

Chapter 13 / Capítulo 13



The Surnames of Education
ISBN: 978-9915-9928-4-6
DOI: 10.62486/978-9915-9928-4-6.Ch13
Pages: 381-410

© 2026 The authors. This is an open access
book chapter distributed under the terms of
the Creative Commons Attribution (CC BY)
4.0 License.

Education for Mental Health: Understanding, Belonging and Caring with Judgment

Educación para la salud mental: Comprender, pertenecer y cuidar con criterio

Analía Ortigoza¹  

Ana María Chaves Cano²  

Erika Silvia Stolino³  

¹ Universidad Nacional de Tucumán. Tucumán, Argentina.

² Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Colombia.

³ Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.

ABSTRACT

Education for mental health begins before clinical care and extends across curriculum, relationships, belonging, access to support, and institutional culture. This chapter examines what educational institutions can do to understand distress, strengthen capacities for care, and reduce barriers to help-seeking while maintaining clear boundaries around functions that require professional assessment and treatment. Mental health is analyzed as a continuum related to well-being, functioning, and social conditions rather than simply the absence of disorder. Mental health literacy, recognition of warning signs, stigma, confidentiality, and support pathways are examined as conditions for timely action. The chapter also considers academic organization, workload, transitions, coping, and resilience, emphasizing that students should not be blamed for pressures produced by avoidable institutional practices. Belonging, loneliness, diversity, disability, peer support, and territory broaden the analysis toward relational and structural factors. Artificial intelligence and digital technologies are considered through criteria of privacy, dependency, risk, and the limits of automated assistance. Applied proposals emphasize prevention, referral, needs assessment, and revision of institutional practices without turning education into continuous emotional surveillance. Overall, the chapter argues that care is also a form of education when it expands understanding, agency, belonging, and access to help. Educational responsibility lies in creating protective conditions, reducing preventable barriers, and recognizing precisely when specialized intervention is required. Mental health education is therefore situated between individual capacities and the environments that make well-being and participation more or less possible. Measurement of well-being should have a defined purpose, be proportionate, and protect confidentiality so that sensitive data do not become mechanisms of control.

Keywords: mental health education; mental health literacy; well-being; belonging; care

RESUMEN

La educación para la salud mental comienza antes de la atención clínica y atraviesa currículo, relaciones, pertenencia, acceso a apoyos y cultura institucional. Este capítulo examina qué pueden hacer las instituciones educativas para comprender el malestar, fortalecer capacidades de cuidado y reducir barreras para pedir ayuda, manteniendo claras las funciones que corresponden a evaluación y tratamiento profesional. Se analiza la salud mental como un continuo relacionado con bienestar, funcionamiento y condiciones sociales, evitando reducirla a la ausencia de trastorno. La alfabetización en salud mental, el reconocimiento de señales, el estigma, la confidencialidad y las rutas de apoyo se estudian como condiciones para actuar de manera oportuna. El capítulo examina también la organización académica, la carga, las transiciones, el afrontamiento y la resiliencia, señalando que no debe responsabilizarse al estudiante por tensiones producidas por prácticas institucionales evitables. Pertenencia, soledad, diversidad, discapacidad, apoyo entre pares y territorio amplían el análisis hacia factores relacionales y estructurales. La inteligencia artificial y las tecnologías digitales se consideran desde criterios de privacidad, dependencia, riesgo y límites de la asistencia automatizada. Las propuestas de aplicación enfatizan prevención, derivación, evaluación de necesidades y revisión de prácticas sin convertir la institución en un espacio de vigilancia emocional permanente. En conjunto, se sostiene que cuidar también es educar cuando el cuidado amplía comprensión, agencia, pertenencia y acceso a ayuda. La responsabilidad educativa consiste en crear condiciones protectoras y reconocer con precisión cuándo se requiere intervención especializada. La medición del bienestar debe utilizarse con propósito definido, proporcionalidad y garantías de confidencialidad, evitando convertir datos sensibles en mecanismos de control.

Palabras clave: educación para la salud mental; alfabetización en salud mental; bienestar; pertenencia; cuidado

INTRODUCCIÓN

La educación para la salud mental comienza antes de la consulta clínica y continúa después de ella. Atraviesa currículo, relaciones, pertenencia, acceso a servicios y cultura institucional. Este capítulo 13 examina qué pueden hacer las universidades para comprender el malestar, reducir barreras de ayuda y revisar prácticas que generan tensión evitable, manteniendo claras las funciones que requieren evaluación y tratamiento profesional.

La demanda no puede resolverse únicamente ampliando atención individual. Auerbach et al. (2018) documentaron trastornos comunes entre estudiantes universitarios de primer año en distintos países, mientras Hughes y Spanner (2019) propusieron una lectura de universidad completa que integra aprendizaje, apoyo, trabajo, convivencia y entorno. Una institución puede disponer de profesionales competentes y mantener, al mismo tiempo, evaluaciones, horarios o comunicaciones que añaden presión sin aportar al aprendizaje.

La Organización Mundial de la Salud (2022c) sitúa la salud mental dentro de las posibilidades de afrontar tensiones, aprender, trabajar y participar. Keyes (2002) distingue el bienestar de la presencia de trastorno: una persona puede tener un diagnóstico y conservar ámbitos de funcionamiento, o carecer de él y experimentar languidez y desconexión. Por ello, la promoción universal del bienestar y los servicios especializados cumplen funciones complementarias. No es necesario esperar una categoría clínica para revisar las condiciones educativas.

El bienestar tampoco equivale a sentirse bien permanentemente. Ryff (1989) incluye autonomía, dominio del entorno, relaciones positivas, propósito, crecimiento personal y autoaceptación; Deci y Ryan (2000) destacan autonomía, competencia y relación. Estas perspectivas permiten examinar cómo una experiencia exigente puede favorecer bienestar cuando las tareas tienen propósito, existe posibilidad de progresar y las relaciones permiten participar sin humillación.

El contexto modifica esas posibilidades. Mazorco-Salas (2021), en una universidad regional de Ibagué, encontró representaciones vinculadas con tranquilidad, relaciones, naturaleza y ciudad. Siddiqui et al. (2023) describieron interdependencias entre dimensiones mentales, físicas, económicas y universitarias, y Douwes et al. (2023) recogieron la importancia del equilibrio entre estudio y vida cotidiana. Trabajo, cuidado, migración, discapacidad y transporte modifican las posibilidades de descanso y búsqueda de ayuda. Reconocer estas diferencias evita atribuir el malestar solo a capacidades individuales.

El enfoque de universidad completa ofrece una respuesta organizacional. Dooris et al. (2020) vinculan salud, cultura de apoyo, población y coordinación entre áreas. La Carta de Okanagan (2015) propone incorporar la promoción de la salud a la misión, las operaciones y la cultura institucional. Un curso puede desarrollar alfabetización, un docente puede ofrecer orientación y los pares pueden acompañar; estas funciones no sustituyen atención clínica ni justifican distribuir responsabilidades profesionales sin preparación.

La tesis del capítulo sostiene que educar para la salud mental no consiste en enseñar a soportar cualquier condición. Consiste en ampliar capacidades para comprender la experiencia, pedir ayuda, cuidar vínculos y utilizar recursos, mientras la institución revisa cargas, relaciones, servicios y tecnologías. La autonomía incluye movilizar apoyos y el cuidado puede conservar una alta exigencia académica.

Los seis acápites desarrollan ese recorrido: 13.1, comprender bienestar, contexto y responsabilidad educativa; 13.2, reconocer experiencias, estigma y rutas de ayuda; 13.3, afrontar demandas académicas y transiciones; 13.4, fortalecer pertenencia y participación; 13.5, verificar herramientas digitales y proteger datos; y 13.6, diseñar, evaluar y revisar una arquitectura de cuidado. Los casos y la aplicación resuelta permiten distinguir evidencia, inferencia y propuesta. Las fuentes citadas se reúnen en el apartado Referencias al final de este capítulo.

13.1. COMPRENDER LA SALUD MENTAL

Bienestar, contexto y responsabilidad educativa

Comprender la salud mental exige algo más que reconocer síntomas. Significa distinguir bienestar de ausencia de enfermedad, observar cómo el funcionamiento cambia según el contexto y reconocer que la educación puede proteger, tensionar o ampliar las capacidades con las que una persona enfrenta la vida universitaria.

La universidad recibe personas en momentos vitales muy distintos. Algunas atraviesan la primera salida del hogar, otras regresan a estudiar después de años de trabajo, combinan empleo

y cuidado o llegan desde territorios con servicios limitados. Esta diversidad obliga a pensar la salud mental como una experiencia situada y no como una condición homogénea que pueda describirse mediante una sola medida.

El punto de partida del acápite es una distinción: la atención clínica resulta indispensable cuando existe sufrimiento significativo, pero el campo educativo empieza antes. La institución puede intervenir sobre alfabetización, pertenencia, carga, acceso, confianza y redes sin convertir esas acciones en tratamiento. Esa frontera permite ampliar la prevención y conservar el rigor profesional.

Salud mental, bienestar y funcionamiento: de la ausencia de trastorno a la capacidad de vivir y aprender

La conversación pública sobre salud mental suele comenzar por el diagnóstico. Ese punto de partida es comprensible porque los trastornos requieren atención profesional y porque su prevalencia ayuda a dimensionar necesidades. Sin embargo, una política educativa que empieza y termina allí llega tarde para buena parte de la experiencia universitaria. Antes de la consulta aparecen cansancio, aislamiento, incertidumbre, sobrecarga, conflicto, falta de sueño o dificultades económicas que pueden resolverse, agravarse o cronificarse según los recursos personales y las condiciones institucionales disponibles.

Keyes (2002) propuso diferenciar la presencia de trastorno del nivel de bienestar. La implicación educativa es importante: una persona puede requerir tratamiento y conservar sentido, relaciones y capacidad de participación; otra puede no cumplir criterios diagnósticos y, aun así, experimentar deterioro significativo de motivación y funcionamiento. El bienestar necesita, por tanto, indicadores propios y una mirada que incluya funcionamiento, agencia, conexión y propósito, no solamente ausencia de síntomas.

Siddiqui et al. (2023) encontraron que la salud y el bienestar de estudiantes universitarios estaban influidos por dominios mentales, físicos, económicos y relacionados con el aprendizaje. Esta interdependencia ayuda a comprender por qué las soluciones aisladas tienen efectos limitados. Una intervención de manejo del estrés puede ser útil, pero no corrige un calendario de evaluación desorganizado; una campaña de autocuidado puede informar, pero no crea por sí misma redes de pertenencia ni resuelve barreras de acceso.

Douwes et al. (2023) mostraron que los estudiantes describen el bienestar como equilibrio entre las demandas universitarias y la vida que existe fuera del estudio. Esta perspectiva evita pensar en el estudiante como alguien disponible de manera ilimitada para aprender. Trabajo remunerado, cuidado familiar, transporte, vivienda y relaciones forman parte del sistema de recursos con el que debe responder a las exigencias académicas.

La educación para la salud mental requiere distinguir entre desafío formativo y daño evitable. Aprender implica esfuerzo, frustración y revisión. El problema aparece cuando la dificultad proviene de instrucciones ambiguas, cargas mal coordinadas, trato humillante o incertidumbre que no aporta al objetivo académico. Reducir esas fuentes no disminuye rigor; permite que la energía del estudiante se concentre en comprender y producir conocimiento.

El bienestar tampoco debe convertirse en positividad obligatoria. Una institución saludable no promete eliminar tristeza, fracaso o conflicto. Crea condiciones para que esas experiencias puedan ser comprendidas, elaboradas y acompañadas. La finalidad es aumentar recursos y disminuir barreras, no convertir toda emoción incómoda en un problema que deba desaparecer.

La distinción entre salud mental y trastorno mental también ayuda a evitar un problema frecuente en la conversación universitaria: asumir que el aumento de lenguaje psicológico equivale automáticamente a un aumento proporcional de enfermedad. Los datos epidemiológicos son indispensables para dimensionar necesidades, pero su interpretación exige diferenciar prevalencia, malestar, utilización de servicios y funcionamiento. Auerbach et al. (2018) mostraron una presencia importante de trastornos comunes en estudiantes universitarios de distintos países; Bruffaerts et al. (2018) relacionaron problemas de salud mental en estudiantes de primer año con dificultades de funcionamiento académico. Estas evidencias justifican atención seria sin convertir cada experiencia de presión en diagnóstico.

El continuo permite además pensar en prevención por niveles. Las acciones universales — alfabetización, pertenencia, diseño curricular razonable y formación docente — se dirigen a toda la comunidad. Las acciones selectivas pueden concentrarse en grupos con mayores barreras o transiciones complejas. Las intervenciones indicadas se orientan a personas que ya muestran dificultades subclínicas o riesgo. Conley et al. (2015) encontraron que los programas preventivos universales pueden producir efectos favorables, especialmente cuando incluyen práctica supervisada de habilidades. Esta diferenciación ayuda a asignar recursos sin esperar a que toda necesidad llegue al servicio clínico.

La relación entre bienestar y aprendizaje también puede observarse desde la motivación. La teoría de la autodeterminación propone que contextos que apoyan autonomía, competencia y relación favorecen formas de motivación más integradas y mayor bienestar (Deci & Ryan, 2000). En educación superior, esto no equivale a permitir que cada estudiante defina todas las reglas. Significa explicar propósitos, ofrecer márgenes razonables de decisión, diseñar desafíos alcanzables con apoyo y construir relaciones donde la participación no suponga exposición humillante. El diseño pedagógico puede satisfacer o frustrar estas necesidades mediante decisiones aparentemente pequeñas.

La autonomía merece una precisión adicional porque suele confundirse con autosuficiencia. Aprender a gestionar una trayectoria universitaria requiere tomar decisiones propias, pero esas decisiones se realizan dentro de redes. La posibilidad de acudir a un profesor, un compañero o un servicio no disminuye autonomía; puede ampliarla cuando la persona dispone de información suficiente para decidir qué apoyo utilizar. La educación para la salud mental debe mostrar que pedir ayuda, negociar una adaptación o reconocer un límite también son formas de agencia.

EL CONTINUO DE SALUD MENTAL: FLORECER, LANGUIDECER Y FUNCIONAR

La distinción de Keyes (2002) cambia la lectura de los indicadores del campus. Cumplir académicamente no basta para inferir bienestar, y un diagnóstico no permite anticipar toda la participación de una persona. Observar sentido, conexión y funcionamiento junto con síntomas ayuda a reconocer necesidades que una sola clasificación dejaría fuera. El propósito educativo es decidir qué condiciones pueden modificarse sin convertir esos indicadores en diagnósticos informales.

Ryff (1989) complementa esta lectura al proponer dimensiones de bienestar psicológico como propósito, crecimiento personal, autonomía, dominio del entorno y relaciones positivas. El interés pedagógico de estas categorías no está en convertirlas en una lista de resultados obligatorios, sino en mostrar que la formación universitaria puede ampliar o restringir posibilidades de agencia. Un currículo que solo mide rendimiento puede omitir transformaciones relevantes en la forma en que el estudiante se comprende, se relaciona y proyecta su futuro.

