

EBS

Encuesta de Bienestar Social

● ● ● ● ● 2025 ● ● ● ● ●

Salud mental y bienestar en la población: un enfoque integral

División Observatorio Social

Septiembre 2026



Serie Resultados Encuesta de Bienestar Social – EBS 2025

Salud mental y bienestar en la población: un enfoque integral

Septiembre de 2026.

División Observatorio Social

Subsecretaría de Evaluación Social

Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Participaron en la elaboración de este documento: Dafne Jaime, Doris Paillaqueo, Cristina Marchant y Maritza España, con el apoyo de las y los profesionales del equipo del Observatorio Social de la Subsecretaría de Evaluación Social.



Encuesta de Bienestar Social – EBS 2025

La Encuesta de Bienestar Social (EBS) es una iniciativa institucional del Ministerio de Desarrollo Social y Familia implementada por primera vez en el año 2021 con el propósito de complementar la información recolectada por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen).

Su diseño metodológico responde a la necesidad de capturar de manera sistemática la percepción de la población respecto a su calidad de vida, experiencias y desafíos cotidianos, posibilitando un análisis integral que combina variables objetivas y subjetivas para optimizar la formulación y evaluación de las políticas públicas del país.

El marco conceptual de la EBS se fundamenta en las directrices de bienestar de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), específicamente en su serie metodológica: How's Life?: Measuring Well-Being¹, así como en el enfoque de capacidades de Amartya Sen. En su tercera versión, correspondiente a la serie 2025, el instrumento incorpora los lineamientos actualizados de los organismos internacionales, integrando de forma explícita las tres dimensiones del bienestar subjetivo propuestas en el informe Guidelines on Measuring Subjective Well being (OCDE, 2025).

El cuestionario se estructura en once módulos analíticos orientados a las siguientes dimensiones: bienestar subjetivo, educación, trabajo en la ocupación, uso del tiempo, ingresos, salud, vivienda, calidad del medio ambiente, seguridad, relaciones sociales; y confianza y participación.

El levantamiento se ejecutó entre el 23 de julio y el 12 de octubre de 2025, con modalidad telefónica mediante encuestadores asistidos por computador (CATI), utilizando como soporte tecnológico de captura el software Survey Solutions.

La población objetivo es el universo de personas de 18 años o más, cumplidos a la fecha de realización de Casen 2024, que residen en viviendas particulares en el territorio nacional. El diseño muestral corresponde a un muestreo probabilístico y bifásico. La primera fase está dada por el diseño muestral de Casen 2024 y la segunda corresponde a una muestra probabilística estratificada a nivel región-área, cuya distribución garantiza representatividad estadística para el parámetro de interés (tasa de insatisfacción con la vida) a niveles nacional, regional y por área geográfica urbano-rural. Este diseño determinó una muestra objetivo de 13.035 casos y un tamaño con sobremuestra de 25.686 casos, distribuidos en las dieciséis regiones del territorio nacional para salvaguardar la precisión y los márgenes de error tolerables del instrumento.

Tanto las bases de datos analizadas como la documentación metodológica —incluyendo manuales, libros de códigos, cuestionarios y marcos de referencia de la EBS 2025— se encuentran disponibles de manera abierta en el repositorio oficial del Banco Integrado de Datos (BIDAT):

¹ Para más detalle ver: https://www.oecd.org/en/publications/how-s-life__23089679.html



https://bidat.gob.cl/directorio/Encuestas%20Observatorio%20Social/encuesta-de-bienestar-social-2025?name_subnivel=EBS%20-%20Encuesta%20de%20Bienestar%20Social



Resumen ejecutivo

La salud mental constituye un componente esencial del bienestar de las personas y un desafío prioritario para las políticas públicas. Siguiendo los enfoques internacionales más recientes, este informe analiza la salud mental de la población de 18 años y más en Chile utilizando el Modelo Dual Continuo de Salud Mental en la Encuesta de Bienestar Social 2025. Este modelo permite entender el bienestar mental y la sintomatología de ansiedad y depresión como dimensiones relacionadas, pero conceptualmente distintas.

En este documento se adapta el instrumento Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) a las variables disponibles en la EBS 2025 y se complementa con indicadores de tamizaje de sintomatología de ansiedad y depresión (PHQ–4). Esta aproximación permite caracterizar la salud mental de manera más integral, identificando distintos perfiles de bienestar y vulnerabilidad en la población.

Los resultados muestran que el 67,8% de la población presenta un nivel de salud mental alta, el 23,6% un nivel moderado y el 8,6% un nivel bajo. Asimismo, cerca de la mitad de la población (49,8%) presenta sintomatología compatible con ansiedad y/o depresión según el PHQ–4, lo que confirma que el bienestar positivo y la presencia de síntomas no son dimensiones equivalentes y deben analizarse de manera conjunta.

El análisis de las variables asociadas a la salud mental alta permite identificar tanto factores protectores como de riesgo. Entre los factores protectores destacan residir en áreas rurales, ser mujer, realizar actividad física, participar en organizaciones sociales, contar con cinco o más amistades y no presentar deudas o mantenerlas al día. En contraste, la pobreza —por ingresos, multidimensional o severa—, no tener pareja, presentar sintomatología depresiva y/o ansiosa y experimentar soledad se asocian con una menor probabilidad de alcanzar niveles altos de salud mental, configurándose como factores de riesgo para el bienestar mental.

La aplicación del Modelo Dual Continuo confirma que es posible presentar una salud mental alta aun cuando existan síntomas de ansiedad o depresión y, del mismo modo, registrar bajos niveles de bienestar sin manifestar sintomatología. Este hallazgo refuerza la necesidad de complementar los enfoques tradicionales centrados exclusivamente en la enfermedad mental con estrategias orientadas también a la promoción del bienestar y al fortalecimiento de los factores protectores.

En conjunto, los resultados aportan evidencia para orientar políticas públicas que integren la prevención, la promoción del bienestar mental y la reducción de las desigualdades sociales asociadas a la salud mental, contribuyendo a una comprensión más amplia e integral del bienestar de la población chilena.

1. Introducción

La salud mental constituye uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial. Su relevancia trasciende la ausencia de enfermedad, situándose como un determinante central en la calidad de vida, la cohesión social, y el desarrollo social y económico de los países. La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** la define como un ***estado de bienestar en el cual las personas pueden desarrollar sus capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a sus comunidades*** (OMS, 2021).

En las últimas décadas, la comprensión de la salud mental ha evolucionado desde un enfoque centrado principalmente en la enfermedad hacia una perspectiva más integral, que incorpora el desarrollo de capacidades y el funcionamiento positivo de las personas. En este contexto, el enfoque del **Modelo Dual Continuo de Salud Mental** propuesto por Keyes (2002, 2005) amplía la conceptualización tradicional al incorporar en el análisis dimensiones de bienestar emocional, psicológico y social, reconociendo que la salud mental no es un estado dicotómico, sino un continuo dinámico que puede variar en función de las experiencias individuales, recursos y condiciones sociales a lo largo del ciclo de vida.

El modelo dual continuo de salud mental ofrece una aproximación más integral para identificar necesidades, brechas y factores protectores en la población. Por otro lado, releva el rol de los determinantes sociales, como las condiciones socioeconómicas, el entorno comunitario y las trayectorias de vida en la configuración de la salud mental, lo que refuerza la necesidad de respuestas intersectoriales orientadas no solo a la atención de la sintomatología de enfermedad mental, sino también a la promoción del bienestar.

Desde una perspectiva de política pública, este enfoque permite enriquecer la visión tradicional que asocia la salud mental a la ausencia o presencia de trastornos mentales y sintomatologías asociadas, facilitando la identificación de distintos perfiles poblacionales que pueden requerir respuestas diferenciadas.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo analizar el bienestar mental de la población en Chile a partir de la información recogida por la Encuesta de Bienestar Social 2025 (EBS). Para ello, se adapta el **Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)** a los contenidos de la encuesta para medir la salud mental positiva y, sobre esta base, se aplica el Modelo Dual Continuo de Salud Mental como marco analítico.

Esta aproximación permite caracterizar la salud mental de la población de manera más integral, identificando grupos que combinan distintos niveles de salud mental con presencia o ausencia de sintomatología. Los resultados buscan aportar insumos **para orientar políticas públicas dirigidas a la promoción del bienestar mental, la prevención de problemas de salud mental y la reducción de desigualdades asociadas** a factores sociales, económicos y territoriales.

El documento se organiza en seis secciones, incluyendo la presente introducción. La segunda sección presenta antecedentes de la literatura sobre bienestar mental y su evolución conceptual y metodológica. La tercera sección expone el marco teórico del Modelo Dual Continuo de Salud Mental. La cuarta sección describe el marco metodológico utilizado para la construcción del indicador de salud mental a partir de los datos de la EBS. En la quinta sección se presentan los principales resultados del análisis, incluyendo la caracterización de las personas



con altos niveles de salud mental y la identificación de factores protectores y de riesgo asociados, mediante técnicas multivariadas. Finalmente, se presentan las conclusiones de este documento.



2. Antecedentes

El Informe mundial sobre salud mental de la OMS plantea la necesidad de transformar los enfoques, las prácticas y las respuestas institucionales, con el fin de fortalecer la promoción y protección de la salud mental, así como garantizar cuidados y atención oportunos, accesibles y de calidad para la población (OMS, 2022). Este desafío resulta especialmente relevante para el cumplimiento de los compromisos establecidos en el Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2030 y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la OMS.

En los últimos años, la salud mental ha dejado de entenderse únicamente como ausencia de enfermedad y ha pasado a reconocerse como una dimensión esencial del desarrollo humano, la resiliencia y el bienestar subjetivo (OMS, 2025). Esta perspectiva reconoce que la salud mental depende tanto de factores individuales como de las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales en que las personas desarrollan sus vidas.

