidad	2	0	2
Técnico en Electricidad	2	0	2
Pedagogía en Matemática	3	0	3
Tecnología en Deportes y Recreación	3	0	3
Administración en Recursos Humanos	4	0	4
Pedagogía en Química y Ciencias	4	0	4
Ingeniería Comercial	5	1	6
Técnico Interpretación en Lengua de Señas	6	0	6
Pedagogía en Filosofía	5	2	7
Geografía	8	1	9
Pedagogía en Biología y Ciencias	9	0	9
Ingeniería Civil Informática	11	1	12
Técnico en Educación Parvularia	13	1	14
Bibliotecología	11	4	15
Ingeniería Civil Ambiental	14	1	15
Dibujante Proyectista	16	0	16
Ingeniería Civil Industrial	16	0	16
Teatro	15	1	16
Derecho	16	2	18
Diseño	18	0	18
Sociología	17	2	19
Administración Turística Multilingüe	20	0	20
Pedagogía en Educación Física	18	2	20
Pedagogía en Artes	22	0	22
Traducción e Interpretación Inglés Español	22	0	22
Educación de Párvulos	23	2	25
Pedagogía en Castellano	24	1	25
Pedagogía en Educación Básica	26	3	29
Pedagogía en Historia y Geografía	30	2	32
Nutrición y Dietética	34	0	34
Enfermería	33	2	35
Fonoaudiología	34	1	35
Pedagogía en Educación Musical	33	2	35
Periodismo	33	3	36
Licenciatura en Arte	37	0	37
Terapia Ocupacional	39	2	41
Kinesiología	42	1	43
Pedagogía en Inglés	54	3	57
Pedagogía en Educación Diferencial	76	4	80
Psicología	79	5	84
Total	883	51	934

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Anexo 10. Tabla A8

Tabla A8

Carrera x Inasistencias (2023–2024)

Carrera	1	2	3	4	5	6	9	10	Total
Pedagogía en Matemática	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Técnico en Construcción	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Técnico en Contabilidad	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Técnico en Deporte y Recreación	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Técnico en Electricidad	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Técnico en Interpretación en Lengua de Señas	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Administración en Recursos Humanos	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Ingeniería Comercial	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Geografía	2	0	1	0	0	0	0	0	3
Ingeniería Civil Industrial	2	1	0	0	0	0	0	0	3
Pedagogía en Educación Física	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Pedagogía en Física	2	1	0	0	0	0	0	0	3
Diseño	1	3	1	1	0	0	0	0	4
Pedagogía en Filosofía	2	1	1	0	0	0	0	0	4
Sociología	3	1	0	0	0	0	0	0	4
Técnico en Educación Parvularia	1	2	1	0	0	0	0	0	4
Bibliotecología	3	3	1	1	0	0	0	0	5
Nutrición y Dietética	3	1	1	0	0	0	0	0	5
Teatro	1	3	1	0	0	0	0	0	5
Administración Turística Multilingüe	0	5	1	0	0	0	0	0	6
Ingeniería Civil Ambiental	2	2	1	0	1	0	0	0	6
Pedagogía en Artes	2	3	1	0	0	0	0	0	6
Educación de Párvulos	3	2	2	0	0	0	0	0	7
Traducción e Interpretación Inglés Español	3	4	0	0	0	0	0	0	7
Derecho	2	2	3	1	0	0	0	0	8
Ingeniería Civil Informática	1	7	0	0	0	0	0	0	8
Terapia Ocupacional	2	2	4	0	0	0	0	0	8
Dibujante Proyectista	3	2	3	1	0	0	0	0	9
Fonoaudiología	2	2	3	1	0	1	0	0	9
Pedagogía en Educación Básica	0	4	2	3	1	0	0	0	10
Pedagogía en Biología y Ciencias	2	6	2	1	0	0	0	0	11
Pedagogía en Historia y Geografía	2	6	2	1	0	0	0	0	11
Enfermería	6	4	2	0	0	0	0	0	12
Licenciatura en Arte	5	5	1	1	0	0	0	0	12
Pedagogía en Educación Musical	2	5	3	1	1	0	0	0	12
Periodismo	3	5	2	1	1	0	0	0	12
Kinesiología	3	8	1	1	0	0	0	0	13
Pedagogía en Castellano	8	4	1	1	0	0	0	0	13
Pedagogía en Inglés	8	3	3	3	0	0	0	0	20
Psicología	12	4	4	2	0	0	0	0	22
Pedagogía en Educación Diferencial	14	11	4	1	0	1	0	0	31
Total	103	120	50	22	5	3	1	1	305

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Anexo 11. Tabla A9

Tabla A9
Facultad x Motivo de consulta (2023–2024)

Facultad	Adaptación	Ansiedad	Autoimagen/ autoestima	Crisis aguda	Depresión	Duelo	Estrés	Otros	Problemas académicos	Problemas familiares	Riesgo suicida	Violencia	Total
Actividad Física y Deportes	0	2	1	1	0	3	0	14	0	1	1	1	24
Arte	1	8	3	5	8	3	2	106	0	4	4	0	144
Ciencias Naturales y Exactas	0	4	0	0	0	0	0	18	0	0	0	2	26
Ciencias Sociales	1	19	2	1	12	2	4	111	1	6	7	5	171
Educación	0	11	3	3	8	7	4	87	0	6	2	1	132
Humanidades	0	14	0	5	12	4	2	118	2	1	7	2	167
Ingeniería	0	6	0	2	2	3	2	27	0	0	0	1	49
Salud	0	13	0	5	5	13	5	123	2	3	3	6	188
San Felipe	0	4	0	1	3	2	0	18	0	0	4	3	33
Total	2	81	12	23	50	37	17	622	10	31	28	21	934

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Anexo 12. Tabla A10

Tabla A10
Facultad x Tipo de cierre (2023–2024)

Facultad	Deja de responder	Derivación	Desiste	Despeje	Finalización	Frustrada	Mutuo acuerdo	Por parte de estudiante	Sin registro	Total
Actividad Física y Deportes	11	1	1	2	4	2	1	0	2	24
Arte	62	6	2	21	24	14	7	6	2	144
Ciencias Naturales y Exactas	13	1	1	4	2	2	3	0	0	26
Ciencias Sociales	72	5	4	14	28	22	12	7	3	171
Educación	51	7	1	6	18	17	8	9	0	132
Humanidades	69	6	4	2	20	20	12	3	1	167
Ingeniería	16	2	1	3	7	5	5	1	0	49
Salud	79	8	1	6	26	20	13	9	6	188
San Felipe	12	1	3	4	6	2	3	5	0	33
Total	385	37	18	62	127	113	60	40	9	934

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).

Anexo 13. Tabla A11

Tabla A11

Facultad x Tiempo de espera (2023–2024)

Facultad	0–7 días	8–14 días	15–30 días	31–60 días	61–120 días	121+ días	Total
Ciencias Naturales y Exactas	0	1	3	1	2	1	8
San Felipe	1	3	5	3	4	1	17
Actividad Física y Deportes	2	1	0	4	2	3	12
Ingeniería	3	6	6	7	4	1	27
Arte	10	10	9	16	14	5	64
Salud	11	10	16	20	20	11	88
Ciencias Sociales	13	13	6	25	18	9	84
Educación	17	11	11	14	13	3	69
Humanidades	22	10	17	14	18	8	89
Total	79	65	70	100	95	42	451

Nota. Elaboración propia a partir de la base de datos institucional del Centro de Desarrollo Psicosocial de la Universidad de Playa Ancha (2023–2024).