La consecuencia práctica es una evaluación más amplia de las estrategias de bienestar. Además de preguntar cuántas personas usan un servicio, la institución puede observar si los estudiantes conocen recursos, sienten pertenencia, perciben que pueden influir sobre su aprendizaje y encuentran oportunidades de participar. Estas dimensiones no sustituyen indicadores clínicos; completan el mapa de aquello que una universidad puede modificar mediante educación y organización.

SALUD MENTAL SITUADA: CULTURA, TERRITORIO Y DESIGUALDAD

Mazorco-Salas (2021) ofrece una referencia especialmente pertinente para Colombia. Su estudio en una universidad regional de Ibagué encontró una comprensión de la salud mental asociada con bienestar y tranquilidad que emerge de relaciones con uno mismo, familia, amigos, animales y lugares de naturaleza y ciudad. El hallazgo muestra que las categorías profesionales conviven con significados cotidianos y que una intervención pierde pertinencia si interpreta la experiencia exclusivamente desde un marco externo.

La perspectiva situada obliga a preguntar cómo se nombra el malestar, qué recursos se consideran legítimos y qué experiencias generan confianza. Una universidad regional, un campus metropolitano y una institución con alta proporción de estudiantes migrantes pueden compartir problemas y diferir en las formas de vivirlos. El territorio organiza tiempo, desplazamiento, redes familiares y acceso a servicios; esas variables modifican la capacidad real para implementar recomendaciones de autocuidado.

El contexto cultural también influye sobre la búsqueda de ayuda. En algunas comunidades, la familia funciona como red primaria; en otras, revelar dificultades puede asociarse con vergüenza o temor a consecuencias académicas. La institución necesita reconocer estas diferencias sin asumir que cada estudiante representa una cultura fija. La escucha debe preceder a la generalización.

El trabajo de Soong y Maheepala (2023) con estudiantes internacionales muestra que el bienestar puede fortalecerse mediante conexiones con comunidades más allá del campus. Su lectura desde el enfoque de capacidades subraya que no basta con ofrecer recursos; las personas necesitan condiciones para convertirlos en posibilidades reales. Una actividad disponible deja de

ser apoyo cuando horarios, idioma, transporte o normas sociales impiden utilizarla.

El mismo principio se aplica a estudiantes con discapacidad, trabajadores o cuidadores. Hablar de salud mental únicamente en términos de hábitos individuales puede resultar injusto si las condiciones materiales limitan tiempo, movilidad o acceso. La educación necesita enseñar capacidades y, a la vez, reconocer las restricciones bajo las cuales esas capacidades pueden ejercerse.

La salud mental situada protege contra dos errores opuestos. El primero es universalizar una experiencia particular y diseñar para un estudiante abstracto. El segundo es suponer que toda interpretación local es igualmente adecuada para cualquier decisión. La intervención rigurosa combina escucha del contexto con conocimiento profesional y criterios de evidencia.

La mirada ecológica permite conectar niveles. El estudiante participa en aulas, grupos, familias, organizaciones y territorios; cada nivel ofrece recursos y demandas. La Organización Mundial de la Salud (2022c) subraya que factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales interactúan para proteger o deteriorar la salud mental. Una política universitaria madura evita buscar una causa única. La misma dificultad puede estar asociada con presión económica, aislamiento, una evaluación de alto impacto y una historia personal de vulnerabilidad. La intervención gana precisión cuando identifica qué componentes están bajo control institucional y cuáles requieren coordinación externa.

Esta lógica también modifica la evaluación del éxito institucional. Una universidad no debería considerar que su estrategia funciona solo porque aumenta el número de consultas psicológicas. Un incremento puede representar mayor confianza y menor estigma, pero también mayor malestar. Del mismo modo, una reducción en consultas puede expresar mejora o una nueva barrera. La interpretación necesita combinar utilización de servicios con pertenencia, carga percibida, tiempos de espera, experiencia de inclusión y resultados académicos. La salud mental es una propiedad del sistema demasiado compleja para un indicador único.

El enfoque de capacidades aporta una lente complementaria. Soong y Maheepala (2023) muestran que el bienestar de estudiantes internacionales depende de la posibilidad real de convertir recursos en capacidades mediante relaciones comunitarias y condiciones de participación. La existencia formal de un servicio, un taller o un espacio no garantiza que pueda utilizarse. Horarios incompatibles, idioma, distancia, temor a estigma o falta de información pueden impedir esa conversión. La pregunta institucional debe pasar de qué ofrecemos a qué pueden realmente hacer los estudiantes con lo que ofrecemos.

IBAGUÉ: COMPRENDER ANTES DE INTERVENIR

El estudio de Mazorco-Salas (2021) ofrece una referencia cercana para pensar salud mental desde una universidad regional colombiana. El trabajo combinó técnicas cuantitativas y cualitativas y mostró que las representaciones de salud mental se conectaban con bienestar, tranquilidad, vínculos y lugares. Su valor para la educación está en recordar que las categorías institucionales no agotan los significados cotidianos con los que las personas interpretan su experiencia.

Una estrategia inspirada en esta lógica puede comenzar con escucha antes de diseñar. Fotografías de lugares protectores o estresantes, mapas de trayectorias, grupos focales y análisis de barreras permiten identificar aspectos que una encuesta de síntomas no muestra. El objetivo no es reemplazar instrumentos validados, sino comprender cómo las condiciones del campus, la ciudad y las relaciones intervienen en aquello que los indicadores sintetizan.

La territorialización también ayuda a evitar soluciones importadas sin adaptación. Un programa exitoso en un campus residencial de otro país puede funcionar de forma diferente en una universidad donde gran parte del estudiantado se desplaza varias horas, trabaja o depende de redes familiares externas. La evidencia internacional aporta mecanismos; el diagnóstico situado muestra cómo traducirlos.

UNIVERSIDAD PROMOTORA DE SALUD: DEL SERVICIO ESPECIALIZADO AL ECOSISTEMA

La Carta de Okanagan (2015) propuso integrar la promoción de salud dentro de la cultura, las operaciones y los mandatos académicos de universidades y colleges. Hughes y Spanner (2019) desarrollaron una lógica semejante para salud mental al plantear una universidad completa. Ambos enfoques comparten un desplazamiento: los servicios especializados siguen siendo

necesarios, pero dejan de cargar solos con una responsabilidad que también se expresa en currículo, liderazgo, trabajo, comunidad y entorno.

Fernandez et al. (2016), en una revisión de intervenciones basadas en el entorno universitario, mostraron que las estrategias pueden incluir modificaciones en enseñanza, evaluación y condiciones institucionales. La evidencia no permite suponer que cualquier cambio organizativo mejorará el bienestar, pero confirma que el campo dispone de palancas más amplias que la atención individual.

Havsteen-Franklin et al. (2023) desarrollaron un modelo lógico para relacionar educación creativa y bienestar mediante seguridad psicológica, experiencias de aprendizaje y evaluación de resultados. El interés del enfoque está en hacer explícita una cadena: recursos, actividades, productos y efectos. Esta lógica ayuda a evitar programas de bienestar con objetivos amplios pero sin mecanismo definido.

La responsabilidad compartida requiere límites. Los docentes pueden reconocer señales generales, comunicarse con respeto y derivar; no les corresponde diagnosticar. Los pares pueden acompañar y orientar; no sustituyen tratamiento. Los equipos de bienestar ofrecen intervención especializada y necesitan coordinarse con unidades académicas. El liderazgo debe asegurar recursos, confidencialidad y revisión de prácticas.

La universidad promotora de salud no se define por la cantidad de campañas que realiza, sino por la coherencia entre mensajes y experiencia. Una institución que invita a descansar y mantiene cargas impredecibles, o que promueve pedir ayuda y ofrece rutas opacas, envía señales contradictorias. La cultura se vuelve protectora cuando políticas y prácticas cotidianas convergen.

El criterio final es la proporcionalidad. Las necesidades leves pueden responder a información, conexión y ajustes; otras requieren acompañamiento breve; algunas demandan atención clínica o intervención de crisis. Diseñar el sistema significa reconocer estas diferencias y permitir tránsito entre niveles sin convertir cada malestar en diagnóstico ni cada crisis en responsabilidad privada.

La historia de las universidades promotoras de salud antecede a la actual preocupación por la salud mental. Tsouros et al. (1998) plantearon un marco donde la institución se entiende como entorno de vida, trabajo y aprendizaje. Dooris y Doherty (2010) señalaron después el potencial y las dificultades de consolidar programas nacionales de universidades saludables. Este recorrido muestra que el enfoque sistémico no es una reacción coyuntural; pertenece a una tradición de promoción de salud basada en entornos.

La diferencia con un modelo centrado en servicios puede representarse mediante una pregunta. El modelo asistencial pregunta qué recurso ofrecer cuando alguien presenta un problema. El enfoque de entorno añade otra: qué características de la organización influyen sobre la aparición, intensificación o resolución de dificultades. Ambas preguntas son necesarias. La primera protege a la persona en necesidad; la segunda permite aprender de patrones repetidos y modificar condiciones.

La National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2021) utiliza la idea de apoyar al estudiante completo para insistir en que salud mental, consumo de sustancias, bienestar y experiencia educativa no pueden tratarse como compartimentos aislados. La universidad completa necesita coordinación entre asuntos académicos, salud, convivencia, inclusión, vivienda y tecnología. La complejidad organizacional se convierte así en parte del problema y de la solución.

13.2. RECONOCER, NOMBRAR Y PEDIR AYUDA

Alfabetización, estigma y confianza

Pedir ayuda ocurre al final de una cadena previa. La persona debe reconocer que algo cambió, interpretar su importancia, decidir que merece apoyo, confiar en alguna ruta y aceptar los costos que atribuye a revelar lo que está viviendo. La educación puede intervenir en cada uno de esos momentos sin convertir al estudiante en especialista de sí mismo.

La alfabetización en salud mental se ha convertido en uno de los conceptos más útiles para conectar prevención y acción. Su potencial, sin embargo, depende de no reducirla a una lista de diagnósticos. Reconocer, valorar fuentes, comprender límites del autocuidado y conocer rutas de apoyo son operaciones distintas que necesitan practicarse.

El acápite examina también una tensión: la difusión de vocabulario psicológico puede reducir estigma y, al mismo tiempo, fomentar explicaciones simplificadas. La respuesta educativa consiste en aumentar precisión y criterio, no en regresar al silencio.

ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL: COMPRENDER PARA ACTUAR

Jorm et al. (1997) introdujeron la alfabetización en salud mental como conocimientos y creencias que ayudan a reconocer, manejar y prevenir problemas. El campo incorporó después actitudes, conocimiento de recursos y disposición a pedir ayuda. Su utilidad educativa consiste en pasar de disponer de información a interpretarla y actuar de manera proporcional: reconocer una señal, valorar fuentes y alternativas de apoyo, y comprender que una etiqueta en internet no equivale a un diagnóstico.

Goda et al. (2025) estudiaron conocimiento, actitudes y conductas asociadas a salud mental y encontraron diferencias entre adolescentes y adultos, además de relaciones con nivel educativo y residencia. La conclusión práctica es que la alfabetización no debe tratarse como un contenido homogéneo. Los grupos parten de experiencias y barreras distintas, por lo que las estrategias necesitan adaptación.

Una alfabetización rigurosa evita convertir el aula en un catálogo de síntomas. Reconocer señales es importante, pero también lo son duración, intensidad, deterioro del funcionamiento y contexto. Una reacción de estrés frente a una evaluación y un trastorno de ansiedad pueden compartir manifestaciones sin requerir la misma respuesta. El objetivo educativo es aprender a graduar la interpretación.

La alfabetización incluye recursos de protección: sueño, actividad física, organización, conexión social, estrategias de afrontamiento y acceso a apoyo. Estos elementos deben presentarse como posibilidades y no como mandatos moralizantes. Un estudiante con jornada laboral nocturna o desplazamientos extensos enfrenta restricciones distintas de quien dispone de tiempo y espacio adecuados.

Reis et al. (2023) mostraron que contenidos de salud mental pueden integrarse en experiencias curriculares sin convertirlas en asignaturas clínicas. Su trabajo con aprendizaje experiencial demuestra que un curso puede desarrollar conocimientos y actitudes mientras mantiene objetivos disciplinares. El aula se convierte así en un punto de contacto preventivo que alcanza a personas que quizá nunca asistirían a un taller voluntario.

Papa et al. (2023), aunque trabajaron alfabetización en salud con futuros profesionales sanitarios, aportan una lógica transferible: co-creación, integración curricular y actividades interactivas pueden mejorar conciencia y capacidad para manejar información. La educación para la salud mental necesita la misma combinación de contenido, práctica y aplicación.

La brecha entre necesidad y uso de servicios ha sido documentada durante años. Hunt y Eisenberg (2010) señalaron que los problemas de salud mental son frecuentes entre estudiantes universitarios y que la utilización de servicios no corresponde plenamente con la necesidad. La explicación incluye barreras personales y estructurales. Esta evidencia obliga a distinguir disponibilidad de accesibilidad: un servicio puede existir en el organigrama y seguir siendo difícil de usar por horarios, espera, temor, desconocimiento o percepción de que el problema propio no es suficientemente grave.

Las desigualdades de acceso añaden otra capa. Lipson et al. (2022), utilizando datos del Healthy Minds Study entre 2013 y 2021, encontraron diferencias persistentes en problemas de salud mental y búsqueda de ayuda entre grupos raciales y étnicos. Aunque el contexto estadounidense no puede trasladarse mecánicamente a América Latina, el mecanismo es relevante: las barreras no afectan a todas las poblaciones de la misma manera. Las instituciones necesitan desagregar datos y escuchar experiencias para detectar quién utiliza menos los recursos y por qué.

UNA ASIGNATURA COMO PUERTA DE ENTRADA A LA ALFABETIZACIÓN

Reis et al. (2023) integraron alfabetización en salud mental dentro de una experiencia de aprendizaje universitario. El interés del caso está en que la formación no se añadió como una charla externa al currículo; se convirtió en una tarea auténtica relacionada con objetivos de la asignatura. Esta decisión amplía cobertura porque el aula llega a estudiantes que quizá nunca participarían en una actividad voluntaria de bienestar.

La transferencia a otras disciplinas es amplia. Comunicación puede analizar mensajes y estigma; diseño puede revisar accesibilidad; ingeniería puede estudiar espacios y datos; administración puede mapear rutas y capacidades; derecho puede examinar confidencialidad y derechos. El contenido cambia, pero la operación permanece: utilizar conocimiento disciplinar para comprender un problema de salud mental sin sustituir la experticia clínica.

La evaluación de este aprendizaje debería observar decisiones. Un estudiante demuestra

alfabetización cuando puede distinguir información confiable de una afirmación dudosa, justificar cuándo una situación requiere ayuda y comunicar recursos sin diagnosticar. La precisión del criterio importa más que repetir una definición correcta.