A su vez, la OMS informó en 2025 que **más de mil millones de personas viven con un trastorno mental en el mundo**, mientras persisten brechas importantes en acceso, recursos humanos especializados y calidad de la atención en salud mental. Por su parte, la OCDE advierte que una de cada dos personas experimentará una condición de salud mental a lo largo de su vida, y que los costos sociales y económicos asociados a la mala salud mental pueden alcanzar hasta el 4% del PIB anual en países OCDE (OCDE, 2023a).

La pandemia por COVID-19 reforzó esta comprensión al evidenciar que la salud mental se ve profundamente afectada por factores sociales, económicos y relacionales. Durante este periodo aumentaron de forma significativa los factores de riesgo asociados al deterioro de la salud mental, tales como la inseguridad financiera, el desempleo, el miedo y el aislamiento social, mientras que se debilitaron factores protectores como las redes sociales, las rutinas diarias, la actividad física y el acceso oportuno a servicios de apoyo (OCDE, 2021a). A estos desafíos se suman nuevos fenómenos como el aumento del costo de la vida y la crisis climática, identificados por la OMS como factores que incrementan los riesgos para el bienestar mental.

En Chile, el Ministerio de Salud (Minsal), define la salud mental como la **capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, promoviendo el bienestar subjetivo, el desarrollo de sus potencialidades y el logro de metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común** (Minsal, 2022). Desde esta perspectiva, la salud mental no depende únicamente de atributos individuales, sino también de determinantes sociales, culturales, económicos y territoriales que condicionan las trayectorias de bienestar de las personas.

La evidencia nacional disponible sobre carga de enfermedad ha situado históricamente a los problemas de salud mental entre los principales desafíos sanitarios del país, los problemas de salud mental constituyen la **principal fuente de carga de enfermedad en Chile**. El estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible (Minsal, 2008), muestra que los problemas asociados a salud mental explican el **23,2% de los años de vida saludables perdidos por discapacidad o muerte**. A su vez, la Encuesta Nacional de Salud 2016–2017 (ENS) reportó una **prevalencia de síntomas depresivos de 15,8%** en la población, con una incidencia significativamente mayor en mujeres. Más recientemente, la Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2023–2024 (ENCAVI) mostró que **1 de cada 4**

personas en Chile reporta síntomas asociados a depresión o ansiedad, lo que sitúa la salud mental como una dimensión crítica del bienestar postpandemia.

La relevancia de la salud mental también se manifiesta en sus desenlaces más severos, particularmente en la mortalidad asociada al suicidio. Las estimaciones del **Global Burden of Disease** del **Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)**, muestran que el suicidio sigue siendo una causa importante de muerte prematura en el país, especialmente en población joven y adulta. Los datos indican que en 2023 la tasa muerte por suicidio en personas de **15 a 49 años** alcanzó el **12,6 por 100.000 habitantes en Chile**.

Desde la perspectiva de la opinión pública, la salud mental ha adquirido una relevancia creciente como problema sanitario y social. De acuerdo con Ipsos (2025), el **68% de las personas en Chile identifica la salud mental como el principal problema de salud del país**, cifra considerablemente superior al **26% registrado en 2018**. Asimismo, el **78% declara experimentar estrés diariamente**, mientras que las principales barreras de acceso a atención corresponden a los tiempos de espera, el costo de los tratamientos y la insuficiencia de profesionales.

La evidencia disponible se ha concentrado principalmente en trastornos mentales y sintomatología, existiendo menor información sobre los niveles de salud mental positiva y su coexistencia con síntomas. Por ello, este estudio utiliza el Modelo Dual Continuo de Salud Mental, que permite complementar la medición de sintomatología con dimensiones de bienestar emocional, psicológico y social, avanzando hacia una caracterización más integral de la salud mental de la población.

3. Marco teórico

La comprensión de la salud mental ha evolucionado desde una perspectiva **binaria**, orientada principalmente a distinguir entre presencia y ausencia de enfermedad, hacia una visión de **continuo**. En esta última, la salud mental se entiende como un gradiente que se extiende desde un malestar severo en un extremo del espectro, hasta la salud mental positiva en el otro, caracterizada por altos niveles de bienestar emocional y psicológico. Esta visión constituye la base del **Modelo Dual Continuo de Salud Mental propuesto por Keyes en 2002** (ver Anexo 1: Evolución conceptual de la salud mental)

El Modelo Dual Continuo de Salud Mental, propone que la **salud mental positiva** y la **enfermedad mental** corresponden a dos continuos relacionados, pero conceptualmente independientes. Esta perspectiva permite caracterizar de manera más integral el bienestar mental de la población al considerar simultáneamente ambas dimensiones, superando la visión dicotómica que entiende la ausencia de enfermedad con una buena salud mental.

Para esto, se requieren dos subprocesos analíticos. El primero consiste en estimar el nivel de salud mental positiva que se realiza utilizando el Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF), herramienta diseñada para evaluar el bienestar emocional, psicológico y social (ver Anexo 1: Evolución conceptual de la salud mental). El segundo, consiste en determinar la presencia o ausencia de enfermedad mental o de sintomatología asociada.

El MHC–SF identifica la frecuencia con que las personas experimentan afectos positivos (como felicidad, el interés por la vida y la satisfacción) y aspectos del funcionamiento positivo. Este último se entiende como la



capacidad de desarrollar el propio potencial, mantener relaciones positivas, contar con un sentido de propósito en la vida, desenvolverse adecuadamente en el entorno y participar o sentirse integrado en la vida social y comunitaria.

La evaluación de salud mental positiva considera tres dimensiones del bienestar contempladas por el modelo: **Emocional** (bienestar subjetivo y satisfacción con la vida); **Psicológica** (desarrollo personal y funcionamiento individual); y **Social** (integración y desempeño en el entorno social y comunitario).

A partir de los resultados del MHC-SF la salud mental positiva se define un continuo compuesto por tres niveles: **languideciente, moderado y floreciente**. En lo que sigue del documento, estos conceptos son equivalentes a los siguientes niveles de salud mental:

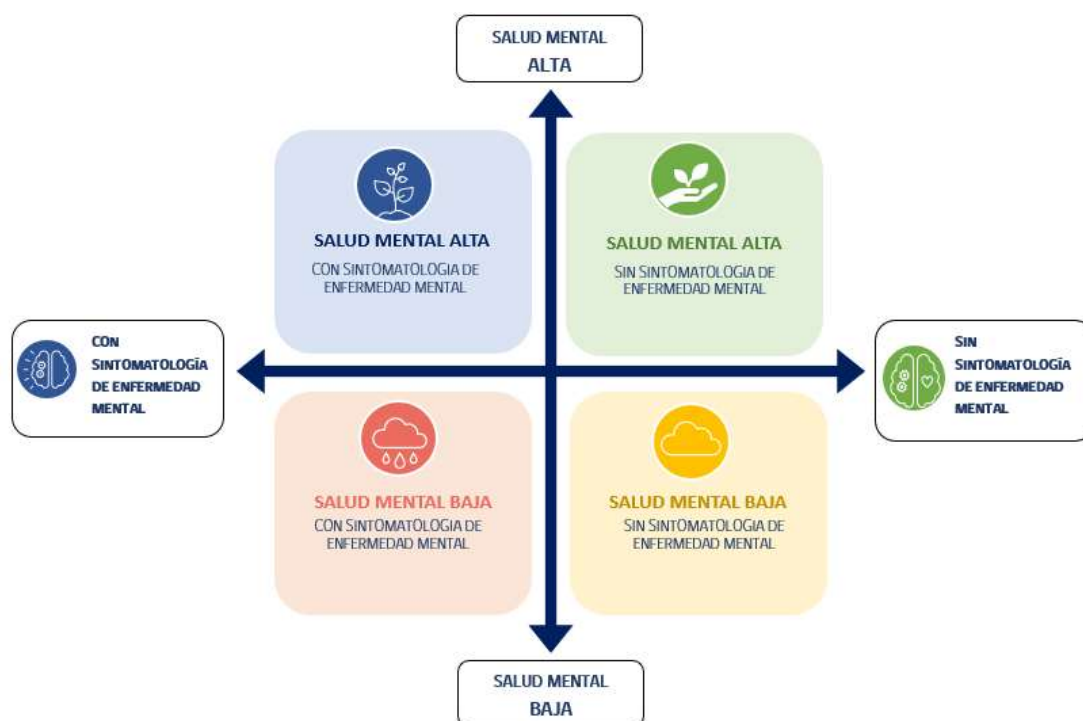
- **Salud mental alta (o floreciente):** Se caracteriza por la presencia sostenida de emociones positivas y un funcionamiento psicológico y social favorable.
- **Salud mental baja (o languideciente):** Se asocia a bajos niveles de bienestar, experiencias subjetivas de estancamiento, falta de interés por la vida y bajo compromiso con el entorno.
- **Salud mental moderada:** corresponde a una categoría intermedia, en la que se ubican aquellas personas que no cumplen criterios para ser clasificadas con salud mental alta ni baja.

El segundo subproceso consiste en identificar la presencia o ausencia de enfermedad mental o sintomatología asociada. Para ello, Keyes (2005) considera la presencia de episodio depresivo mayor, ansiedad generalizada, trastorno de pánico y dependencia al alcohol durante los últimos 12 meses, clasificados según criterios diagnósticos del DSM-III-R (Pichot, 1986).

La interacción de ambos subprocesos permite clasificar a la población en perfiles diferenciados de salud mental, en los que pueden coexistir distintos niveles de bienestar con presencia o ausencia de sintomatología. Esta aproximación permite identificar no solo situaciones de malestar, sino también estados de bienestar, vulnerabilidad y recursos presentes en la población.