ESTIGMA, AUTOSUFICIENCIA Y DESIGUALDADES DE ACCESO

Gulliver et al. (2010) identificaron en jóvenes barreras recurrentes para solicitar ayuda: estigma y vergüenza, dificultad para reconocer síntomas y preferencia por resolver los problemas de manera autónoma. Estas barreras aparecen antes de cualquier contacto con el sistema y ayudan a explicar por qué aumentar la cantidad de servicios no garantiza que quienes los necesitan los utilicen.

El estigma opera mediante creencias sobre debilidad, incapacidad o riesgo social. En contextos académicos competitivos puede relacionarse con temor a ser considerado menos competente. Eisenberg et al. (2009) mostraron que las percepciones de estigma se relacionan con actitudes y utilización de servicios entre estudiantes universitarios. La cultura institucional puede reducir o aumentar ese costo.

El autoestigma aparece cuando la persona adopta hacia sí misma los juicios que atribuye al entorno. La idea de que un buen estudiante debe manejar solo la presión convierte la autonomía en aislamiento. Una educación madura necesita mostrar que pedir ayuda puede ser una conducta autónoma cuando surge de reconocer límites y utilizar recursos disponibles.

Las campañas antiestigma funcionan mejor cuando no se limitan a transmitir definiciones. El contacto con experiencias reales, el lenguaje cuidadoso, la visibilidad de rutas confidenciales y las normas institucionales contribuyen a cambiar expectativas sociales. La prevención también depende de cómo reaccionan docentes y compañeros frente a una revelación.

Las redes sociales introducen una tensión adicional. Por una parte, facilitan testimonios que reducen vergüenza; por otra, pueden banalizar categorías diagnósticas, promover autodiagnósticos o presentar explicaciones simplificadas. La alfabetización contemporánea necesita incluir lectura crítica de contenidos de salud mental en plataformas digitales.

El objetivo no es eliminar todo uso cotidiano de términos clínicos, sino desarrollar proporcionalidad. Una persona debe poder reconocer que un video o una lista de síntomas puede orientar preguntas, pero no reemplaza una evaluación profesional cuando existe sufrimiento persistente o deterioro significativo.

La comunicación institucional puede facilitar o bloquear la ayuda. Mensajes centrados exclusivamente en crisis producen la impresión de que el servicio está reservado para situaciones extremas; mensajes demasiado amplios pueden prometer una capacidad que la institución no posee. Una comunicación responsable explica niveles de apoyo, tiempos, límites y alternativas. La claridad reduce incertidumbre y permite que el estudiante elija con mayor información. El mismo principio se aplica a la orientación inicial de docentes y tutores: una respuesta breve, respetuosa y coherente puede facilitar el siguiente paso sin asumir funciones clínicas.

El estigma debe observarse en tres planos. El estigma público corresponde a creencias sociales negativas; el autoestigma aparece cuando esas creencias se aplican a uno mismo; el estigma estructural se expresa en reglas o prácticas que generan desventajas. Eisenberg et al. (2009) mostraron que las actitudes estigmatizantes personales se relacionaban con menor búsqueda de ayuda. La consecuencia educativa es que una campaña no debería limitarse a cambiar vocabulario. También necesita revisar prácticas de confidencialidad, respuestas docentes y mensajes que equiparan rendimiento constante con fortaleza psicológica.

La alfabetización digital introduce un reto adicional: la posibilidad de autodiagnóstico a partir de contenido breve. Los videos y publicaciones pueden ayudar a reconocer experiencias antes ignoradas, pero también pueden confundir síntomas inespecíficos con categorías clínicas. Una estrategia educativa puede enseñar tres preguntas simples: cuánto dura la experiencia, cuánto afecta el funcionamiento y qué otras explicaciones podrían existir. Estas preguntas no diagnostican; frenan la conclusión automática y orientan hacia una consulta profesional cuando existe persistencia, intensidad o deterioro.

La investigación sobre búsqueda de ayuda muestra que el estigma convive con barreras prácticas. Hunt y Eisenberg (2010) subrayaron la brecha entre problemas frecuentes y uso de servicios entre estudiantes universitarios. El significado educativo es que una campaña antiestigma puede fallar si el servicio sigue siendo difícil de encontrar, tiene tiempos incompatibles con la necesidad o se percibe como poco confidencial. La norma social y la estructura material necesitan cambiar juntas.

Las diferencias encontradas por Lipson et al. (2022) recuerdan que el acceso debe examinarse con lentes de equidad. Una tasa promedio puede ocultar grupos con mayor necesidad y menor utilización. En contextos latinoamericanos, la institución puede aplicar el mismo principio sin asumir las mismas categorías: desagregar por sede, modalidad, ruralidad, condición de discapacidad, responsabilidades de cuidado u otras variables pertinentes y éticamente justificadas.

La autosuficiencia merece especial atención porque puede ser valorada como virtud académica. Aprender de manera autónoma es una meta educativa; enfrentar solo cualquier problema no lo es. La formación puede redefinir autonomía como capacidad de movilizar recursos, pedir información, negociar apoyos y decidir con quién compartir una dificultad. Esta concepción reduce la oposición artificial entre independencia y ayuda.

CONFIANZA, CONFIDENCIALIDAD Y RUTAS DE APOYO

Hedayati et al. (2026) estudiaron la confianza en servicios de salud mental con participación de estudiantes, proveedores y familias. Identificaron desafíos relacionados con confidencialidad, profesionalismo, ética, estigma, experiencias previas, alfabetización, acceso y prestación del servicio. La confianza aparece así como propiedad del sistema, no como una actitud que pueda pedirse al estudiante sin ofrecer señales que la sostengan.

Una ruta de ayuda necesita ser comprensible antes de utilizarla. Quién recibe la solicitud, qué información se registra, cuánto tarda la respuesta, qué ocurre en urgencias y quién puede acceder a los datos son preguntas que deberían tener respuesta visible. La opacidad transforma incertidumbre en barrera.

La confidencialidad necesita explicación sencilla. Muchas personas temen que una consulta afecte notas, prácticas profesionales, becas o relaciones familiares. La institución debe diferenciar claramente información clínica, académica y administrativa y explicar excepciones relacionadas con riesgo. La confianza se construye cuando los límites se conocen de antemano.

La continuidad también importa. Repetir una historia a múltiples oficinas, recibir instrucciones contradictorias o ser derivado sin seguimiento deteriora la experiencia. La coordinación entre bienestar, salud, discapacidad, convivencia y unidades académicas reduce esa fragmentación y permite que la persona no tenga que convertirse en gestora de su propio caso institucional.

Las rutas deben contemplar intensidad. Información y recursos autogestionados pueden ser suficientes para algunas necesidades; otras requieren orientación, psicoterapia o atención especializada. Un sistema escalonado ayuda a asignar recursos de manera proporcional y facilita que la persona avance o retroceda entre niveles según evoluciona su situación.

La accesibilidad cultural, funcional y temporal completa el diseño. Idioma, discapacidad, horarios, conectividad y distancia pueden convertir un servicio formalmente disponible en prácticamente inaccesible. Evaluar acceso significa observar la experiencia real del usuario, no solamente la existencia administrativa del recurso.

La confianza se vuelve especialmente importante cuando una comunidad ha experimentado respuestas poco útiles. Hedayati et al. (2026) muestran que la confianza se construye mediante confidencialidad, profesionalismo, ética, información y calidad de la experiencia. Una institución que desea aumentar uso de servicios debe trabajar sobre estas condiciones, no únicamente sobre la promoción. La reputación de una ruta se forma a través de historias compartidas: una derivación cuidadosa puede animar a otros; una experiencia de exposición o indiferencia puede producir el efecto contrario.

LA RUTA QUE EXISTE, PERO NO INSPIRA CONFIANZA

Hedayati et al. (2026) muestran que la confianza en servicios de salud mental se construye mediante elementos conceptuales, sociales, terapéuticos y estructurales. Confidencialidad, profesionalismo, ética, experiencias previas y alfabetización aparecen conectados. La institución puede disponer de profesionales competentes y perder uso si el acceso inicial comunica opacidad o temor.

Una auditoría sencilla consiste en recorrer la ruta como si se fuera estudiante nuevo. ¿Cuántos clics necesita para encontrar ayuda?, ¿qué palabras encuentra?, ¿entiende si el servicio es gratuito?, ¿sabe qué pasará con sus datos?, ¿hay una alternativa si necesita atención fuera de horario? Las respuestas convierten confianza en un conjunto de decisiones observables y mejorables.

La ruta también necesita salida. Un servicio que identifica una necesidad especializada pero no tiene mecanismos de derivación externa deja al estudiante en un punto intermedio. La continuidad implica informar, transferir cuando existe consentimiento y explicar qué debe hacer la persona si la situación cambia. La confianza se construye cuando el sistema acompaña el tránsito y no solo ofrece una primera cita.

13.3. APRENDER, AFRONTAR Y SOSTENERSE

Currículo, transición, estrés y resiliencia

La salud mental universitaria se construye en el mismo tiempo en que se aprende. Calendarios, evaluaciones, retroalimentación, transición, trabajo, movilidad y relaciones convierten la experiencia académica en una combinación de demandas y recursos. La pregunta educativa no es cómo eliminar toda presión, sino cómo distinguir desafío formativo de estrés evitable.

Una educación exigente necesita esfuerzo. La dificultad puede producir crecimiento cuando existe sentido, progresión y oportunidad de recuperación. El problema aparece cuando la exigencia proviene de desorganización, ambigüedad o acumulación que no añade aprendizaje. Revisar estas condiciones permite cuidar sin disminuir estándares.

El acápite integra tres niveles: diseño curricular, transición universitaria y recursos de afrontamiento. La interacción entre ellos explica por qué las mismas estrategias individuales funcionan de manera diferente según el entorno.

CURRÍCULO, EVALUACIÓN Y CARGA: CUANDO LA ORGANIZACIÓN ACADÉMICA TAMBIÉN IMPORTA

Upsher et al. (2023) encontraron que estudiantes de distintas disciplinas relacionaban bienestar con evaluación, desafío académico, apoyo, conexión social y comunicación. El hallazgo permite cuestionar una separación habitual: por un lado se enseña; por otro se cuida. En la experiencia estudiantil, ambas dimensiones se encuentran mezcladas en cada fecha de entrega, retroalimentación y relación pedagógica.

Jääskeläinen et al. (2023), al revisar la carga experimentada por estudiantes de música, mostraron que el workload no se explica únicamente por horas objetivas. Expectativas, perfeccionismo, retroalimentación, demandas disciplinares y entorno de aprendizaje modifican cómo se vive la carga. La implicación es transferible: coordinar cantidad sin revisar significado puede dejar intactos los mecanismos de estrés.

Una evaluación rigurosa puede ser exigente y predecible. La dificultad debería provenir del problema académico, no de instrucciones contradictorias o criterios ocultos. Rúbricas, ejemplos, calendarios coordinados y retroalimentación útil reducen incertidumbre sin disminuir estándares. La claridad funciona como condición pedagógica y como recurso de bienestar.

La acumulación de evaluaciones muestra por qué la coordinación importa. Cada docente puede considerar razonable su propia tarea, mientras el conjunto produce picos difíciles de sostener. Observar el calendario desde la trayectoria del estudiante permite distribuir demandas y detectar semanas donde la institución crea estrés evitable.

Inkelas et al. (2023) estudiaron un curso universitario centrado en florecimiento y encontraron resultados comparables pese a variaciones de implementación entre universidades. El trabajo sugiere que el bienestar puede convertirse en objeto explícito de currículo cuando existen objetivos claros y experiencias estructuradas. La adaptación local no obliga a perder coherencia.

Havsteen-Franklin et al. (2023) añaden una perspectiva de diseño mediante un modelo lógico que conecta actividades creativas, seguridad psicológica y aprendizaje. La innovación curricular es más defendible cuando explicita por qué una actividad debería producir un resultado y qué evidencia permitiría revisar esa expectativa.

El estrés académico puede comprenderse mejor como una relación entre demandas y recursos que como una cantidad fija de tareas. Lazarus y Folkman (1984) mostraron que la evaluación cognitiva de una situación influye en la respuesta de afrontamiento. En educación superior, esta idea explica por qué dos estudiantes pueden experimentar de manera distinta el mismo examen. La percepción de control, el tiempo disponible, experiencias previas, apoyo y consecuencias atribuidas a la evaluación modifican la experiencia. El diseño institucional no controla todas estas variables, pero sí puede aumentar claridad y previsibilidad.

La carga percibida ilustra esta relación. Kember (2004) encontró que la percepción de

workload no es equivalente al número de horas estudiadas y que está influida por contenido, dificultad, evaluación y relaciones de enseñanza. Jääskeläinen et al. (2023) observaron algo semejante en estudiantes de música, donde perfeccionismo, práctica individual, desempeño público y expectativas profesionales producen demandas específicas. La consecuencia es importante: reducir horas sin revisar el significado de las tareas puede no resolver el problema; una carga exigente puede ser sostenible cuando existe propósito, coordinación y retroalimentación.

El burnout académico también debe distinguirse de un episodio ocasional de cansancio. Salmela-Aro y Read (2017) identificaron perfiles diferentes de compromiso y burnout en una muestra amplia de estudiantes finlandeses: algunos estaban comprometidos y agotados al mismo tiempo, mientras otros mostraban cinismo e ineficacia. La coexistencia de compromiso y agotamiento evita diagnósticos simplistas. Un estudiante muy implicado puede necesitar revisar demandas y recuperación antes de que el compromiso se convierta en desgaste sostenido.

La prevención tiene evidencia suficiente para justificar una respuesta curricular y extracurricular. Regehr et al. (2013) encontraron efectos de intervenciones cognitivas, conductuales y basadas en mindfulness sobre estrés y ansiedad en estudiantes universitarios. Conley et al. (2015) mostraron que los programas de entrenamiento con práctica supervisada obtenían mejores resultados que la información sola. El mecanismo educativo es claro: saber que una estrategia existe no equivale a poder utilizarla en una situación de presión; la práctica, retroalimentación y transferencia son necesarias.

MÚSICA: CUANDO LAS HORAS NO EXPLICAN TODA LA CARGA

Jääskeläinen et al. (2023) revisaron la carga experimentada por estudiantes de música y encontraron un conjunto de demandas que desborda el conteo de horas: práctica, perfeccionismo, ansiedad de desempeño, dolor físico, carrera y retroalimentación de alto impacto. El caso es disciplinar, pero su enseñanza es general. La carga percibida se construye en la interacción entre tarea, expectativas y entorno.

Una universidad puede usar este principio para revisar carreras con culturas de desempeño particulares. Medicina, arquitectura, artes, ingeniería o posgrados pueden concentrar formas específicas de presión. La respuesta no consiste en homogeneizar exigencias, sino en reconocer qué demandas son necesarias para la competencia profesional y cuáles pueden reorganizarse sin perder rigor.