La **Figura 1** sintetiza la estructura conceptual del Modelo Dual Continuo de Salud Mental. En ella, la salud mental positiva se ubica en el eje vertical, mientras que la presencia o ausencia de enfermedad mental o sintomatología asociada se sitúa en el eje horizontal. El cruce entre ambas dimensiones permite distinguir perfiles diferenciados de salud mental, mostrando que el bienestar y la sintomatología pueden combinarse de distintas formas en la población.



Figura 1. Estructura conceptual del Modelo Dual Continuo de Salud Mental

Fuente: Elaboración del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, basada en Keyes (2005, 2009).

Nota: La salud mental moderada no se representa como cuadrante independiente en la figura, dado que corresponde a una categoría intermedia del continuo de salud mental positiva. En el análisis empírico del estudio, esta categoría se cruza igualmente con la presencia o ausencia de sintomatología, generando perfiles de salud mental moderada con y sin sintomatología.

4. Marco metodológico

Este apartado presenta el marco metodológico utilizado para operacionalizar el Modelo Dual Continuo de Salud Mental a partir de la Encuesta de Bienestar Social 2025. Para ello, se describe la muestra utilizada, la adaptación realizada del MHC-SF para medir salud mental positiva y la identificación de sintomatología de depresión y/o ansiedad.

4.1. Datos de la muestra

La EBS 2025 corresponde a un instrumento bifásico de Casen 2024, representativo de la población de 18 años y más, residentes en viviendas particulares del territorio nacional². El instrumento cuenta con una muestra lograda de 13.600 personas, luego de la exclusión de observaciones con información incompleta en las variables requeridas para el análisis (No sabe o No responde), se obtiene una muestra total válida de **13.383** casos, equivalente a **15.558.603** personas en población expandida.

² Excluye Áreas de Difícil Acceso (ADA) y población institucionalizada.

Las principales características demográficas del universo de estudio se presentan en la Tabla 1. En ella se observa una distribución balanceada entre hombres (49%) y mujeres (51%), una mayor concentración de personas entre 30 a 44 años (30%) y con residencia principalmente en áreas urbanas (88,6%).

Tabla 1. Características demográficas de la población

Variable	Categorías	Muestra total (personas)	Porcentaje muestral (%)	Población (personas)	Porcentaje poblacional (%)
Sexo	Hombres	5.862	43,8	7.626.563	49,0
	Mujeres	7.521	56,2	7.932.040	51,0
Tramos de edad	18 a 29	2.547	19,0	3.195.438	20,5
	30 a 44	3.445	25,7	4.673.577	30,0
	45 a 59	3.381	25,3	3.760.605	24,2
	60 a 74	2.974	22,2	2.748.191	17,7
	75 y más	1.036	7,7	1.180.792	7,6
Lugar de residencia	Urbano	11.146	83,3	13.788.285	88,6
	Rural	2.237	16,7	1.770.318	11,4
Muestra total	Total	13.383	100	15.558.603	100,0

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta de Bienestar Social 2025.

Al 95% de confianza existen diferencias estadísticamente significativas entre todas las categorías.

4.2. Adaptación del Modelo Dual Continuo de Salud Mental en EBS 2025

Para aplicar el modelo dual continuo en EBS se requirió realizar su adaptación, dado que ninguno de sus dos componentes - MHC-SF y tamizaje de problemas de salud mental - se incluyen en la EBS 2025. Para ver detalles sobre el procedimiento de homologación, consultar Anexo 3: Procedimiento de homologación de MHC-SF en EBS.

A continuación, se describe el proceso de adaptación de ambos componentes.

4.2.1. Adaptación del MHC-SF en EBS

Dado que el cuestionario de la EBS 2025 no incluye directamente los ítems originales del MHC-SF, las preguntas disponibles difieren del instrumento original en distintos aspectos, tales como:

- **Temporalidad:** las preguntas de la EBS 2025 presentan horizontes temporales diversos en sus enunciados, a diferencia de MHC-SF, en que cada ítem tiene como periodo de referencia el "último mes".

- **Categorías de respuestas:** las preguntas de la EBS 2025 presentan categorías de respuesta distintas a las del instrumento original y, a su vez, heterogéneas entre sí³.

De esta manera, se realizó una homologación del instrumento mediante la selección de variables disponibles en la encuesta que pudieran resultar conceptualmente equivalentes, a pesar de no ser idénticas a los originales. Cabe destacar que el procedimiento de homologación del instrumento fue validado metodológicamente mediante un análisis de consistencia interna utilizando correlaciones tetracóricas y Alpha de Cronbach, obteniéndose un comportamiento psicométrico adecuado del indicador construido.

Una vez definidas las variables de la EBS 2025 asociadas a cada dimensión del MHC-SF, se procedió a su recategorización con el fin de construir indicadores comparables entre sí y coherentes con el instrumento original. Para ello, las respuestas fueron transformadas en variables dicotómicas, distinguiendo entre categorías positivas y no positivas, según el sentido conceptual de cada indicador.

Luego de la recategorización de las variables homologadas al MHC-SF, se construyeron los puntajes necesarios para clasificar a la población según su salud mental. Para ello, se consideran dos componentes: el **bienestar emocional** (BE) y el **funcionamiento positivo** (FP). El bienestar emocional actúa como condición inicial para identificar niveles altos o bajos de salud mental, según presente valores positivos o no positivo. Respecto al funcionamiento positivo, se estima a partir de la sumatoria de los puntajes correspondientes a las dimensiones de bienestar social y bienestar psicológico, con un rango posible de 0 a 7.

Finalmente, la interacción entre ambos componentes permite clasificar a la población en tres niveles de salud mental: **salud mental alta, salud mental moderada y salud mental baja**.

4.2.2. Identificación de sintomatologías asociadas a enfermedades mentales

En la propuesta original de Keyes, la presencia de enfermedades mentales se identifica mediante instrumentos diagnósticos o indicadores estructurados orientados a detectar trastornos específicos. En el presente estudio, la identificación se realiza mediante indicadores de tamizaje de sintomatología de depresión y/o ansiedad que están disponibles en EBS 2025.

La encuesta contiene 3 herramientas breves de tamizaje: el **PHQ-2**, orientado a identificar sintomatología depresiva (2 preguntas); el **GAD-2**, orientado a identificar sintomatología ansiosa (2 preguntas); y el **PHQ-4**, que integra ambos componentes (4 preguntas) y permite clasificar a la población según presencia o ausencia de sintomatología de **depresión y/o ansiedad**.

El PHQ-4 agrupa 4 preguntas en un puntaje de 0 a 12 para medir síntomas de ansiedad y/o depresión. Los resultados se clasifican en: 0 a 2 sin síntomas, 3 a 5 síntomas leves, 6 a 8 moderados y 9 a 12 severos. Este

³ Categorías originales: Nunca, Una o dos veces, Aproximadamente una vez a la semana, Dos o tres veces a la semana, Casi todos los días, y Todos los días. Categorías EBS: Escala de satisfacción: Totalmente insatisfecho(a), Insatisfecho(a), Indiferente, Satisfecho(a), y Totalmente satisfecho(a); Escala de confianza y de intensidad emocional: Nada, Poco, Algo, Bastante, y Mucho; Eudaimonia: Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, y Muy de acuerdo.

indicador es menos estricto que el PHQ-2 y el GAD-2 por separado, por lo que una persona podría no presentar síntomas en esos instrumentos, pero sí —dada la sumatoria conjunta de puntaje— en PHQ-4.

En este estudio, la identificación de personas con y sin sintomatología de depresión y/o ansiedad se realiza a partir del PHQ-4, y los indicadores de PHQ-2 y GAD-2 se utilizan posteriormente en el análisis logístico multivariado de manera separada, con el fin de determinar si los síntomas depresivos y ansiosos presentan asociaciones diferenciadas con la salud mental alta. Es importante señalar que estos indicadores no constituyen diagnósticos clínicos de enfermedad mental, sino que son herramientas de tamizaje que permiten identificar síntomas compatibles con depresión y/o ansiedad en la población.

Finalmente, al combinar la clasificación de salud mental—alta, moderada y baja— con la presencia o ausencia de sintomatología, se construyen los perfiles del Modelo Dual Continuo de Salud Mental. Esta clasificación permite diferenciar a las personas según el nivel de bienestar positivo y la presencia o ausencia de síntomas de depresión y/o ansiedad.

5. Resultados

Esta sección presenta los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Modelo Dual Continuo de Salud Mental. Para ello, primero se analizan por separado sus dos componentes: los estados de salud mental—alta, moderada y baja— y la presencia o ausencia de sintomatología de depresión y/o ansiedad. Posteriormente, ambos componentes se integran para construir los perfiles del modelo dual continuo, permitiendo identificar distintas combinaciones entre niveles de bienestar y presencia o ausencia de sintomatologías.

Finalmente, se presenta un modelo multivariado orientado a identificar los factores protectores y de riesgo asociados a la probabilidad de presentar salud mental alta, independientemente de la presencia o ausencia de sintomatología.

5.1. Estados de salud mental según adaptación del MHC-SF

La adaptación del instrumento MHC-SF en la EBS 2025 permitió estimar los estados de salud mental para la población de 18 años y más en Chile (**Tabla 2**). Según los resultados, el 67,8% de la población tiene una salud mental alta, estado asociado a emociones positivas y buen funcionamiento a nivel psicológico, emocional y social. Por otro lado, se estima que un 8,6% presenta una salud mental baja, es decir, experimenta emociones principalmente negativas y un bajo funcionamiento psicológico y social.

Siguiendo la clasificación del modelo MHC-SF, se estima que el 23,6% se encuentra en un estado moderado de salud mental. Tal como se mencionó anteriormente, esta población no cumple con los requisitos de clasificación ni de alta ni de baja salud mental, ubicándose en una posición intermedia del continuo de salud mental.

Tabla 2. Modelo continuo de salud mental versión corta MHC-SH (adaptación a EBS 2025)

Estado de salud mental	Total	%
Alto	10.544.729	67,8
Moderado	3.676.322	23,6
Bajo	1.337.552	8,6
Total	15.558.603	100

Fuente: Elaboración del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta Bienestar Social 2025

El análisis de la relación entre los niveles de salud mental y las características sociodemográficas (Tabla 3) muestra que la **edad constituye un factor diferenciador entre algunos grupos**.

En primer lugar, las personas que presentan **salud mental alta** exhiben una composición etaria similar a la observada en la población total analizada. La ausencia de diferencias estadísticamente significativas en todos los tramos de edad sugiere que este grupo reproduce la estructura etaria general de la población.

Por su parte, el grupo con **salud mental moderada** presenta un perfil etario particular. Destaca una mayor concentración de personas entre 30 y 44 años, cuya proporción supera significativamente a la registrada en el conjunto de la población (35,6% versus 30,0%). En contraste, este grupo presenta una menor participación relativa de personas de 60 años y más, lo que indica una menor presencia de personas mayores en comparación con la estructura poblacional de referencia.

El grupo con **salud mental baja** evidencia una composición etaria más envejecida. Si bien la mayoría de los tramos de edad no presenta diferencias significativas respecto de la población total, se observan dos hallazgos relevantes: una menor representación de personas entre 30 y 44 años y una proporción significativa de personas de 75 años y más.

En cuanto al sexo, los resultados muestran que **hombres y mujeres se distribuyen de manera similar entre los distintos niveles de salud mental**. La ausencia de diferencias estadísticamente significativas indica que esta variable no constituye un factor asociado a la pertenencia a alguno de los grupos analizados, al menos en términos de composición poblacional.

En síntesis, los resultados evidencian que las diferencias en salud mental se asocian principalmente a la estructura etaria de los grupos. En cambio, el sexo no muestra un comportamiento diferencial, observándose una distribución homogénea entre todos los distintos perfiles de salud mental.



Tabla 3. Distribución etaria y por sexo por estados de salud mental y total de la población

Indicador	Categoría	Alto		Moderado		Bajo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Tramos de edad	18 a 29	2.113.565	20,0	836.219	22,7	245.654	18,4	3.195.438	20,5
	30 a 44	3.021.601	28,7	1.308.354	35,6	343.622	25,7	4.673.577	30,0
	45 a 59	2.514.547	23,8	897.187	24,4	348.871	26,1	3.760.605	24,2
	60 a 74	1.978.194	18,8	509.720	13,9	260.277	19,5	2.748.191	17,7
	75 y más	916.822	8,7	124.842	3,4	139.128	10,4	1.180.792	7,6
	Total	10.544.729	100	3.676.322	100	1.337.552	100	15.558.603	100
Sexo	Hombre	5.205.099	49,4	1.771.449	48,2	650.015	48,6	7.626.563	49,0
	Mujer	5.339.630	50,6	1.904.873	51,8	687.537	51,4	7.932.040	51,0
	Total	10.544.729	100	3.676.322	100	1.337.552	100	15.558.603	100

Fuente: Elaboración del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta Bienestar Social 2025.

Luego de caracterizar la composición interna de cada estado de salud mental según edad y sexo, el **Gráfico 1** presenta la prevalencia de salud mental alta, moderada y baja dentro de cada grupo poblacional. De este modo, no solo se identifica quiénes integran cada estado de salud mental, sino también en qué grupos estos estados son más o menos frecuentes según características específicas.

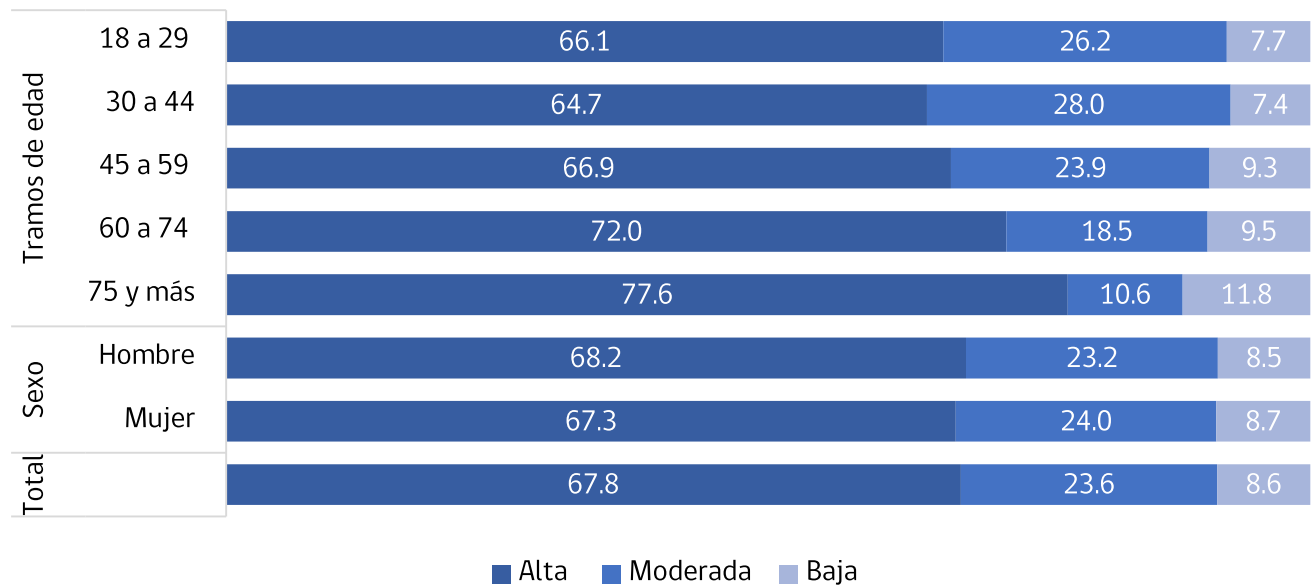
En primer lugar, la edad introduce diferencias relevantes en los estados de salud mental. Las personas mayores presentan las mayores prevalencias de **salud mental alta**, especialmente el grupo de 75 años y más, que alcanza un 77,6%, seguido por el tramo de 60 a 74 años, con un 72,0%. Ambas cifras son significativamente superiores a las observadas en la población menor de 60 años, donde las prevalencias de salud mental alta son similares al total de la población, sin diferencias estadísticamente significativas entre los tramos de 18 a 59 años.

En relación con la **salud mental baja**, tampoco se observan diferencias significativas entre los grupos menores de 60 años; sin embargo, el tramo de 75 años y más presenta una prevalencia más elevada, alcanzando un 11,8%.

En conjunto, estos resultados muestran que la edad se asocia con diferencias relevantes en la distribución de los estados de salud mental. Si bien las personas mayores, especialmente aquellas de 75 años y más, presentan una mayor prevalencia de salud mental alta, este mismo grupo también registra una mayor presencia relativa de salud mental baja. Esto sugiere que el segmento de mayor edad no constituye un grupo homogéneo, sino que presenta una mayor heterogeneidad en sus niveles de bienestar mental.

Finalmente, al analizar los resultados según sexo, no se identifican diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de los distintos estados de salud mental. Esto indica que hombres y mujeres presentan una distribución relativamente similar en los niveles de salud mental analizados.

Gráfico 1. Prevalencia de los estados de salud mental por tramo de edad y sexo.



Fuente: Elaboración del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta Bienestar Social 2025.

Al 95% de confianza estadística se identifican diferencias significativas: Entre tramos de edad: En salud mental alta, se observan diferencias significativas entre los tramos 60 a 74 años y 75 años y más respecto de los demás tramos de edad. En salud mental moderada, se observan diferencias significativas entre los tramos 60 a 74 años y 75 años y más respecto de los demás tramos, además de la comparación entre 30 a 44 años y 45 a 59 años. En salud mental baja, se observan diferencias significativas entre 75 años y más respecto de 18 a 29 años y 30 a 44 años, y entre 30 a 44 años y 60 a 74 años.

Entre estados de salud mental dentro de cada tramo de edad: Se observan diferencias significativas entre estados de salud mental en todos los tramos de edad, excepto entre salud mental moderada y salud mental baja en el tramo de 75 años y más.

Respecto de la población total: En los tramos 30 a 44 años y 60 a 74 años, se observan diferencias significativas respecto del total en salud mental alta y salud mental moderada. En el tramo 75 años y más, se observan diferencias significativas respecto del total en los tres estados: salud mental alta, moderada y baja.

No se observan diferencias estadísticamente significativas entre hombre y mujer.

De acuerdo con lo observado en el Gráfico 2, la salud mental alta predomina en todos los grupos según nivel educacional. La mayor proporción se observa entre las personas con educación superior completa, con un 69,3%, seguida por quienes tienen educación básica completa, con 68,3%, y quienes cuentan con educación media completa, con 66,4%. No obstante, al observar la categoría de salud mental baja, las personas con educación básica completa presentan el porcentaje más alto dentro de esta dimensión, con 11,7%, en comparación con quienes tienen educación media completa (8,3%) y superior completa (6,2%). Este resultado sugiere que, si bien la salud mental alta es mayoritaria en todos los niveles educativos, también se observa que los grupos con menor escolaridad presentan una mayor probabilidad de enfrentar condiciones de bienestar mental más desfavorables.

Por otro lado, se observa que las personas con pareja presentan una situación más favorable en términos de salud mental, evidenciada por una mayor proporción de salud mental alta (71,5%) respecto de quienes no tienen pareja (64,8%). En contraste, las personas sin pareja concentran mayores porcentajes en los niveles moderado y bajo. Estos resultados sugieren que la presencia de una pareja podría constituir un factor asociado a mejores niveles



de salud mental, posiblemente debido al apoyo emocional, acompañamiento y redes de apoyo que aporta la convivencia o el vínculo afectivo.