La revisión de carga debe incorporar la voz del estudiante sin convertirla en un plebiscito sobre dificultad. El propósito es identificar patrones: tareas duplicadas, criterios contradictorios, semanas de concentración y retroalimentación tardía. La información estudiantil ayuda a interpretar el diseño; la decisión final necesita integrar objetivos académicos y condiciones de aprendizaje.

TRANSICIÓN UNIVERSITARIA, ADAPTACIÓN Y PERMANENCIA

El ingreso a la universidad coincide con cambios de autonomía, redes, identidad, movilidad y responsabilidad. La transición puede incluir mudanza, separación de apoyos familiares, nuevos sistemas de evaluación y mayor incertidumbre económica. La dificultad no se concentra en una sola variable; surge de la simultaneidad de cambios.

Vallejos-Barrera et al. (2026) estudiaron a 235 estudiantes de primer año de ciencias de la salud que participaban en un programa de pares anfitriones de una universidad regional del sur de Chile. Mediante un diseño no experimental, transversal y correlacional, encontraron una asociación positiva entre integración social y satisfacción universitaria, así como un papel moderador de la integración en la relación entre adaptación y satisfacción. El hallazgo hace relevante la dimensión relacional de la transición; no demuestra que el programa causara esos resultados ni que mejorara la permanencia.

Kishi et al. (2023) evaluaron un proceso psicoeducativo orientado a apoyar la transición y reportaron mejoras en la experiencia de estudiantes de año fundacional. El valor de este tipo de intervención aumenta cuando se combina con tutoría académica, conocimiento de servicios y creación de redes. La transición saludable necesita información, pero también acompañamiento prolongado.

La inducción concentrada en los primeros días suele ofrecer más datos de los que el estudiante puede usar. Extenderla durante el primer semestre permite introducir recursos

cuando aparecen preguntas reales. Los programas de pares pueden traducir normas formales e informales y reducir la sensación de que el campus es un territorio opaco.

La adaptación tiene una dimensión de identidad. Las primeras dificultades pueden ser interpretadas como evidencia de que no se pertenece, especialmente cuando el estudiante compara su desempeño con compañeros que parecen más preparados. Mostrar que el aprendizaje disciplinar incluye incertidumbre y ofrecer retroalimentación temprana ayuda a calibrar expectativas.

La permanencia no debe confundirse con retener a cualquier costo. Una decisión informada de cambiar de programa puede ser más saludable que continuar en una trayectoria que perdió sentido. La función institucional es ofrecer información, apoyo y posibilidades de ajuste para que las decisiones no sean resultado exclusivo de desorientación o barreras evitables.

La transición universitaria merece la misma profundidad. Credé y Niehorster (2012), en una revisión cuantitativa basada en el Student Adaptation to College Questionnaire, mostraron que la adaptación es multidimensional y se relaciona con desempeño y permanencia. Las dimensiones académica, social, personal-emocional e institucional no avanzan siempre al mismo ritmo. Un estudiante puede comprender los contenidos y sentirse aislado, o tener una red amplia y experimentar dificultades para organizar el estudio. Las estrategias de primer año deberían reconocer estas trayectorias diferentes.

La autoeficacia aporta un mecanismo para comprender por qué experiencias pequeñas pueden modificar la percepción de capacidad. Bandura (1997) sostiene que las experiencias de dominio, la observación de pares y la retroalimentación influyen sobre las creencias de eficacia. En el aula, dividir un proyecto complejo en etapas, permitir una primera entrega de bajo riesgo y hacer visible el progreso puede reducir la sensación de amenaza. La práctica no elimina la exigencia; crea evidencia personal de que el estudiante puede aprender a responder.

PRIMER AÑO EN EL SUR DE CHILE: INTEGRACIÓN ANTES QUE MERA ADAPTACIÓN

El caso chileno permite discutir una transición acompañada por pares, pero exige separar el contexto de la investigación de lo que esta evaluó. Vallejos-Barrera et al. (2026) examinaron asociaciones entre variables en estudiantes pertenecientes al programa; no compararon su eficacia con una condición de control. La aplicación a otra institución requiere reconstruir barreras, recursos y relaciones, y evaluar los resultados de su propio diseño antes de atribuirle efectos.

El aprendizaje institucional es que la inducción no debería terminar después de una semana. Los recursos adquieren significado cuando aparece la necesidad. Un programa extendido puede distribuir información, incluir encuentros con pares y revisar expectativas académicas durante los primeros meses. La transición deja de tratarse como evento y pasa a entenderse como proceso.

La permanencia también se beneficia de esta lectura. Credé y Niehorster (2012) muestran que la adaptación universitaria es multidimensional y predictiva de resultados. Intervenir sobre integración y orientación puede prevenir abandonos vinculados con desajustes evitables, sin suponer que toda decisión de retiro representa fracaso.

ESTRÉS, RESILIENCIA Y AFRONTAMIENTO SIN CULPABILIZAR AL ESTUDIANTE

La resiliencia describe procesos de adaptación frente a adversidad. Su popularidad en educación refleja una necesidad real, pero también un riesgo: convertirla en virtud individual y utilizarla para normalizar entornos hostiles. Una persona puede desarrollar recursos para afrontar presión; la institución sigue siendo responsable de revisar demandas que carecen de justificación pedagógica.

Crowder et al. (2026) encontraron asociaciones entre eventos estresantes, resiliencia, autoeficacia de afrontamiento y malestar psicológico en universitarios. Los resultados respaldan talleres y experiencias que desarrollen estrategias, pero también muestran que los eventos de vida y condiciones socioculturales forman parte de la ecuación. La capacidad personal no existe fuera del contexto.

Peromingan et al. (2026) relacionaron inteligencia emocional y actividad física con resiliencia en una muestra amplia de estudiantes. El hallazgo sugiere que los recursos protectores son múltiples y pueden reforzarse. Regular emociones, mantener actividad, pedir apoyo y reorganizar problemas son estrategias distintas que ganan valor cuando pueden combinarse.

Lemyre et al. (2023), al revisar trayectorias longitudinales durante la pandemia, encontraron

relaciones entre bienestar y factores como sueño, actividad física, conexión social y condiciones socioeconómicas. El aprendizaje es que el autocuidado no debe convertirse en lista idealizada. Los hábitos están condicionados por horarios, trabajo, vivienda, ingresos y acceso.

Bungay et al. (2023) describieron actividades artísticas y creativas que ayudaron a estudiantes y personal a sostener bienestar durante confinamientos mediante logro, disfrute, absorción, conexión y construcción de significado. La lección no es prescribir arte como tratamiento universal, sino reconocer experiencias culturales y comunitarias como posibles recursos de afrontamiento. Su utilidad depende de acceso y condiciones materiales; no reemplazan atención profesional cuando esta es necesaria.

La resiliencia institucional completa el argumento. Una universidad resiliente aprende de incidentes, identifica sobrecargas recurrentes y modifica procedimientos. Si cada cohorte enfrenta los mismos problemas y la única respuesta es enseñar nuevas estrategias de afrontamiento, la institución ha desplazado una responsabilidad estructural hacia el individuo.

La resiliencia requiere una definición cuidadosa. Connor y Davidson (2003) desarrollaron una escala para examinarla; Masten (2014) la entiende desde sistemas adaptativos ordinarios, como vínculos, rutinas, competencias y oportunidades. Esta lectura desplaza el énfasis desde la excepcionalidad de quien resiste solo hacia recursos y ambientes que permiten recuperarse. Una universidad puede favorecerlos mediante apoyos y oportunidades de aprendizaje; glorificar jornadas insostenibles convertiría la resiliencia en justificación de condiciones que deben revisarse.

La institución puede trabajar sobre recuperación sin invadir la vida privada. Calendarios coordinados, pausas entre periodos de alta demanda, acceso a espacios de descanso, actividad cultural y normas de comunicación razonables forman parte de una arquitectura que permite recuperar recursos. Maslach y Leiter (2016) recuerdan que el burnout emerge de relaciones prolongadas entre personas y demandas; intervenir únicamente sobre el individuo deja intacta una parte del mecanismo.

Las intervenciones sobre estrés ofrecen una evidencia útil y también un límite. Regehr et al. (2013) encontraron que enfoques cognitivos, conductuales y de mindfulness pueden reducir estrés y ansiedad. Conley et al. (2015) mostraron mayor efectividad cuando el entrenamiento incorpora práctica supervisada. Estas conclusiones respaldan programas de habilidades, pero no autorizan a ignorar condiciones académicas que producen demandas innecesarias.

El autocuidado debe trabajar con restricciones reales. Recomendar sueño suficiente a una persona que trabaja de noche o actividad física a quien dedica varias horas diarias al transporte puede sonar correcto y ser impracticable. La educación puede ofrecer alternativas graduales y, al mismo tiempo, la institución puede revisar horarios, espacios y apoyos que amplían las posibilidades de cuidar.

13.4. SALUD MENTAL, SOCIEDAD Y TERRITORIO

Pertenencia, inclusión, espacios y comunidad

La universidad es también un territorio social. Las personas se orientan mediante lugares, relaciones, símbolos y normas que comunican quién pertenece, quién puede pedir ayuda y qué formas de participación son legítimas. La salud mental se vuelve inseparable de la experiencia de habitar ese territorio.

Pertenecer no significa sentirse cómodo en todo momento. Significa reconocerse como miembro legítimo de una comunidad y disponer de relaciones suficientemente confiables para atravesar dificultades sin interpretar cada problema como prueba de exclusión.

Este acápite examina la pertenencia junto con soledad, discapacidad, diversidad, apoyo entre pares y diseño de espacios. La conexión social aparece como recurso, pero también como resultado de decisiones institucionales.

PERTENENCIA, SOLEDAD Y CONEXIÓN SOCIAL

Huang y Cockayne (2023) muestran que la pertenencia se construye mediante conexiones afectivas, materiales, estéticas y espaciales con el entorno universitario. Su trabajo con fotografías revela que pertenecer no equivale simplemente a tener compañeros; también implica poder habitar lugares, reconocer símbolos y construir una relación significativa con el campus.

Touloupis et al. (2026), en una muestra amplia de estudiantes universitarios, identificaron perfiles de integración y encontraron que el grupo con mayor sentido de pertenencia se

relacionaba con menor probabilidad de estados emocionales negativos y experiencias de acoso sexual. El diseño no permite establecer causalidad, pero confirma que pertenencia y adaptación psicosocial se encuentran estrechamente conectadas.

La soledad necesita distinguirse del aislamiento objetivo. Una persona puede estar sola y sentirse bien, mientras otra puede interactuar diariamente y experimentar desconexión. La respuesta institucional no debería consistir únicamente en pedir a quien se siente solo que socialice más. Necesita revisar oportunidades de encuentro, horarios, espacios y formas de participación.

Homer et al. (2026) proponen precisamente desplazar el foco desde el estudiante solitario hacia la universidad como sistema social. Su proceso de co-creación llevó a una intervención digital orientada a hacer visible la red social del campus. El valor del caso está menos en la herramienta que en el cambio de pregunta: cómo el entorno facilita o dificulta conexión.

La pertenencia también se produce en el aula. Ser llamado por el nombre, recibir retroalimentación respetuosa, participar sin temor a ridículo y encontrar compañeros con quienes estudiar son experiencias pequeñas que acumulan sentido. La comunidad no aparece únicamente en eventos institucionales; se forma en interacciones repetidas.

La pertenencia no exige homogeneidad. Una comunidad madura permite sostener identidades distintas sin convertirlas en barreras. La función educativa es crear condiciones para que la diferencia pueda coexistir con expectativas académicas altas y con participación real.

La pertenencia posee una base teórica amplia. Baumeister y Leary (1995) plantearon que formar vínculos estables constituye una motivación humana fundamental. En educación superior, Strayhorn (2019) trasladó esta preocupación al campus al mostrar que sentirse parte influye sobre ajuste, desempeño y persistencia. La pertenencia no se produce mediante una declaración institucional; surge de experiencias repetidas de reconocimiento, participación y seguridad. Por ello, una universidad puede tener programas inclusivos y seguir generando señales cotidianas de exclusión mediante lenguaje, espacios o expectativas.

Walton y Cohen (2011) mostraron que una intervención breve orientada a reinterpretar las adversidades de pertenencia produjo efectos académicos y de salud en estudiantes afroamericanos. El resultado no implica que todas las desigualdades puedan resolverse con una intervención psicológica; su valor está en mostrar que la interpretación de experiencias ambiguas puede modificar trayectorias cuando el contexto permite que el mensaje sea creíble. Las intervenciones de pertenencia necesitan combinarse con acciones estructurales para evitar trasladar al estudiante la responsabilidad de adaptarse a ambientes excluyentes.

La soledad debe distinguirse de estar solo. Puede existir en un campus lleno de personas cuando las interacciones carecen de reciprocidad o significado. Homer et al. (2026) proponen abordar el problema de manera sistémica y no reducirlo a una característica de quien se siente solo. El diseño de espacios, la visibilidad de actividades, los horarios y la forma en que se organizan las cohortes influyen sobre las oportunidades de conexión. Esta lectura convierte la conexión social en un problema de diseño universitario.

El espacio físico participa en esa experiencia. Huang y Cockayne (2023) utilizaron fotografías para comprender cómo estudiantes construyen pertenencia en relación con lugares, objetos y encuentros. Bibliotecas, corredores, zonas verdes y cafeterías pueden convertirse en puntos de anclaje cuando permiten permanecer sin una finalidad estrictamente transaccional. La universidad que solo ofrece lugares para entrar, consumir un servicio y salir reduce oportunidades para que las relaciones se formen de manera gradual.

MAPP: DISEÑAR PARA QUE LA CONEXIÓN PUEDA OCURRIR

Homer et al. (2026) utilizaron métodos mixtos y co-creación para abordar soledad y conexión social, y desarrollaron una propuesta de mapa interactivo del campus. El interés del caso no está únicamente en la herramienta digital. El proceso comenzó por comprender cómo los estudiantes describían oportunidades y barreras de conexión, y solo después tradujo ese diagnóstico en una solución.

El caso ofrece una regla de diseño transferible: problema antes que tecnología. Muchas universidades disponen de actividades, clubes y servicios que permanecen invisibles para quienes podrían utilizarlos. Reducir la fricción informativa puede ser una intervención modesta y eficaz cuando el problema consiste en no saber dónde encontrar una comunidad.

La herramienta no sustituye la necesidad de espacios reales. Su función es conectar personas con oportunidades. Esta diferencia será importante en el acápite sobre inteligencia artificial:

una solución digital es valiosa cuando amplía relaciones y capacidades; se vuelve problemática cuando intenta reemplazar aquello que requiere presencia, responsabilidad o vínculo humano.

DIVERSIDAD, DISCAPACIDAD Y CONDICIONES DIFERENCIALES DE PARTICIPACIÓN

Yang et al. (2026) encontraron, entre estudiantes universitarios con discapacidad, que la conexión social y el clima de apoyo socioemocional podían amortiguar asociaciones entre estrés o ansiedad y deterioro funcional. El hallazgo es relevante porque muestra que el entorno interpersonal puede modificar el efecto de una dificultad, especialmente cuando existen barreras adicionales.

Las barreras pueden ser físicas, digitales, pedagógicas o relacionales. Una plataforma inaccesible, un aula sin ajustes, una política rígida o la necesidad de justificar repetidamente una condición aumentan carga. El diseño universal busca anticipar parte de estas necesidades para que la inclusión no dependa exclusivamente de negociaciones individuales.

Soong y Maheepala (2023) muestran que estudiantes internacionales enfrentan presiones socioculturales, financieras y académicas y que la conexión comunitaria puede fortalecer capacidades. La internacionalización orientada únicamente a matrícula deja fuera el trabajo de pertenencia. Recibir estudiantes no equivale a integrarlos.

Las diferencias territoriales también importan. Estudiantes rurales o de ciudades intermedias pueden enfrentar desplazamientos, conectividad desigual y redes profesionales más limitadas. La educación para la salud mental necesita reconocer que el acceso a apoyo no se distribuye de manera uniforme, especialmente cuando la institución depende de servicios externos.

La igualdad formal puede producir desigualdad práctica. Ofrecer el mismo horario, canal y procedimiento a toda la población parece neutral, pero puede excluir a quienes trabajan, cuidan familiares o requieren ajustes. La equidad exige observar barreras y proporcionar apoyos proporcionales sin reducir expectativas.

El análisis de desigualdades necesita datos y experiencia. Las tasas de uso de servicios, permanencia o rendimiento pueden revelar diferencias, pero no explican mecanismos. Entrevistas, grupos focales y participación estudiantil ayudan a distinguir si el problema está en información, trato, accesibilidad o condiciones materiales.

La inclusión requiere observar quién encuentra mayores barreras para esa conexión. Yang et al. (2026) encontraron que la conexión social y un clima socioemocional de apoyo podían amortiguar relaciones entre malestar y deterioro funcional en estudiantes con discapacidad. El resultado subraya que la accesibilidad no se limita a infraestructura. Las prácticas de aula, los procedimientos de ajustes, la comunicación y el trato entre pares influyen sobre la posibilidad de participar sin gastar energía adicional en justificar necesidades.

Los estudiantes internacionales ofrecen otro ejemplo de cómo el bienestar depende de redes que exceden el campus. Soong y Maheepala (2023) mostraron que el compromiso con comunidades locales podía ampliar capacidades de estudiantes internacionales. Las universidades pueden facilitar conexiones con organizaciones, proyectos, voluntariado y espacios culturales. Esta apertura resulta especialmente relevante cuando la identidad universitaria se vuelve demasiado estrecha y la persona necesita construir pertenencia también en la ciudad o territorio que habita.

La seguridad forma parte de la pertenencia. Touloupis et al. (2026) encontraron asociaciones entre perfiles de pertenencia, estados emocionales negativos y experiencias de acoso sexual. La relación no permite concluir una causalidad simple, pero recuerda que sentirse parte de una institución depende de la posibilidad de habitarla sin temor a humillación, acoso o exclusión. Las políticas de convivencia y respuesta a violencia no son anexos de la salud mental; forman parte del entorno que la produce.

La pertenencia puede erosionarse cuando una persona debe explicar repetidamente por qué necesita una adaptación. Los procedimientos de discapacidad, salud o cuidado deberían reducir esa carga mediante reglas claras y coordinación. Yang et al. (2026) muestran la importancia protectora de la conexión social para estudiantes con discapacidad; el aprendizaje institucional es que accesibilidad y relaciones deben pensarse juntas.

Las desigualdades también aparecen fuera del aula. Alimentación, vivienda, transporte y seguridad influyen sobre la capacidad de permanecer. Una política de salud mental que ignore estas condiciones corre el riesgo de interpretar como problema de regulación emocional aquello que está asociado con restricciones materiales. El enfoque de estudiante completo propuesto por la National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2021) ayuda a integrar estas dimensiones.

La participación de estudiantes internacionales amplía la mirada sobre territorio. Soong y Maheepala (2023) muestran que las conexiones comunitarias más allá de la universidad pueden fortalecer capacidades. La institución puede actuar como puente con organizaciones locales, proyectos y espacios culturales, evitando que la internacionalización se reduzca a matrícula y servicios administrativos.

APOYO ENTRE PARES, ESPACIOS Y COMUNIDAD

Pointon-Haas et al. (2024) revisaron intervenciones de apoyo entre pares en educación superior y encontraron una base de evidencia heterogénea. Algunas modalidades mostraron beneficios sobre ansiedad, estrés u otros resultados, pero las definiciones y diseños variaban ampliamente. La conclusión práctica es evitar la idea de que cualquier conversación entre pares constituye una intervención efectiva.

Los programas de pares necesitan objetivos, formación, supervisión y límites. Un mentor puede acompañar una transición, orientar hacia recursos y ofrecer escucha inicial; no debería asumir diagnóstico, gestión de crisis o disponibilidad permanente. La claridad protege tanto a quien recibe apoyo como a quien lo ofrece.

Howells y Bald (2022) propusieron, desde hubs para estudiantes de trabajo social, un modelo basado en claridad, comunidad, conexiones y creatividad. La propuesta es valiosa porque combina aprendizaje y bienestar y porque no trata el apoyo como un servicio separado de la formación profesional. Los espacios de comunidad pueden reducir aislamiento y ayudar a interpretar exigencias.

La conexión con comunidades fuera de la universidad también puede ser protectora. Soong y Maheepala (2023) encontraron que relaciones con organizaciones locales permitían a estudiantes internacionales ampliar capacidades y bienestar. La universidad puede actuar como nodo que conecta, no necesariamente como proveedor exclusivo de cada recurso.

La participación estudiantil fortalece diseño institucional cuando se evita el tokenismo. Consultar a quienes siempre participan puede dejar fuera precisamente a estudiantes con menos tiempo, confianza o conexión. La inclusión requiere métodos diversos de escucha y mecanismos para mostrar qué decisiones cambiaron como resultado.

La comunidad se vuelve infraestructura preventiva cuando dispone de múltiples puntos de entrada. Un estudiante puede comenzar con un compañero, docente, tutor o recurso digital. La calidad depende de que esas entradas reconozcan límites y conecten con apoyos de mayor intensidad cuando sea necesario.

El apoyo entre pares necesita límites claros porque la proximidad que lo hace valioso también puede producir sobrecarga. Pointon-Haas et al. (2024) encontraron heterogeneidad en programas y resultados, lo que aconseja evitar recetas. La formación de pares debe incluir escucha, reconocimiento de señales de riesgo, confidencialidad, autocuidado y derivación. La meta es ampliar puntos de entrada y redes de acompañamiento, no crear terapeutas informales sin supervisión.

UN ESPACIO QUE FUNCIONA COMO OASIS

Howells y Bald (2022) estudiaron un hub de apoyo para estudiantes de trabajo social descrito por participantes como un oasis. El interés pedagógico radica en la combinación de claridad, comunidad, conexiones y creatividad. El espacio ofrecía algo que los servicios clínicos no pretenden ofrecer: un lugar cotidiano donde pertenecer y resolver necesidades antes de que escalen.

La idea de hub puede adaptarse de múltiples formas. No requiere necesariamente una sala exclusiva; puede materializarse en tutorías, comunidades de cohorte, espacios de estudio o puntos de orientación donde la interacción sea predecible. El criterio es continuidad. Un evento aislado puede producir contacto; una comunidad necesita repetición y reconocimiento.

El apoyo entre pares funciona mejor dentro de esa infraestructura. Pointon-Haas et al. (2024) advierten sobre la heterogeneidad de las intervenciones y la necesidad de mayor calidad de evidencia. Diseñar con límites, supervisión y rutas de derivación convierte el apoyo informal en un puente seguro y evita trasladar responsabilidades clínicas a estudiantes voluntarios.

13.5. INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y CUIDADO DIGITAL

Acceso, evidencia, privacidad y límites

La salud mental circula cada vez más por entornos digitales. Una búsqueda, una aplicación, un video o una conversación con inteligencia artificial pueden aparecer antes que el contacto con un profesional. Educar para la salud mental exige aprender a distinguir utilidad de evidencia, personalización de comprensión y fluidez de responsabilidad.

Las tecnologías pueden reducir barreras de horario, distancia y estigma, pero no todas realizan el mismo trabajo. Una intervención estructurada, una videollamada y un modelo generativo tienen evidencias, riesgos y mecanismos diferentes. La alfabetización digital comienza por reconocer esas diferencias.

La cuestión central del acápite es proporcionalidad: cuanto más sensible sea la información y mayor el riesgo de la decisión, más fuertes deben ser los controles, la supervisión y la capacidad de escalar hacia personas responsables.

SALUD MENTAL DIGITAL: ACCESO, EVIDENCIA Y NUEVOS INTERMEDIARIOS

Harrer et al. (2019) encontraron, en una revisión y metaanálisis, que intervenciones por internet pueden producir efectos favorables en salud mental de estudiantes universitarios, aunque con heterogeneidad entre programas. La conclusión prudente es que lo digital puede ampliar el repertorio de apoyo, pero la plataforma no constituye por sí misma la intervención; importa el contenido, el diseño, la población y el nivel de acompañamiento.

Las herramientas digitales reducen barreras de tiempo y desplazamiento y pueden facilitar acceso privado a información. Esa ventaja es especialmente relevante para estudiantes que viven lejos, trabajan o tienen dificultades para acudir a un servicio presencial. La misma privacidad aparente puede ocultar riesgos si el sistema almacena información sensible sin que el usuario comprenda su destino.

Las aplicaciones de autoseguimiento pueden ayudar a reconocer patrones de sueño, actividad o estado de ánimo. El dato adquiere valor cuando se interpreta con contexto. Medir más no equivale a comprender mejor y, en algunas personas, la vigilancia constante puede aumentar preocupación. El uso debería responder a una pregunta explícita.

La evidencia debe preceder a la recomendación institucional. Una herramienta atractiva puede carecer de evaluación suficiente; otra puede haber funcionado en una población distinta. Las universidades necesitan criterios de compra y recomendación que incluyan fundamento, seguridad, accesibilidad, tratamiento de datos y mecanismos de actualización.

La integración híbrida ofrece una lógica útil. Recursos digitales pueden servir como entrada, psicoeducación o seguimiento, mientras situaciones complejas se conectan con interacción humana. La tecnología amplía la red cuando tiene rutas de escalamiento; se vuelve riesgosa cuando se presenta como sustituto universal.

La accesibilidad digital también forma parte de la equidad. Compatibilidad con lectores de pantalla, consumo de datos, navegación desde dispositivos básicos y lenguaje comprensible deben evaluarse. Una innovación que solo funciona bien para usuarios con alta conectividad puede ampliar desigualdades.

La salud mental digital no comienza con la inteligencia artificial. Durante años, intervenciones web y móviles han intentado ampliar acceso a estrategias psicológicas, psicoeducación y seguimiento. Lattie et al. (2019) revisaron 89 estudios con estudiantes universitarios y encontraron un campo amplio, dominado entonces por intervenciones web y programas basados en terapia cognitivo-conductual. Harrer et al. (2019) también encontraron evidencia favorable en una revisión y metaanálisis de intervenciones por internet. El mensaje común es que lo digital puede ampliar acceso, pero los resultados dependen de diseño, adherencia y población.

Las intervenciones tecnológicas no son equivalentes entre sí. Un recordatorio de hábitos, un módulo de autoayuda estructurada, una videollamada con un profesional y un chatbot generativo operan con mecanismos y riesgos diferentes. La educación digital necesita enseñar a distinguir esas categorías. Una aplicación que organiza respiración o sueño puede ser útil sin pretender diagnosticar; una herramienta que interpreta síntomas o recomienda tratamiento requiere estándares mucho más estrictos de evidencia, privacidad y supervisión.

Los primeros chatbots de salud mental permiten observar esta evolución. Fitzpatrick et al. (2017) evaluaron Woebot, un agente conversacional automatizado basado en principios cognitivo-conductuales, en adultos jóvenes con síntomas de depresión y ansiedad. El estudio

mostró posibilidades de una interacción estructurada de baja intensidad. Vaidyam et al. (2019), al revisar el panorama de agentes conversacionales en psiquiatría, señalaron el interés creciente y la necesidad de mayor evidencia. Estos trabajos ocurrieron antes de la expansión de modelos generativos y ayudan a distinguir sistemas diseñados para tareas acotadas de asistentes conversacionales abiertos.

Las revisiones posteriores mantienen esa cautela. Abd-Alrazaq et al. (2020) encontraron efectos prometedores de chatbots sobre algunos resultados de salud mental, pero también limitaciones metodológicas y de seguridad. La lección educativa es que una interfaz empática no constituye evidencia de eficacia. La calidad debe evaluarse mediante estudios, claridad del objetivo, población para la que fue diseñada y mecanismos de escalamiento cuando aparecen necesidades que exceden la herramienta.

WOEBOT: UNA INTERVENCIÓN ACOTADA ANTES DE LA IA GENERATIVA

Fitzpatrick et al. (2017) evaluaron un agente conversacional automatizado basado en principios de terapia cognitivo-conductual con adultos jóvenes. El caso resulta útil porque la herramienta tenía un propósito acotado y una estructura definida. Esto permite comparar aquella generación de chatbots con los sistemas generativos actuales, capaces de responder de forma abierta sobre temas para los que no fueron diseñados específicamente.

La diferencia de alcance modifica el riesgo. Un sistema que ofrece ejercicios predefinidos puede evaluarse sobre ese conjunto de funciones; un modelo abierto puede improvisar respuestas y variar según la formulación del usuario. La fluidez amplía utilidad y, al mismo tiempo, dificulta anticipar errores. La gobernanza debe corresponder a esa diferencia.

Vaidyam et al. (2019) ya advertían que los agentes conversacionales en salud mental requerían evidencia más sólida. Abd-Alrazaq et al. (2020) encontraron resultados prometedores junto con limitaciones. El criterio educativo es evitar la conclusión binaria de que los chatbots funcionan o no funcionan: importa qué sistema, para qué tarea, con qué población y bajo qué supervisión.

CHATBOTS E IA GENERATIVA: UTILIDAD, CONFIANZA Y LÍMITES

Al Lawati et al. (2026) encontraron que estudiantes universitarios mostraban alta confianza general en el uso de tecnología, pero una aceptación menor de chatbots de salud mental. Accesibilidad, costo y facilidad se percibían como ventajas, mientras seguridad de datos y falta de supervisión legal aparecían entre las principales preocupaciones. La familiaridad tecnológica no equivale a confianza clínica.

Los modelos conversacionales pueden ofrecer psicoeducación, organizar información y orientar hacia recursos. Su lenguaje flexible produce una sensación de comprensión que puede ser útil para interacción, pero también puede ocultar limitaciones. La fluidez de una respuesta no demuestra que el sistema conozca la historia completa, comprenda riesgo o asuma responsabilidad por sus recomendaciones.