Al analizar el área de residencia, la población rural presenta el porcentaje más alto de salud mental alta con 75,1%, superando a la población urbana, que alcanza un 66,8%. Sin embargo, la población rural también registra una proporción relativamente elevada de salud mental baja, con 11,6%, frente al 8,2% observado en el área urbana. Por su parte, la salud mental moderada es significativamente menor en zonas rurales (13,3%) que en zonas urbanas (25,0%).

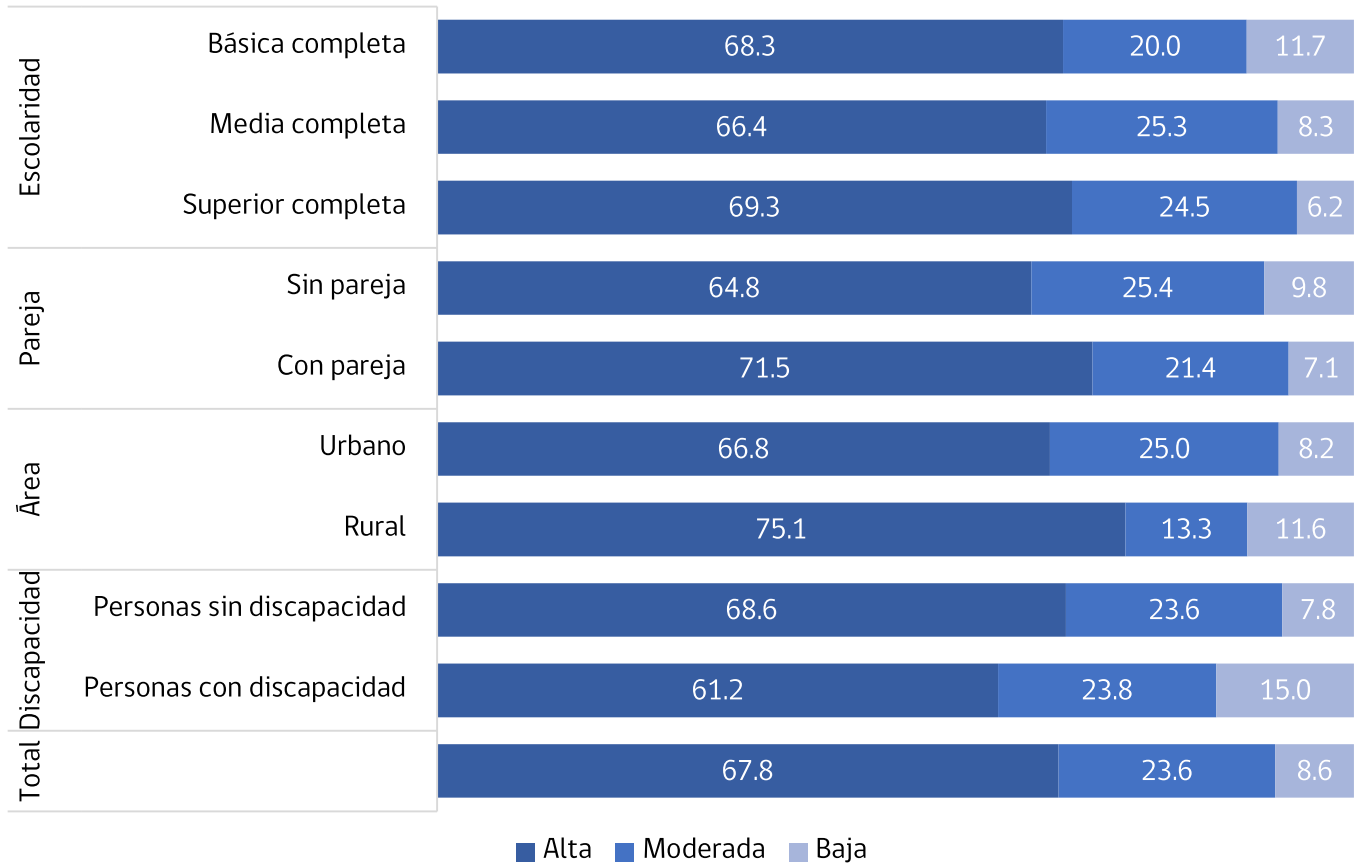
Desde la perspectiva territorial, este hallazgo puede indicar que los contextos rurales podrían ofrecer ciertos factores protectores, como mayor proximidad comunitaria, redes locales o sentido de pertenencia territorial. No obstante, también pueden existir barreras específicas, como menor acceso a servicios especializados, dificultades de transporte, aislamiento geográfico o menor disponibilidad de dispositivos de atención en salud mental.

La mayor brecha se observa según discapacidad, donde las personas con discapacidad presentan una menor proporción de salud mental alta, con 61,2%, en comparación con las personas sin discapacidad, que alcanzan un 68,6%. Además, las personas con discapacidad registran el porcentaje más alto de salud mental baja con 15,0%, prácticamente el doble de lo observado en personas sin discapacidad, cuyo valor alcanza 7,8%. La salud mental moderada, en cambio, es muy similar entre ambos grupos: 23,8% y 23,6% en personas con y sin discapacidad, respectivamente. Desde una perspectiva de salud mental, este resultado es especialmente relevante, ya que la mayor salud mental baja en personas con discapacidad puede estar asociada a barreras de accesibilidad, discriminación, aislamiento social o menores oportunidades de participación.

En síntesis, la salud mental alta predomina en todos los grupos analizados; sin embargo, se observan desigualdades relevantes según características sociodemográficas. Los resultados evidencian una situación más favorable entre las personas con mayor nivel educacional, con pareja, residentes en zonas rurales y sin discapacidad. En contraste, las personas con menor escolaridad, sin pareja y especialmente aquellas con discapacidad presentan mayores proporciones de salud mental baja, lo que sugiere una mayor exposición a factores de vulnerabilidad que podrían afectar su bienestar mental.



Gráfico 2. Prevalencia de los estados de salud mental por características sociodemográficas



Fuente: Elaboración del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta Bienestar Social 2025.

Al 95% de confianza estadística se identifican diferencias significativas: En escolaridad, en salud mental Moderada y baja hay diferencias entre básica completa y los demás niveles, y Baja entre media completa y superior completa. Entre estados de salud mental, dentro de cada nivel educativo (Básica, Media y Superior completa) las diferencias entre Alto, Moderado y Bajo son siempre significativas.

Por pareja, todas las comparaciones son significativas.

Entre área geográfica, las diferencias son significativas en las tres categorías de salud mental. En la categoría rural, Moderado y Bajo no difieren entre sí; y en urbana las diferencias son significativas para las tres categorías de salud mental.

Entre personas con y sin discapacidad, las diferencias son significativas en Alta y en Baja, pero no en Moderada. Dentro de ambos grupos (con y sin discapacidad), las diferencias entre los tres estados de salud mental son estadísticamente significativas.

En relación con la condición de actividad laboral, en el Gráfico 3 se observa que las personas fuera de la fuerza de trabajo presentan la mayor proporción de salud mental alta, con 70,7%, seguidas por las personas ocupadas, con 67,4%, y las personas desocupadas, con 58,2%. Sin embargo, el grupo desocupado concentra un porcentaje más elevado de salud mental moderada, con 26,8%, y a la vez una proporción significativa de salud mental baja (15,0%). Este resultado sugiere que la desocupación podría estar asociada a una mayor exposición a factores de estrés mental, tales como incertidumbre económica, pérdida de ingresos y menor integración social, todos elementos que pueden incidir negativamente en la salud mental de las personas.



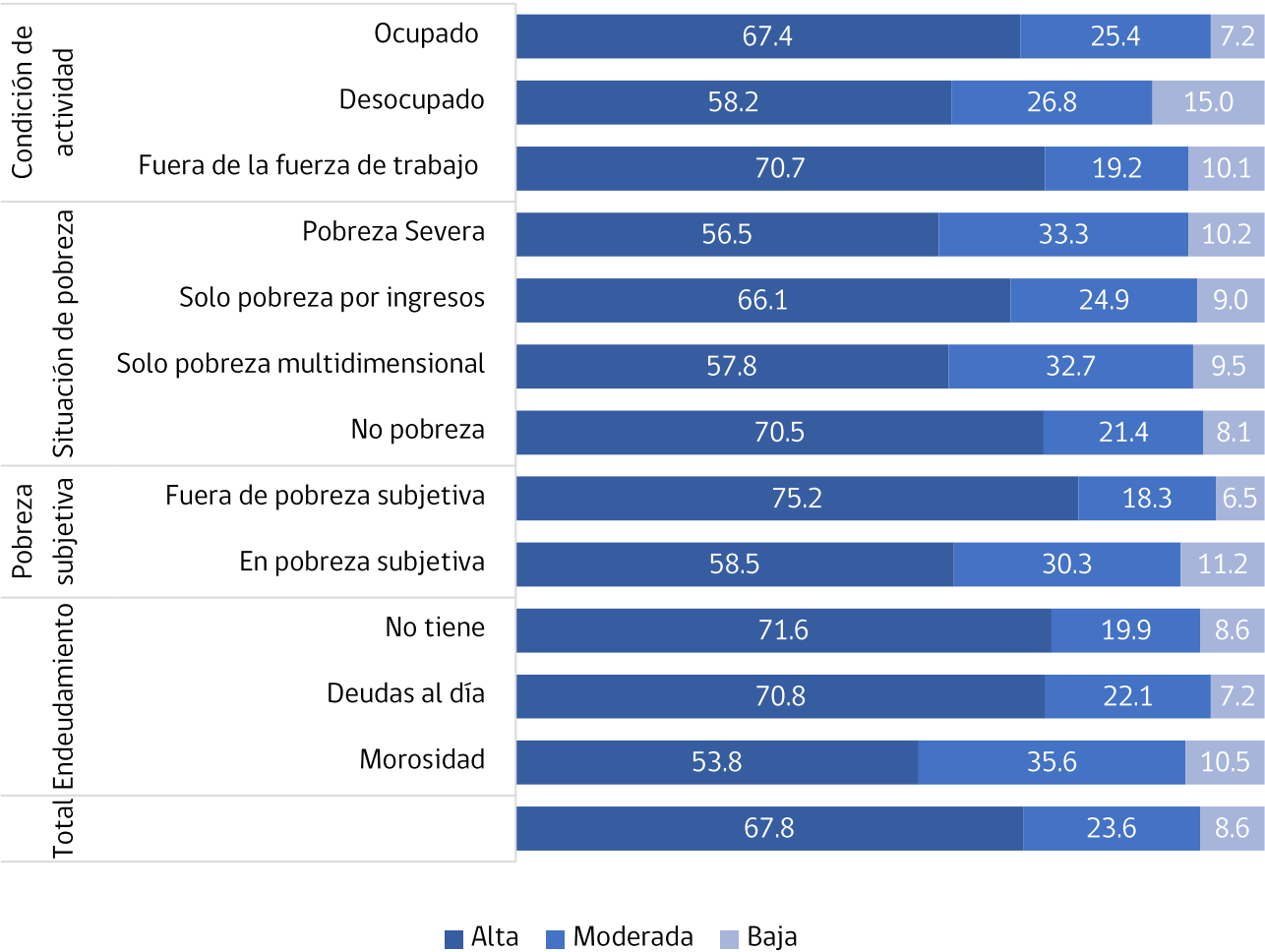
Respecto de la situación de pobreza, se observan brechas importantes. Las personas en situación de no pobreza presentan una proporción de salud mental alta de 70,5%, mientras que esta proporción disminuye a 66,1% en quienes se encuentran en pobreza por ingresos, a 57,8% en pobreza multidimensional y 56,5% en pobreza severa. A su vez, la salud mental moderada aumenta significativamente en los grupos más vulnerables, alcanzando 32,7% en pobreza multidimensional y 33,3% en pobreza severa. Estos resultados muestran que la pobreza, especialmente cuando se expresa en múltiples dimensiones, se asocia con una menor prevalencia de salud mental alta y una mayor concentración en niveles moderados o bajos, lo que puede reflejar el impacto acumulativo de carencias materiales, inseguridad económica, dificultades de acceso a servicios y menor disponibilidad de redes de apoyo.

Desde la perspectiva de la pobreza subjetiva, también se evidencia una brecha importante. Las personas que se perciben como no pobres presentan el valor más alto de salud mental alta, con 75,2%, mientras que quienes se identifican como pobres alcanzan solo 58,5%. Además, la población que se autopercibe pobre registra mayores niveles de salud mental moderada (30,3%) y baja (11,2%) en comparación con quienes no se perciben en dicha condición. Este hallazgo es particularmente relevante, ya que la percepción subjetiva de pobreza puede influir en el bienestar mental al relacionarse con sentimientos de inseguridad económica, preocupación por el futuro o sensación de insuficiencia de recursos.

En cuanto al endeudamiento, las personas sin deudas y aquellas que se encuentran con deudas al día presentan porcentajes similares y relativamente altos de salud mental alta, con 71,6% y 70,8%, respectivamente. En cambio, las personas en situación de morosidad muestran una disminución considerable de la salud mental alta, alcanzando solo 53,8%, junto con el porcentaje más elevado de salud mental moderada, con 35,6%, y una proporción de salud mental baja de 10,5%. Esto sugiere que la morosidad constituye un factor de tensión relevante para la salud mental, probablemente asociado a estrés financiero debido a una preocupación por las obligaciones económicas personales o familiares.

En síntesis, la gráfica evidencia que, si bien la salud mental alta es mayoritaria en el total de la población, existen diferencias importantes según condiciones socioeconómicas. Los grupos con pobreza multidimensional, pobreza severa, percepción subjetiva de pobreza y morosidad presentan menores niveles de salud mental alta y mayor concentración en salud mental moderada o baja. Desde una perspectiva de salud mental, estos resultados sugieren que las condiciones económicas adversas, la inseguridad material y el endeudamiento pueden actuar como factores de riesgo para el bienestar mental.

Gráfico 3. Prevalencia de los estados de salud mental según características laborales y económicas



Fuente: Elaboración del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta Bienestar Social 2025.

Al 95% de confianza estadística se identifican diferencias significativas: Por condición de actividad todas las comparaciones son significativas, excepto entre Desocupado y Ocupado en salud mental Moderada.

Por situación de pobreza, para la salud mental Baja, ninguna de las cuatro categorías de pobreza (No pobreza, Pobreza Severa, Pobreza multidimensional, Pobreza por ingresos) difiere significativamente entre sí. En salud mental Alta, solo Pobreza Severa y Pobreza multidimensional no difieren entre sí; el resto de las comparaciones sí son significativas. En salud mental Moderada, Pobreza Severa y Pobreza multidimensional no difieren entre sí, y tampoco No pobreza y Pobreza por ingresos; el resto de las comparaciones son significativas. Entre estados de salud mental, dentro de cada categoría de pobreza, las diferencias entre Alto, Moderado y Bajo son significativas.

En pobreza subjetiva todas las comparaciones son significativas

En endeudamiento no hay diferencias significativas entre No tiene y Deudas al día en salud mental alta; el resto de las comparaciones sí son significativas. En salud mental Baja, no hay diferencias significativas entre No tiene y deudas al día, ni entre No tiene y Morosidad. En salud mental Moderada, no hay diferencias significativas entre No tiene y Deudas al día. Entre estados de salud mental, dentro de cada categoría de deuda, las diferencias son significativas.



El Gráfico 4, muestra una asociación favorable de la participación en organizaciones. Las personas que participan presentan un 70,8% en el nivel alto, en comparación con el 64,3% observado entre quienes no participan, lo que sugiere que la participación comunitaria podría relacionarse con la conexión social y al acceso a redes de apoyo, así como a la construcción de espacios de reconocimiento e inclusión.

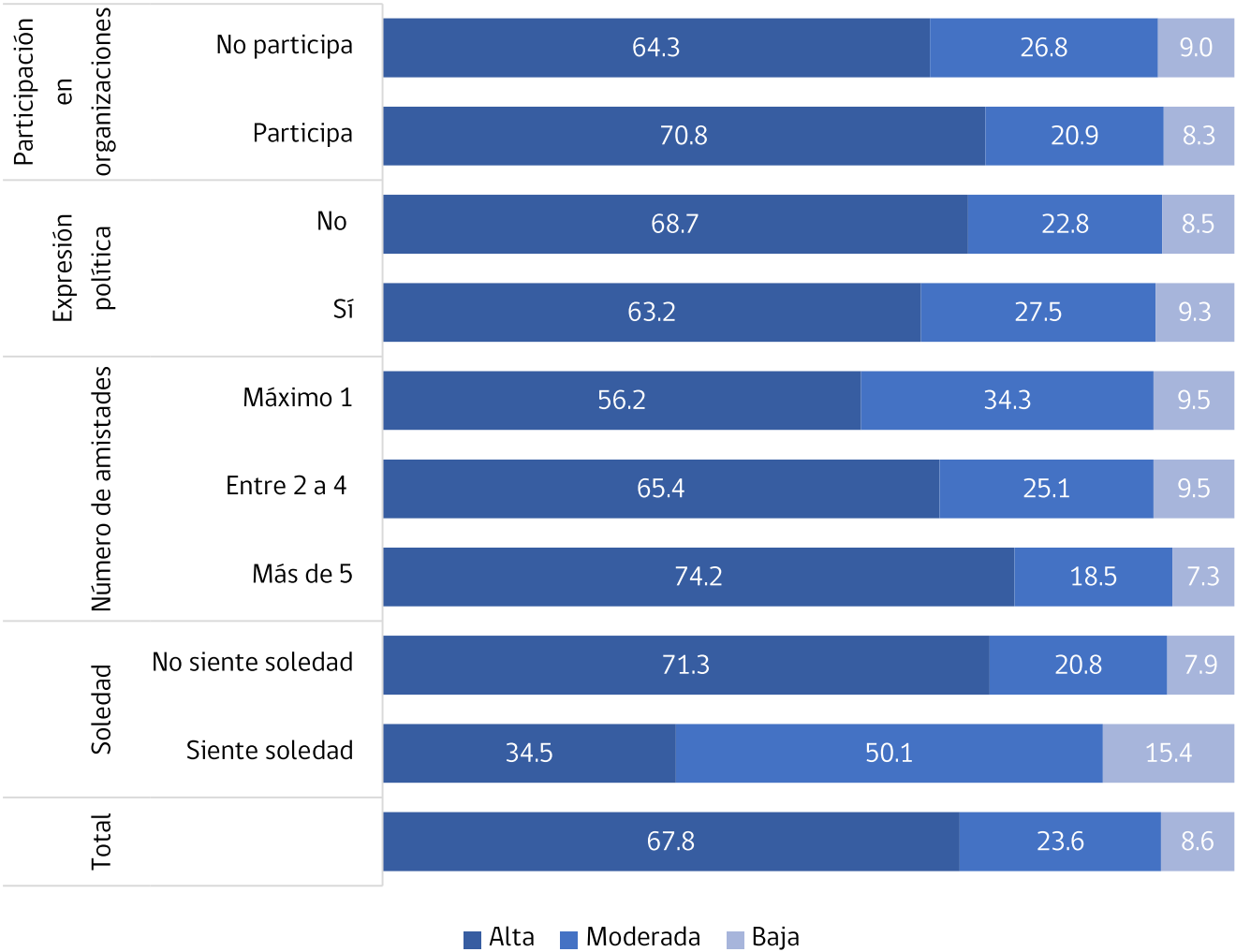
Respecto de la expresión política, las diferencias observadas son más acotadas, pero significativas estadísticamente. Las personas que declaran expresar opinión política presentan un 63,2% en el nivel alto, mientras que quienes no lo hacen alcanzan un 68,7%.