Los errores generativos son especialmente delicados en salud mental. Una respuesta puede inventar una referencia, sugerir una interpretación demasiado fuerte o normalizar una situación que requiere atención. La verificación y el escalamiento humano deben formar parte del diseño, especialmente cuando aparecen indicios de riesgo.

Unal y Şahin (2026), en estudiantes de ciencias de la salud, encontraron una percepción simultánea de beneficios y riesgos de la inteligencia artificial, con preocupaciones sobre privacidad, responsabilidad y pérdida del componente humano. Aunque el estudio no se centra exclusivamente en salud mental, muestra que la preparación profesional necesita combinar competencia técnica y criterio ético.

La institución debe diferenciar usos de bajo y alto riesgo. Generar ideas para una actividad de bienestar no tiene las mismas consecuencias que evaluar una crisis. La gobernanza proporcional evita tanto la prohibición general como la adopción ingenua. Cuanto mayor sea el posible daño, mayor debe ser la exigencia de evidencia, trazabilidad y supervisión.

La alfabetización en IA para salud mental necesita una regla sencilla: ninguna afirmación importante debería aceptarse únicamente porque fue expresada con seguridad por un sistema. El usuario debe poder identificar fuentes, límites y alternativas y conocer cuándo la conversación debe trasladarse a una persona.

La inteligencia artificial generativa aumenta la ambigüedad porque puede producir respuestas personalizadas sobre casi cualquier tema. Al Lawati et al. (2026) encontraron que estudiantes universitarios reconocían beneficios como accesibilidad, costo y facilidad, pero mantenían preocupaciones sobre seguridad de datos y supervisión legal. Unal y Şahin (2026) identificaron, entre estudiantes de ciencias de la salud, una percepción dual de beneficios y riesgos vinculados con privacidad, responsabilidad y posible debilitamiento de la comunicación humana. La competencia digital, por tanto, no equivale a confianza ética o clínica.

La privacidad merece una regla de proporcionalidad. Cuanto más sensible sea el dato y mayores las consecuencias de una decisión, más fuerte debe ser la justificación para recolectarlo. La Organización Mundial de la Salud (2021) plantea principios de autonomía, seguridad, transparencia, responsabilidad, equidad y sostenibilidad para la IA en salud. En una universidad, estos principios pueden traducirse en minimización de datos, separación entre información académica y clínica, revisión contractual de proveedores y prohibición de utilizar conversaciones de apoyo para fines disciplinarios o comerciales.

ESTUDIANTES Y CHATBOTS: COMPETENCIA TECNOLÓGICA NO ES CONFIANZA CLÍNICA

Al Lawati et al. (2026) encontraron una población estudiantil con alta confianza en tecnología general pero menor experiencia y aceptación de herramientas de salud mental. Los beneficios percibidos se concentraban en accesibilidad, costo y facilidad; las preocupaciones incluían seguridad de datos y supervisión legal. Esta separación entre competencia y confianza es fundamental para cualquier despliegue universitario.

La aceptación puede cambiar según el tipo de problema. Un estudiante puede utilizar IA para organizar ideas y rechazarla para hablar sobre una crisis. La institución debería ofrecer opciones y explicar límites en lugar de asumir que una sola interfaz satisfará todas las necesidades. La autonomía digital incluye el derecho a elegir canales humanos.

Unal y Şahin (2026) muestran, además, que las actitudes hacia IA en estudiantes de ciencias de la salud combinan percepción de beneficio con inquietudes éticas y legales. La formación profesional necesita integrar estas tensiones desde temprano, porque quienes hoy aprenden a usar IA serán mañana responsables de decisiones en salud y educación.

PRIVACIDAD, SESGO Y GOBERNANZA DEL CUIDADO DIGITAL

Los datos de salud mental pueden incluir síntomas, diagnósticos, experiencias traumáticas, relaciones, consumo de sustancias y situaciones de crisis. La minimización de datos debería ser el principio inicial: recolectar únicamente lo necesario para la función declarada y conservarlo durante el tiempo estrictamente requerido.

El consentimiento necesita ser comprensible. Aceptar términos extensos no significa entender cómo se usarán los datos. Una institución responsable debe explicar quién procesa información, si se utiliza para entrenar modelos, qué terceros intervienen, cómo puede solicitarse eliminación y qué ocurre frente a incidentes.

La separación de propósitos protege confianza. Información compartida para recibir apoyo no debería utilizarse silenciosamente para decisiones académicas, disciplinarias o comerciales. Cuando los estudiantes temen que pedir ayuda afecte otros ámbitos, el sistema destruye parte del valor que pretendía crear.

El sesgo puede surgir de datos de entrenamiento que representan de manera desigual lenguas, grupos o formas de expresar malestar. Una herramienta desarrollada en un contexto cultural puede interpretar de manera deficiente expresiones de otro. La evaluación local es especialmente importante en salud mental porque lenguaje y significado están estrechamente vinculados.

La gobernanza necesita responsables concretos. ¿Quién revisa incidentes?, ¿cómo se corrige una respuesta dañina?, ¿qué profesional recibe una alerta?, ¿qué criterios se utilizan para suspender una herramienta? Una política sin estas respuestas funciona como declaración, no como sistema de seguridad.

La contratación tecnológica también es una decisión de cuidado. Equipos de bienestar, tecnología, protección de datos, jurídica y representación estudiantil deberían participar en soluciones de alto impacto. El proveedor aporta infraestructura; la institución conserva responsabilidad sobre el contexto de uso.

El sesgo cultural y lingüístico añade otro riesgo. Un sistema entrenado mayoritariamente con expresiones de ciertos países puede interpretar de forma deficiente metáforas, modismos o formas locales de expresar malestar. La validación necesita incluir población semejante a quienes usarán la herramienta. Este principio conecta la gobernanza digital con la salud mental situada desarrollada en el primer acápite: la tecnología no debe obligar a las personas a traducir su experiencia a un vocabulario que el sistema reconoce.

La supervisión humana debe diseñarse antes del despliegue. La pregunta relevante es qué ocurre cuando una herramienta produce una respuesta dudosa, detecta riesgo o genera una recomendación potencialmente dañina. Un sistema responsable necesita responsables identificables, registro de incidentes, procedimientos de corrección y rutas claras hacia personas. La automatización puede reducir fricción en tareas de bajo riesgo; pierde legitimidad cuando oculta quién responde por las consecuencias.

La gobernanza responsable puede organizarse alrededor de seis preguntas: qué problema resuelve la herramienta, qué evidencia posee, qué datos necesita, quién puede acceder a ellos, qué errores son previsibles y quién responde cuando algo falla. La Organización Mundial de la Salud (2021) propone principios que pueden traducirse a estas preguntas en contextos universitarios.

La trazabilidad tiene una dimensión educativa. Si un sistema recomienda un recurso o formula una interpretación, el usuario debería poder identificar qué parte proviene de información verificable y qué parte constituye una inferencia generada. Esta distinción reduce la autoridad automática del lenguaje fluido y fortalece la capacidad de cuestionar.

La regla final es escalamiento humano. La tecnología puede orientar, informar o apoyar tareas de baja intensidad, pero las situaciones de riesgo, diagnóstico o tratamiento requieren personas con responsabilidad profesional. Diseñar ese escalamiento antes de lanzar la herramienta es más seguro que improvisarlo después de un incidente.

13.6. DEL CONOCIMIENTO A LA PRÁCTICA

Diseñar experiencias que produzcan criterio y ecosistemas de cuidado

La profundidad de una estrategia de salud mental depende menos del número de actividades que de la relación entre problema, evidencia, experiencia y revisión. Este acápite propone trabajar con pocas operaciones —alfabetizar, conectar, derivar, diseñar y evaluar— durante el tiempo suficiente para que se conviertan en capacidades transferibles.

Una campaña puede informar; una experiencia educativa puede enseñar a decidir. Un servicio puede atender; una arquitectura institucional puede permitir que la ayuda se encuentre antes. El propósito de la práctica es conectar estos niveles sin convertir el cuidado en una secuencia de acciones desconectadas.

El criterio rector es trazabilidad: cada intervención debería poder explicar qué problema intenta modificar, mediante qué mecanismo, con qué evidencia y qué dato obligaría a revisarla.

DISEÑAR UN ECOSISTEMA ESCALONADO DE CUIDADO

Una ruta de cuidado puede organizarse como un continuo. En la base se encuentran acciones universales: alfabetización, currículo claro, espacios de pertenencia y promoción de hábitos saludables. Un segundo nivel incluye tutorías, orientación, apoyo entre pares e intervenciones breves. Los niveles de mayor intensidad corresponden a atención psicológica, psiquiátrica, servicios externos y protocolos de crisis.

La ventaja de un modelo escalonado es evitar dos errores. El primero consiste en enviar toda dificultad a servicios clínicos, lo que sobrecarga capacidad y medicaliza experiencias. El segundo consiste en mantener a una persona en recursos de baja intensidad cuando necesita atención especializada. La decisión debe depender de gravedad, duración, funcionamiento, riesgo y respuesta previa.

Hedayati et al. (2026) recuerdan que la ruta necesita confianza. Un diagrama elegante tiene poca utilidad si el estudiante no sabe qué ocurre con sus datos o teme consecuencias. La arquitectura debe incluir confidencialidad, tiempos, responsables y alternativas cuando el servicio principal no puede responder.

La navegación puede simplificarse mediante puntos de entrada múltiples. Un profesor, tutor o sistema digital no necesita resolver el problema; necesita saber qué pregunta hacer, qué información ofrecer y cómo conectar con el siguiente recurso. Esta lógica distribuye acceso sin

distribuir responsabilidad clínica.

La evaluación de la ruta necesita indicadores de proceso: tiempo hasta primera respuesta, porcentaje de derivaciones completadas, abandono, satisfacción, claridad de información y percepción de confidencialidad. El número total de consultas no permite por sí solo saber si el sistema funciona mejor.

El diseño debe incluir crisis sin organizar toda la estrategia alrededor de ellas. Protocolos para riesgo suicida, violencia o emergencias son indispensables, pero la mayoría de las acciones preventivas ocurren antes. Una cultura que solo habla de salud mental cuando existe riesgo extremo puede hacer que dificultades moderadas parezcan insuficientes para merecer apoyo.

La prevención pierde fuerza cuando campañas, tutorías y servicios no comparten criterios. Dooris et al. (2020) describen el enfoque de universidad completa mediante cultura, población, estructuras y áreas de trabajo. El desafío es conectar promoción universal, apoyos de baja y media intensidad, atención clínica y respuesta a crisis. La persona puede entrar por distintos puntos; los recursos deben comunicar sus funciones y facilitar el tránsito cuando cambian las necesidades.

Los conectores importan tanto como los recursos. Una tutoría necesita saber cómo derivar; un servicio psicológico puede orientar ajustes sin compartir información clínica innecesaria; una herramienta digital debe indicar dónde termina su alcance. Un mapa de responsabilidades permite identificar quién promueve, acompaña, atiende y evalúa, así como zonas sin responsable o con duplicación de tareas.

La Carta de Okanagan (2015) y Hughes y Spanner (2019) ofrecen una orientación común: incorporar salud y cuidado a cultura y operaciones. Currículo, liderazgo, espacios, trabajo y servicios deben sostener criterios compatibles. La coordinación no convierte al docente en terapeuta ni a los pares en un servicio clínico; permite que cada actor sepa cómo conectar a la persona con el apoyo pertinente.

EXPERIENCIAS EDUCATIVAS PARA ALFABETIZAR, CONECTAR Y DECIDIR

El caso de Reis et al. (2023) muestra una intervención curricular de alfabetización. Su valor está en utilizar una asignatura existente para desarrollar conocimiento y actitudes mediante experiencia aplicada. La enseñanza no se convierte en tratamiento; crea una oportunidad de prevención y de conversación informada.

El estudio de Vallejos-Barrera et al. (2026) se realizó con estudiantes participantes en un programa de pares anfitriones. Su diseño transversal y correlacional identificó asociaciones entre integración social, adaptación y satisfacción; no estimó el efecto causal del programa. El caso ofrece un contexto para diseñar acompañamiento y formular preguntas de evaluación, sin tratar la participación en el programa como prueba de eficacia. Una institución que lo adapte necesita valorar acceso, experiencia y resultados de su intervención.

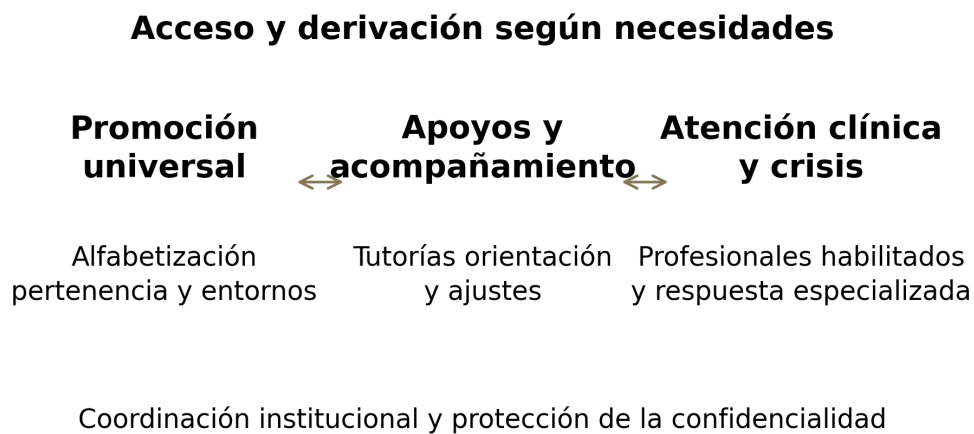
El trabajo de Howells y Bald (2022) ilustra espacios de apoyo conectados con formación profesional. Los hubs funcionaron como lugares donde claridad, comunidad, conexiones y creatividad podían articularse. La estrategia es útil para programas con prácticas, presión emocional o identidades profesionales en construcción.

El modelo de Inkelas et al. (2023) muestra una vía curricular explícita para trabajar florecimiento. Su comparación entre tres universidades sugiere que existe margen de adaptación local sin perder necesariamente resultados, siempre que se mantengan componentes centrales. La flexibilidad es una característica de implementación, no una ausencia de diseño.

El caso de Homer et al. (2026) representa una intervención sistémica sobre soledad. En lugar de identificar únicamente estudiantes aislados, la propuesta busca hacer visible la red social del campus. La pregunta cambia de cómo corregir al individuo a cómo facilitar encuentro, una transición conceptual coherente con la tesis del capítulo.

Estos trabajos aportan experiencias y evidencia con alcances distintos. Algunos evalúan intervenciones; otros describen asociaciones o procesos de diseño. Utilizarlos exige identificar problema, población, contexto, mecanismo propuesto y tipo de resultado observado. Copiar una actividad sin reconstruir esa relación puede producir una réplica superficial, y presentar todos los casos como pruebas de eficacia borraría diferencias metodológicas relevantes.

Figura 4. Matriz de cuidado educativo para la salud mental



Nota. elaboración propia a partir del corpus revisado en este capítulo.

La primera experiencia práctica puede centrarse en alfabetización. El grupo recibe varios mensajes sobre estrés, ansiedad y agotamiento procedentes de redes, medios y fuentes académicas. Debe separar afirmaciones, identificar qué evidencia las sostiene, reconocer qué señales justifican buscar ayuda y construir una guía breve para compañeros. La evaluación observa calidad de la evidencia, proporcionalidad de la recomendación y claridad sobre límites. El ejercicio evita convertir la alfabetización en memorización de diagnósticos.

La segunda experiencia puede trabajar la transición de primer año. Los estudiantes reconstruyen un mapa de demandas durante las primeras ocho semanas: horarios, transporte, trabajo, evaluación, trámites y redes. Luego identifican puntos de fricción y recursos. El propósito es mostrar que el bienestar se produce en una secuencia de interacciones y no solamente dentro de la persona. Credé y Niehorster (2012) y Vallejos-Barrera et al. (2026) ofrecen marcos para interpretar adaptación académica y social sin reducirla al rendimiento.

La tercera experiencia puede utilizar un caso de confianza. Se presenta una ruta institucional ficticia con múltiples formularios, lenguaje ambiguo y dudas de confidencialidad. El grupo debe rediseñarla desde la perspectiva del estudiante: qué información aparece primero, quién responde, qué tiempos se comunican y cómo se explican excepciones. Hedayati et al. (2026) permiten fundamentar el ejercicio en problemas reales de confianza. La actividad traduce un concepto abstracto en decisiones de comunicación y servicio.

La cuarta experiencia puede analizar pertenencia. Los estudiantes recorren o fotografían espacios del campus y registran dónde es fácil permanecer, encontrarse, pedir orientación o estudiar en grupo. Huang y Cockayne (2023) muestran el valor de aproximaciones visuales para comprender pertenencia. El resultado puede convertirse en un mapa de oportunidades de conexión que luego se contraste con horarios, accesibilidad y experiencias de grupos diversos. El territorio universitario se vuelve así un objeto de investigación educativa.

La quinta experiencia puede abordar apoyo entre pares. En lugar de pedir al estudiante que actúe como consejero, se utilizan escenarios para practicar escucha, límites y derivación. Cada caso incluye una pregunta: qué puedo hacer, qué no debo asumir y a quién debo conectar. Pointon-Haas et al. (2024) respaldan la necesidad de estructura y claridad de rol. La competencia se evalúa por capacidad de reconocer límites, no por habilidad para ofrecer soluciones terapéuticas.

La sexta experiencia puede concentrarse en inteligencia artificial. Antes de usar una herramienta, cada estudiante formula una respuesta inicial sobre una pregunta de bienestar. Después consulta el sistema, identifica afirmaciones verificables, revisa fuentes y clasifica riesgos de privacidad. La actividad concluye con una nota de decisión: qué parte utilizaría, qué descartaría y en qué momento escalaría a una persona. El objetivo es practicar supervisión humana en lugar de delegar juicio.

Tabla 39. Rúbrica para evaluar una experiencia educativa de cuidado y salud mental

Dimensión	Pregunta clave	Evidencia esperada	Nivel inicial	Nivel avanzado
Problema	¿La necesidad está claramente delimitada?	Población, contexto y mecanismo	Tema amplio	Necesidad situada y justificable
Evidencia	¿La propuesta utiliza fuentes pertinentes?	Literatura, datos y experiencia	Fuentes sin función clara	Evidencia integrada y trazable
Cuidado	¿Reconoce límites y niveles de apoyo?	Criterios de derivación	Recomendación genérica	Respuesta proporcional y con límites
Participación	¿Incluye la experiencia de quienes usarán la propuesta?	Escucha y co-creación	Consulta tardía	Participación durante diseño y revisión
Equidad	¿Identifica barreras diferenciales?	Accesibilidad y contexto	Supone usuario homogéneo	Diseño sensible a restricciones reales
Tecnología	¿El uso digital es seguro y verificable?	Privacidad, supervisión y escalamiento	Usa herramienta por disponibilidad	Propósito, gobernanza y revisión humana
Revisión	¿Qué resultado obligaría a cambiar la intervención?	Indicadores y condiciones de cambio	Actividad sin evaluación	Ciclo explícito de mejora

Nota. Elaboración propia a partir del corpus revisado en este capítulo.

EVALUAR PROCESOS, CO-CREAR Y CONSTRUIR CULTURA INSTITUCIONAL

Homer et al. (2026) utilizaron métodos mixtos y co-creación para comprender soledad y diseñar una solución orientada al sistema. La secuencia ofrece una herramienta metodológica: investigar experiencia, identificar mecanismos, diseñar con usuarios, probar y revisar. La tecnología aparece después de comprender el problema, no antes.

Havsteen-Franklin et al. (2023) muestran una lógica complementaria mediante modelos que explicitan insumos, actividades, productos y resultados. Combinar co-creación con modelos lógicos evita dos fallas frecuentes: soluciones pertinentes pero difíciles de evaluar, o programas evaluables que no responden a experiencias reales.

La participación necesita diversidad de voces. Estudiantes con mayor vinculación institucional suelen responder encuestas y aceptar invitaciones con más facilidad. Para escuchar a quienes están desconectados pueden requerirse horarios alternativos, mecanismos anónimos, trabajo con asociaciones o aproximaciones en espacios cotidianos.

La evaluación debe combinar indicadores cuantitativos y cualitativos. Un descenso de consultas puede significar menor necesidad o mayor barrera de acceso; un aumento puede representar deterioro o mejor alfabetización. La interpretación necesita contexto y comparación con percepciones de confianza, pertenencia y uso de recursos.

Los pilotos permiten probar antes de escalar. Una intervención puede comenzar en un programa, evaluar aceptación y seguridad y después expandirse. Esta lógica es especialmente importante para herramientas digitales, donde una adopción amplia puede producir problemas de privacidad o dependencia antes de que la institución comprenda sus límites.

La devolución cierra el ciclo. Participar sin saber qué cambió reduce confianza. Las instituciones pueden comunicar qué aprendieron, qué decisiones adoptaron y qué quedó pendiente. La transparencia convierte la evaluación en relación y no solamente en extracción de datos.

La evaluación de estas experiencias debe recoger trazas del razonamiento. El producto final puede ser una guía, un mapa o un protocolo, pero debería incluir evidencia utilizada, alternativas consideradas, límites y criterios de revisión. Esta lógica es coherente con el modelo del capítulo: comprender salud mental significa poder explicar por qué una decisión es proporcional al contexto y no simplemente repetir una recomendación general.

La co-creación puede fortalecer la pertinencia siempre que no se convierta en delegación. Los estudiantes aportan conocimiento de la experiencia; los profesionales aportan criterios clínicos y éticos; los equipos académicos comprenden currículo y evaluación; tecnología y protección de datos aportan requisitos de infraestructura. Una política sólida se construye en la intersección de estas perspectivas. Homer et al. (2026) muestran cómo un proceso participativo puede traducir experiencias de soledad en una intervención sistémica y verificable.

La evaluación institucional necesita combinar proceso y resultado. Tiempos de espera, conocimiento de rutas, percepción de confidencialidad, pertenencia, carga académica, utilización de servicios y satisfacción pueden leerse conjuntamente. La National Academies of

Sciences, Engineering, and Medicine (2021) insiste en apoyar al estudiante completo y en evitar respuestas aisladas. La misma lógica sugiere que una universidad debe evaluar cómo sus políticas académicas, de vivienda, inclusión y salud interactúan.

Construir cultura requiere continuidad. Una estrategia puede comenzar con proyectos piloto, pero necesita incorporarse a reglamentos, inducción, formación docente, diseño curricular y sistemas de información para sobrevivir a cambios de personas. La Carta de Okanagan (2015) y el University Mental Health Charter (Hughes & Spanner, 2019) coinciden en que la salud debe integrarse a la vida institucional. El criterio final de madurez es que el cuidado deje de depender del entusiasmo de una oficina y se convierta en una propiedad observable de la organización.

La evaluación de una estrategia debe conservar la misma lógica de proporcionalidad. Un programa de alfabetización puede medirse mediante conocimiento, confianza para actuar y capacidad de distinguir fuentes; una ruta de servicios necesita indicadores de acceso, continuidad y satisfacción; una intervención de pertenencia requiere datos sobre conexión y experiencia. Utilizar el mismo indicador para todo reduce la capacidad de aprender.

La co-creación tampoco implica que cualquier preferencia se convierta en política. Su función es incorporar conocimiento de experiencia dentro de un proceso que también utiliza evidencia, recursos y obligaciones éticas. La participación madura incluye explicar por qué una sugerencia se adopta, se modifica o se descarta. Esta devolución protege la confianza y evita que consultar se convierta en un ritual.

Una cultura institucional se consolida cuando los principios sobreviven a los proyectos. La formación de nuevos docentes, la inducción estudiantil, los reglamentos, los contratos tecnológicos y los procesos de evaluación deberían reflejar la misma comprensión de cuidado. La coherencia se vuelve entonces una forma de prevención: la persona recibe señales semejantes sin importar por qué puerta entra al sistema.

APLICACIÓN RESUELTA DEL ACÁPITE 13.6: UNA RUTA DE AYUDA COMPRENSIBLE Y RESPONSABLE

Esta aplicación es un ejemplo ilustrativo, no el reporte de una intervención evaluada. La institución, las personas y los materiales se construyen para mostrar decisiones de diseño. Una facultad ficticia dispone de orientación y atención profesional, pero su página de bienestar reúne formularios dispersos, vocabulario técnico y preguntas sensibles antes de explicar el servicio. La tarea consiste en rediseñar el primer contacto sin diagnosticar, prometer atención ilimitada ni utilizar datos personales reales. El problema se sitúa en navegación, confianza y coordinación, dimensiones desarrolladas en los acápites 13.2 y 13.6.

MATERIALES Y PREGUNTA DE TRABAJO

El equipo recibe una captura ficticia de la página inicial, tres formularios sin datos diligenciados, un calendario académico y fichas de funciones institucionales. Una ficha atribuye a orientación la información sobre recursos; otra reserva al equipo profesional la evaluación y atención; una tercera describe los canales autorizados por la institución para situaciones urgentes. También recibe una versión breve del aviso de privacidad y la rúbrica para evaluar experiencias educativas de cuidado. Antes de comenzar, el docente comprueba que el material no incluya historias clínicas, teléfonos personales ni canales presentados como servicios realmente disponibles.

Dos tarjetas permiten recorrer la ruta. La primera describe a una estudiante que trabaja y busca reorganizar entregas coincidentes; la segunda presenta a una persona que solicita una consulta profesional y pregunta quién verá su información. Las tarjetas no contienen listas de síntomas que el grupo deba clasificar. La pregunta común es qué información necesita cada persona para dar el siguiente paso. El producto debe separar orientación académica, acceso a apoyo y atención profesional, sin asumir que una dificultad académica constituye un trastorno o que toda necesidad puede resolverse mediante tutoría.

ALTERNATIVAS CONSIDERADAS

La primera alternativa consiste en añadir una campaña con consejos de autocuidado. Se descarta como solución principal porque no corrige formularios ni aclara responsabilidades.

La segunda propone un chatbot disponible permanentemente. Se mantiene fuera de esta solución: el ejercicio no dispone de evidencia, contrato, revisión de privacidad ni mecanismo de escalamiento para recomendarlo. La tercera reúne los recursos en una página de entrada, explica propósitos y limita los datos solicitados antes de orientar. Se elige esta opción porque actúa sobre la barrera identificada y puede revisarse mediante tareas de navegación, sin atribuirle efectos clínicos que no se han medido.

RESOLUCIÓN Y DECISIONES JUSTIFICADAS

El equipo ordena la página según decisiones del usuario: conocer recursos, solicitar orientación o acceder a atención profesional. La información aparece antes del formulario. Cada entrada explica quién responde, qué puede ofrecer, cómo se solicita el servicio y dónde se consultan horarios y condiciones vigentes. Los tiempos publicados deben proceder de la capacidad institucional comprobada; no se inventan para hacer atractiva la propuesta. La existencia de una ruta urgente se informa mediante el canal oficialmente autorizado, cuya revisión corresponde a responsables profesionales. El diseño no deja al docente ni a los pares a cargo de interpretar una crisis.

Los formularios de entrada se reducen a información necesaria para contacto y finalidad declarada. Los detalles clínicos se reservan para el proceso profesional correspondiente. La estudiante de la primera tarjeta encuentra orientación sobre carga y recursos académicos sin entregar una historia de salud. La persona de la segunda encuentra cómo pedir consulta y cómo conocer usos, acceso y límites de confidencialidad antes de decidir. Estas son salidas previstas del recorrido ilustrativo, no resultados observados en usuarios. La elección sigue el problema de confianza descrito por Hedayati et al. (2026), sin suponer que una página por sí sola lo resuelve.

PRODUCTO RESUELTO

La primera pieza es un texto de entrada: «Si necesitas conocer recursos o revisar una dificultad académica, consulta la opción de orientación. Si deseas atención profesional, revisa cómo solicitarla y el aviso sobre manejo de información. Cada servicio explica su alcance, disponibilidad y alternativas. La orientación educativa no sustituye la evaluación profesional». Este borrador debe completarse con información institucional verificada antes de publicarse. Su función es hacer visible la decisión; no debe prometer confidencialidad absoluta ni introducir excepciones que el grupo no está autorizado a definir.

La segunda pieza es un registro de cambios con tres entradas resueltas. Barrera: se solicitan detalles sensibles antes de explicar el servicio; cambio: presentar propósito y privacidad primero; comprobación: la solicitud inicial no exige información ajena a su función. Barrera: orientación y atención aparecen mezcladas; cambio: separar sus alcances y conectar sus entradas; comprobación: una persona puede identificar quién responde y qué solicitar. Barrera: no se explica qué ocurre fuera de horario; cambio: incorporar la alternativa autorizada y su responsable; comprobación: la institución confirma que el canal existe y está vigente.

EVALUACIÓN Y TRANSFERENCIA

El docente aplica la rúbrica al razonamiento y al producto, no al estado emocional de los participantes. Una resolución avanzada delimita la barrera, distingue funciones, justifica los datos necesarios, preserva privacidad y especifica qué debe verificarse. Una resolución inicial añade consejos genéricos o transforma cualquier solicitud en un caso clínico. Para probar transferencia, se cambia una condición: la persona solo dispone de un teléfono básico o no puede acudir en el horario anunciado. El equipo debe revisar acceso y alternativas sin modificar las responsabilidades profesionales ni presentar una tecnología como solución universal.