Por otro lado, el número de amistades aparece como un elemento positivo en la salud mental. Las personas que declaran tener más de cinco amistades registran la mayor proporción de salud mental alta, con un 74,2%, mientras que quienes cuentan con máximo una amistad alcanzan sólo un 56,2%. Esta tendencia permite identificar la disponibilidad de vínculos significativos como un posible factor protector para la salud mental, en tanto las redes de apoyo favorecen la contención emocional, el sentido de pertenencia y la integración social.

Uno de los hallazgos más relevantes corresponde a la variable soledad. Las personas que declaran no sentirse solas presentan una mayor proporción de salud mental alta, con un 71,3%. En contraste, entre quienes manifiestan sentirse solas, esta proporción disminuye significativamente a 34,5%, mientras aumenta la concentración en los niveles moderado y bajo, con 50,1% y 15,4%, respectivamente. Este patrón sugiere que la percepción de soledad constituye un factor de vulnerabilidad asociado a menores niveles de bienestar o integración, en línea con la evidencia internacional que reconoce la soledad y el aislamiento social como fenómenos con repercusiones relevantes en la salud mental y el bienestar (OMS, 2025).

En síntesis, los resultados permiten advertir que los vínculos sociales cumplen un rol fundamental en el bienestar mental. La ausencia de soledad, una red más amplia de amistades y la participación en organizaciones sociales se asocian con mayores niveles de salud mental, lo que refuerza la importancia de promover estrategias orientadas a prevenir la soledad, fortalecer redes comunitarias y facilitar espacios de participación social, especialmente en grupos que puedan presentar mayor riesgo de aislamiento o desconexión social.

Gráfico 4. Prevalencia de los estados de salud mental por redes de apoyo



Fuente: Elaboración del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta Bienestar Social 2025.

Al 95% de confianza estadística se identifican diferencias significativas: Respecto a la participación en organizaciones no hay diferencias significativas entre No participa y Participa en salud mental Baja; el resto de las comparaciones son significativas.

Para la expresión política no hay diferencias significativas entre No participa y Participa en salud mental Baja; el resto de las comparaciones son significativas.

En amistades la salud mental Baja, no presenta diferencias significativas entre "Máximo 1 amigo" y "Entre 2 a 4 amigos"; el resto de las comparaciones entre categorías sí son significativas. Entre estados de salud mental, dentro de cada categoría de amistades, las diferencias son significativas.

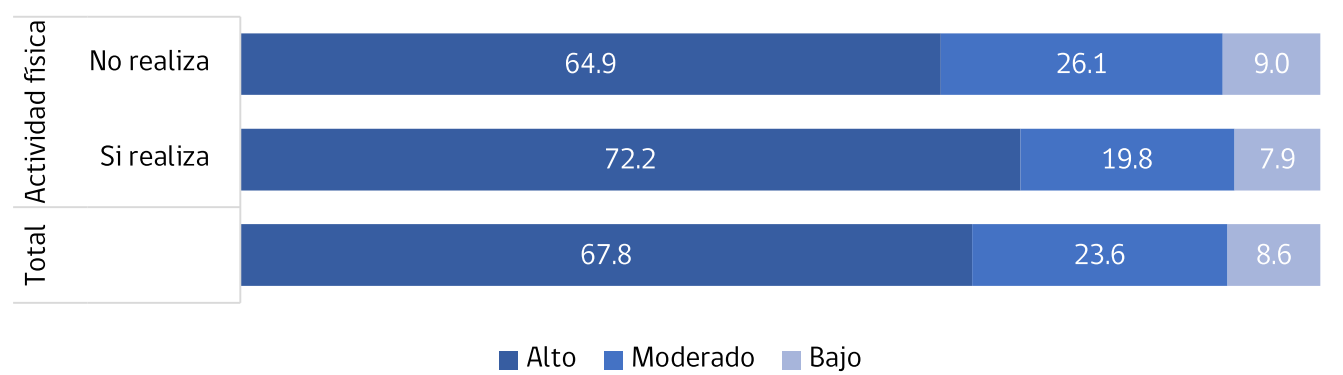
Para soledad todas las comparaciones son significativas, excepto entre No soledad y Soledad en salud mental Baja.

La variable actividad física muestra una asociación favorable con la salud mental. Las personas que realizan actividad física presentan una mayor proporción en salud mental alta, alcanzando un 72,2%, en comparación con el 64,9% observado entre quienes no realizan actividad física. Asimismo, quienes no practican actividad física concentran una mayor proporción en los niveles moderado y bajo.



Desde el ámbito de la salud mental, este patrón permite interpretar la actividad física como un posible factor protector del bienestar mental, en tanto se asocia con mejores niveles del indicador y con una menor concentración en categorías menos favorables. Este resultado es coherente con la evidencia que reconoce los beneficios de la actividad física en la reducción de síntomas depresivos y ansiosos, así como en la promoción del bienestar general (OMS, 2024).

Gráfico 5. Prevalencias de los estados de salud mental por actividad física



Fuente: Elaboración del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta Bienestar Social 2025.
Al 95% de confianza estadística se identifican diferencias significativas: En actividad física, todas las comparaciones son significativas, excepto entre No realiza y Sí realiza en salud mental Baja.

5.2. Sintomatología de ansiedad y/o depresión

Para evaluar la presencia de sintomatología de depresión y/o ansiedad se utilizaron las baterías de depresión PHQ-2 y de ansiedad GAD-2. Ambas permiten identificar síntomas compatibles con dichos trastornos.

A partir de los resultados presentados en Tabla 4, se observa que la mayor parte de la población no presenta síntomas asociados a depresión ni ansiedad, con proporciones superiores al 80% en ambos indicadores. No obstante, cerca de una de cada cinco personas presenta alguna sintomatología, alcanzando un 18,4% en depresión y un 18,2% en ansiedad. En términos absolutos, esto representa aproximadamente 2,9 millones de personas con síntomas depresivos y 2,8 millones con síntomas ansiosos, lo que evidencia una carga relevante de sintomatología de salud mental en la población analizada.

Tabla 4. Distribución de la población según enfermedad mental

Sintomatología de enfermedades	Depresión (PHQ-2)		Ansiedad (GAD-2)	
	N	%	N	%
No presenta síntomas	12.701.561	81,6	12.732.792	81,8
Presenta síntomas	2.857.042	18,4	2.825.811	18,2
Total	15.558.603	100	15.558.603	100

Fuente: Elaboración del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta Bienestar Social 2025.
Al 95% de confianza estadística, las diferencias entre “presenta” y “no presenta síntomas” son significativas en PHQ-2 y GAD-2. No se observan diferencias significativas entre PHQ-2 y GAD-2.

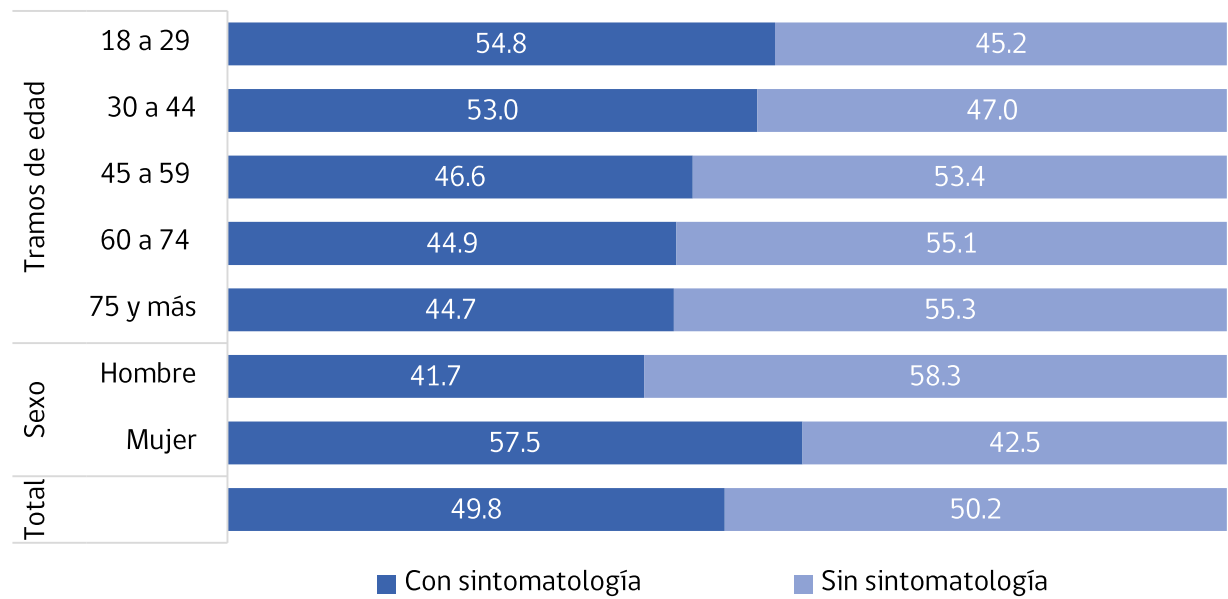


En las secciones siguientes, el análisis se realiza a partir de la variable **PHQ-4**, construida mediante la integración de los indicadores **PHQ-2** y **GAD-2**, los cuales permiten aproximarse a la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, respectivamente. A partir de esta medida, la población se clasifica según presente o no síntomas asociados a depresión y/o ansiedad.