LÍMITES Y CONDICIÓN DE REVISIÓN

Esta actividad permite examinar claridad de navegación y calidad de decisiones educativas; no valida la rúbrica ni demuestra reducción de malestar, mejora de confianza o eficacia terapéutica. Un piloto real exigiría revisión profesional, protección de datos, canales operativos

y participación de usuarios diversos. Si una tarea de navegación deja a la persona sin un siguiente paso comprensible, se revisa la entrada; si faltan recursos para atender, no se disimula esa limitación mediante mejores mensajes. La institución conserva la responsabilidad sobre capacidad y continuidad. El ejercicio termina cuando deja una ruta justificable y verificaciones explícitas, no cuando acumula más servicios.

CONCLUSIÓN. CUIDAR TAMBIÉN ES UNA FORMA DE EDUCAR

La profundidad del enfoque también depende de reconocer límites. La educación puede ampliar alfabetización, agencia y pertenencia, pero no elimina por sí sola desigualdades económicas, violencia, enfermedad o crisis familiares. Una institución responsable evita prometer control total sobre el bienestar y, al mismo tiempo, identifica qué condiciones sí puede modificar. Esta distinción protege contra dos errores: atribuir todo malestar a la universidad o utilizar la complejidad como excusa para no intervenir sobre prácticas evitables.

El segundo límite se refiere a la medición. Los cuestionarios ofrecen información útil, pero no deben convertirse en una vigilancia permanente de estados emocionales. La recolección de datos necesita propósito, proporcionalidad y protección. Medir pertenencia o carga puede orientar decisiones; registrar cada interacción digital o inferir estados psicológicos sin consentimiento puede deteriorar la confianza que la estrategia pretende construir. El principio de cuidado también se aplica al conocimiento que la institución produce sobre sus estudiantes.

La inteligencia artificial vuelve visible esa tensión. Una herramienta puede ampliar acceso y organizar información, pero también puede producir una ilusión de disponibilidad ilimitada. El cuidado no se reduce a responder rápido. Incluye comprender contexto, asumir responsabilidad y reconocer cuándo una situación supera lo que una tecnología puede manejar. La gobernanza ética debe mantener esta diferencia visible incluso cuando los sistemas conversacionales se vuelvan más fluidos.

El aprendizaje central del capítulo puede resumirse en una secuencia: comprender, reconocer, afrontar, conectar, verificar, actuar y revisar. El último verbo es tan importante como los anteriores. Una universidad aprende cuando examina si sus intervenciones funcionan, escucha a quienes no llegan a los servicios y modifica prácticas que generan barreras. La salud mental se convierte así en un campo de mejora institucional continua y no en una colección fija de programas.

Educar para la salud mental significa finalmente formar juicio sobre el cuidado. Una persona necesita distinguir entre una dificultad pasajera y una señal persistente, entre apoyo informal y atención profesional, entre una herramienta digital útil y una respuesta que requiere supervisión humana. Una institución necesita hacer distinciones semejantes al diseñar currículo, servicios y tecnologías. La calidad aparece cuando esas decisiones pueden justificarse con evidencia, contexto, límites y responsabilidad.

REFERENCIAS

- Abd-Alrazaq, A. A., Rababeh, A., Alajlani, M., Bewick, B. M., & Househ, M. (2020). Effectiveness and safety of using chatbots to improve mental health: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e16021. <https://doi.org/10.2196/16021>
- Al Lawati, A., Al-Mahrouqi, T., Al Maskari, A., Al Riyami, Q., Al Aufi, H., Jose, S., & Al Sinawi, H. (2026). Perceptions and attitudes of undergraduate university students toward artificial intelligence-powered mental health chatbots: A cross-sectional study. *Middle East Current Psychiatry*, 33, 22. <https://doi.org/10.1186/s43045-026-00628-z>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623–638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of Affective Disorders*, 225, 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.044>
- Bungay, H., Wilson, C., Dadswell, A., & Munn-Giddings, C. (2023). Arts and creativity: Maintaining mental wellbeing during COVID-19 lockdowns in UK universities. *Journal of Further and Higher Education*, 47(4), 551–562. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2023.2175650>
- Conley, C. S., Durlak, J. A., & Kirsch, A. C. (2015). A meta-analysis of universal mental health prevention programs for higher education students. *Prevention Science*, 16(4), 487–507. <https://doi.org/10.1007/s1121-015-0543-1>
- Conley, C. S., Durlak, J. A., Shapiro, J. B., Kirsch, A. C., & Zahniser, E. (2016). A meta-analysis of the impact of universal and indicated preventive technology-delivered interventions for higher education students. *Prevention Science*, 17(6), 659–678. <https://doi.org/10.1007/s1121-016-0662-3>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Credé, M., & Niehorster, S. (2012). Adjustment to college as measured by the Student Adaptation to College Questionnaire: A quantitative review of its structure and relationships with correlates and consequences. *Educational Psychology Review*, 24(1), 133–165. <https://doi.org/10.1007/s10648-011-9184-5>
- Crowder, A. B., Manjunath, S., Haggerty, C., Guo, F., & Reliford, A. (2026). Resilience, coping, acculturation, and mental health among university students. *BMC Psychology*, 14, 983. <https://doi.org/10.1186/s40359-026-04635-x>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The ‘what’ and ‘why’ of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Dooris, M., & Doherty, S. (2010). Healthy universities—time for action: A qualitative research study exploring the potential for a national programme. *Health Promotion International*, 25(1), 94–106. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq015>
- Dooris, M., Powell, S., & Farrier, A. (2020). Conceptualizing the ‘whole university’ approach: An international qualitative study. *Health Promotion International*, 35(4), 730–740. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz072>
- Douwes, R., Metselaar, J., Pijnenborg, G. H. M., & Boonstra, N. (2023). Well-being of students in higher education: The importance of a student perspective. *Cogent Education*, 10(1), 2190697. <https://doi.org/10.1080/2331186X.2023.2190697>
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522–541. <https://doi.org/10.1177/1077558709335173>
- Fernandez, A., Howse, E., Rubio-Valera, M., Thorncraft, K., Noone, J., Luu, X., Veness, B., Leech, M., Llewellyn, G., & Salvador-Carulla, L. (2016). Setting-based interventions to promote mental health at the university: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 61(7), 797–807. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0846-4>
- Fitzpatrick, K. K., Darcy, A., & Vierhile, M. (2017). Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 4(2), e19. <https://doi.org/10.2196/mental.7785>
- Goda, A. M. I., Abd Elhamid, S. A., & Wassif, G. O. (2025). Mental health literacy: A comparative study on stigmatizing attitude and help-seeking behavior towards mental disorders between adolescents and adults. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 100, 7. <https://doi.org/10.1186/s42506-025-00184-0>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Harrer, M., Adam, S. H., Baumeister, H., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Auerbach, R. P., Kessler, R. C., Bruffaerts, R., Berking, M., & Ebert, D. D. (2019). Internet interventions for mental health in university students: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(2), e1759. <https://doi.org/10.1002/mp.1759>
- Havsteen-Franklin, D., Cooper, J., & Anas, S. (2023). Developing a logic model to support creative education and wellbeing in higher education. *Cogent Education*, 10(1), 2214877. <https://doi.org/10.1080/2331186X.2023.2214877>

- Hedayati, F., Sayarifard, A., Sajadi, H. S., Eghbal, A. H., & Rahiminejad, F. (2026). Challenges and solutions of building trust in mental health services: Hearing the voices of Iranian medical students through community participation. *BMC Psychiatry*, 26, 412. <https://doi.org/10.1186/s12888-026-08037-6>
- Homer, S. R., Milne-Ives, M., Cornford, E., Richardson, R., Rogers, A., Relf, O., Andrade, J., Meinert, E., & May, J. (2026). Designing a systemic intervention for student loneliness and social connectedness using a mixed-methods, co-creation approach. *npj Mental Health Research*, 5, 12. <https://doi.org/10.1038/s44184-026-00191-9>
- Howells, A., & Bald, C. (2022). 'This is my oasis': An exploration of student hub support for social work students' wellbeing. *Social Work Education*, 47(4), 556–576. <https://doi.org/10.1080/02615479.2020.1861242>
- Huang, Z. M., & Cockayne, H. (2023). Searching for belonging: Learning from students' photographs about their higher education experiences. *London Review of Education*, 21(1), 27. <https://doi.org/10.14324/LRE.21.1.27>
- Hughes, G., & Spanner, L. (2019). *The University Mental Health Charter*. Student Minds.
- 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>
- Inkelas, K. K., Colaianne, B. A., Hirshberg, M. J., Greenberg, M. T., Davidson, R. J., Dunne, J. D., Germano, D., & Roeser, R. W. (2023). Does variability across three universities in the implementation of a college course on human flourishing affect student outcomes? *Journal of American College Health*, 71(4), 1111–1124. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1920956>
- Jääskeläinen, T., López-Iñiguez, G., & Phillips, M. (2023). Music students' experienced workload in higher education: A systematic review and recommendations for good practice. *Musicae Scientiae*, 27(3), 541–567. <https://doi.org/10.1177/10298649221093976>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Kember, D. (2004). Interpreting student workload and the factors which shape students' perceptions of their workload. *Studies in Higher Education*, 29(2), 165–184. <https://doi.org/10.1080/0307507042000190778>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Kishi, M., Osoba, E., & Phillips, J. M. (2023). The impact of the self-empowerment journey in supporting students' transition: A psychoeducational solution-focused process to support students in the transition to higher education. *Journal of Pedagogical Sociology and Psychology*, 5(4), 28–39. <https://doi.org/10.33902/jpsp.202317514>
- Lattie, E. G., Adkins, E. C., Winkquist, N., Stiles-Shields, C., Wafford, Q. E., & Graham, A. K. (2019). Digital mental health interventions for depression, anxiety, and enhancement of psychological well-being among college students: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(7), e12869. <https://doi.org/10.2196/12869>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lemyre, A., Palmer-Cooper, E., & Messina, J. P. (2023). Wellbeing among university students during the COVID-19 pandemic: A systematic review of longitudinal studies. *Public Health*, 222, 125–133. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.07.001>
- Lipson, S. K., Zhou, S., Abelson, S., Heinze, J., Jirsa, M., Morigney, J., Patterson, A., Singh, M., & Eisenberg, D. (2022). Trends in college student mental health and help-seeking by race/ethnicity: Findings from the national Healthy Minds Study, 2013–2021. *Journal of Affective Disorders*, 306, 138–147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.038>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Press.
- Mazorco-Salas, J. E. (2021). Representaciones sociales sobre la salud mental construidas por los miembros de una universidad regional en Ibagué, Colombia: un abordaje metodológico mixto. *Revista Colombiana de Sociología*, 44(2), 95–121. <https://doi.org/10.15446/rcs.v44n2.87724>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *Mental health, substance use, and wellbeing in higher education: Supporting the whole student*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/26015>
- Okanagan Charter. (2015). *Okanagan Charter: An international charter for health promoting universities and colleges*.
- Papa, R., Sixsmith, J., Giammarchi, C., Lippke, S., McKenna, V., Di Furia, L., Ceravolo, M. G., & De Winter, A. (2023). Health literacy education at the time of COVID-19: Development and piloting of an educational programme for university health professional students in 4 European countries. *BMC Medical Education*, 23, 650. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04608-3>
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College students: Mental health problems and treatment considerations. *Academic Psychiatry*, 39(5), 503–511. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0205-9>
- Peromingan, R. S., Andajao, M. F. J. M., Paringit, S. C., Jr., Paclibar, D. T., Misil, E. S., & Salazar, M. A. A. (2026). Two pillars of strength: Emotional intelligence and physical activity as predictors of university students' resilience. *Sportis Scientific Journal*, 12(1), 1–28. <https://doi.org/10.17979/sportis.2026.12.1.11987>
- Pointon-Haas, J., Waqar, L., Upsher, R., Foster, J., Byrom, N., & Oates, J. (2024). A systematic review of peer support interventions for student mental health and well-being in higher education. *BJPsych Open*, 10(1), e12. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.603>
- Regehr, C., Glancy, D., & Pitts, A. (2013). Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.026>

- Reis, A., Nguyen, V., Saheb, R., Rutherford, E., & Sperandei, S. (2023). Improving university students' mental health literacy using experiential learning opportunities. *Health Education Journal*, 82(2), 184–199. <https://doi.org/10.1177/00178969221147615>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Salmela-Aro, K., & Read, S. (2017). Study engagement and burnout profiles among Finnish higher education students. *Burnout Research*, 7, 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.11.001>
- Siddiqui, N., Maxwell, H., & Agalotis, M. (2023). Health and well-being in higher education: Student perception of an Australian university. *Education Sciences*, 13(10), 1046. <https://doi.org/10.3390/educsci13101046>
- Soong, H., & Maheepala, V. (2023). Humanising the internationalisation of higher education: Enhancing international students' wellbeing through the capability approach. *Higher Education Research & Development*, 42(5), 1212–1229. <https://doi.org/10.1080/07294360.2023.2193730>
- Strayhorn, T. L. (2019). *College students' sense of belonging: A key to educational success for all students* (2nd ed.). Routledge.
- Touloupis, T., Athanasiades, C., & Stamovlasis, D. (2026). Sense of belonging among university students: Relations with sexual harassment and negative emotional states. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 31(1), 78–93. https://doi.org/10.12681/psy_hps.45295
- Tsouros, A. D., Dowding, G., Thompson, J., & Dooris, M. (Eds.). (1998). *Health promoting universities: Concept, experience and framework for action*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Unal, C., & Şahin, S. (2026). Health sciences students' attitudes toward artificial intelligence: Predictors of ethical awareness, clinical decision-making, and public health perceptions—a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 26, 358. <https://doi.org/10.1186/s12909-026-08707-9>
- Upsher, R., Percy, Z., Cappiello, L., Byrom, N., Hughes, G., Oates, J., Nobili, A., Rakow, K., Anaukwu, C., & Foster, J. (2023). Understanding how the university curriculum impacts student wellbeing: A qualitative study. *Higher Education*, 86, 1213–1232. <https://doi.org/10.1007/s10734-022-00969-8>
- Vaidyam, A. N., Wisniewski, H., Halamka, J. D., Kashavan, M. S., & Torous, J. B. (2019). Chatbots and conversational agents in mental health: A review of the psychiatric landscape. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64(7), 456–464. <https://doi.org/10.1177/0706743719828977>
- Vallejos-Barrera, L., Barrera-Herrera, A., & Escobar-Alaniz, B. (2026). Social integration, adaptation, and satisfaction with university life in first-year students at a university in southern Chile. *BMC Psychology*, 14, 670. <https://doi.org/10.1186/s40359-026-04464-y>
- Walton, G. M., & Cohen, G. L. (2011). A brief social-belonging intervention improves academic and health outcomes of minority students. *Science*, 331(6023), 1447–1451. <https://doi.org/10.1126/science.1198364>
- World Health Organization. (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance*.
- World Health Organization. (2022c). *World mental health report: Transforming mental health for all*.
- Yang, Y., Yu, H., & You, S. (2026). When distress meets disability: Social connectedness buffers functional impairment in university students. *Scientific Reports*, 16, 18983. <https://doi.org/10.1038/s41598-026-50375-8>