Los resultados evidencian una distribución prácticamente equivalente entre ambas categorías. El **49,8%** de la población presenta sintomatología de depresión y/o ansiedad, mientras que el **50,2%** no presenta síntomas. Esta diferencia no es estadísticamente significativa, lo que indica una presencia relativa similar de ambos grupos en la población analizada.

El Gráfico 6 presenta la prevalencia de sintomatología de depresión y/o ansiedad, medida mediante la escala PHQ-4, según tramo de edad y sexo. Por tramo de edad, se observan diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de sintomatología. Las mayores proporciones se registran en los grupos de 18 a 29 años y de 30 a 44 años, que alcanzan 54,8% y 53,0%, respectivamente. Por el contrario, los grupos etarios de 45 años y más presentan proporciones menores, cercanas al 45%. En términos generales, la presencia de sintomatología depresiva y/o ansiosa tiende a ser más frecuente entre las personas menores de 45 años que entre aquellas de mayor edad.

Gráfico 6. Prevalencia de sintomatología de enfermedad mental según tramo de edad y sexo, EBS 2025



Fuente: Elaboración del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta Bienestar Social 2025.

Al 95% de confianza estadística, se identifican diferencias significativas respecto del total en todos los tramos de edad y según sexo, tanto en la categoría sin sintomatología como con sintomatología. Entre tramos de edad, las diferencias significativas se concentran entre los grupos de 18 a 29 y 30 a 44 años respecto de los tramos de 45 años y más. Según sexo, se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Entre categorías, las diferencias entre sin sintomatología y con sintomatología son significativas en todos los grupos, excepto en el total.



Al analizar las diferencias por sexo, se observa una brecha estadísticamente significativa: las mujeres presentan una prevalencia de sintomatología de depresión y/o ansiedad considerablemente mayor que los hombres, con un 57,5% y 41,7%, respectivamente.

Estos resultados sugieren que la presencia de sintomatología de depresión y/o ansiedad se asocia tanto con la edad como con el sexo, siendo más prevalente entre las personas más jóvenes y en las mujeres.

5.3. Perfiles del modelo dual continuo de salud mental

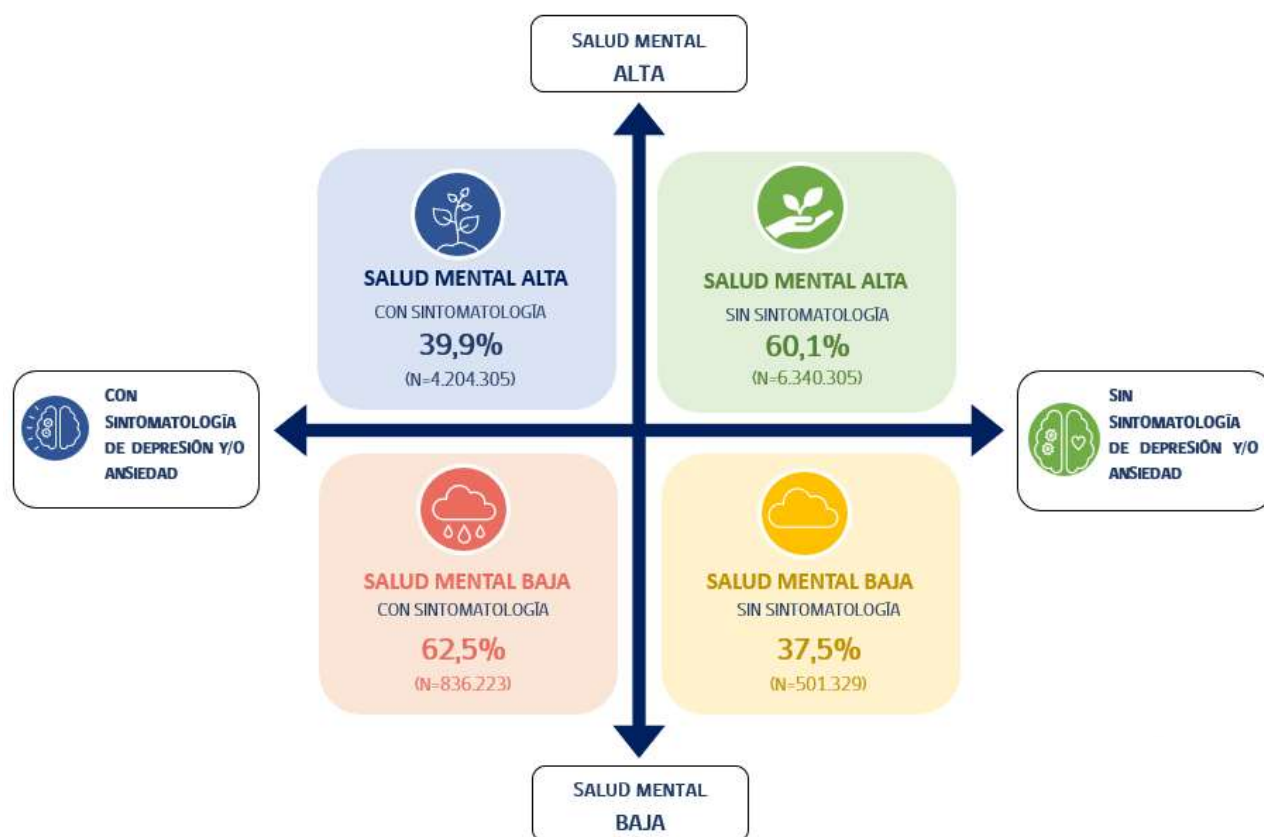
A partir de los dos componentes analizados previamente —estados de salud mental y presencia o ausencia de sintomatología de depresión y/o ansiedad— se construyen los perfiles del Modelo Dual Continuo de Salud Mental. Esta combinación permite identificar distintos grupos según su nivel de bienestar y sintomatología, ofreciendo una visión más integral de la salud mental.

La Figura 2 ilustra uno de los principios centrales del modelo dual continuo, en donde los niveles de salud mental alta y la sintomatología de depresión y/o ansiedad constituyen dimensiones relacionadas, pero conceptualmente distintas. En este contexto, los resultados muestran que la mayor parte de las personas con salud mental alta no presenta síntomas de depresión o ansiedad (60,1%). Sin embargo, un porcentaje relevante de este grupo sí reporta sintomatología. Por el contrario, aunque la mayoría de las personas que presenta un nivel bajo de salud mental también presenta síntomas de depresión o ansiedad (62,5%), más de un tercio (37,5%) no reporta este tipo de sintomatología.

En conjunto, estos hallazgos evidencian que la ausencia de sintomatología no es equivalente a la presencia de una salud mental alta, así como la presencia de síntomas no implica necesariamente un bajo nivel de salud mental. Por tanto, ambas dimensiones aportan información complementaria para comprender el estado de salud mental de la población.



Figura 2. Resultado de perfiles Modelo Dual Continuo de Salud Mental



Fuente: Elaboración del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta Bienestar Social 2025.

Notas:

- Categoría intermedia: Salud mental moderada — Sin sintomatología: 26,5% (N=974.485); Con sintomatología: 73,5% (N=2.701.837)
- Los porcentajes corresponden a la distribución interna de cada categoría de salud mental; cada fila suma 100%.

La Tabla 5 presenta la composición por edad y sexo dentro de los perfiles resultantes del modelo dual continuo de salud mental, observándose que la distribución por edad muestra que los perfiles se concentran principalmente en las personas de 30 a 44 años, quienes representan cerca de un tercio de los casos en la mayoría de los grupos analizados. Esta proporción alcanza su valor más alto entre quienes presentan **salud mental alta con sintomatología** (30,3%) y entre quienes presentan **salud mental baja con sintomatología** (29,1%).

Por otra parte, las personas de 18 a 29 años tienen una mayor presencia en los perfiles con salud mental alta (18,5% y 22,4%) en comparación con aquellos de salud mental baja (18,6% y 18,2%). Esto podría sugerir una mayor tendencia de la población joven a reportar niveles positivos de bienestar, aunque una parte importante también presenta síntomas de depresión y/o ansiedad.

En los grupos de mayor edad, especialmente entre las personas de 75 años o más, se observa una mayor representación relativa en el perfil de salud mental baja sin sintomatología (15,1%), porcentaje considerablemente superior al observado en los demás perfiles (entre 7,6% y 8,8%). Este resultado sugiere que una proporción de personas mayores experimenta bajos niveles de bienestar psicológico aun sin presentar sintomatología clínica de ansiedad o depresión.

Según sexo, las mujeres presentan una participación significativamente mayor en los perfiles que incluyen sintomatología de depresión y/o ansiedad, tanto en salud mental alta (61,1%) como en salud mental baja (55,7%). En contraste, los hombres predominan en los perfiles sin sintomatología (56,3% y 55,8%, respectivamente). Estos resultados sugieren que la presencia de síntomas de depresión o ansiedad es más frecuente entre las mujeres, independientemente de su nivel de bienestar psicológico. Al mismo tiempo, muestran que los hombres tienen una mayor representación en los perfiles caracterizados por ausencia de sintomatología.

En síntesis, la distribución de los perfiles de salud mental según edad muestra una mayor concentración de personas entre 30 y 44 años en todos los grupos analizados, especialmente en aquellos con presencia de sintomatología de depresión y/o ansiedad. Asimismo, destaca la mayor representación de personas de 75 años y más en el perfil de salud mental baja sin sintomatología. Respecto del sexo, las mujeres predominan en los perfiles con sintomatología, mientras que los hombres presentan una mayor participación en los perfiles sin síntomas. Estas diferencias sugieren que el sexo constituye un factor más relevante que la edad en la diferenciación de los perfiles de salud mental observados.

Tabla 5. Composición por edad y sexo de perfiles del Modelo Dual Continuo de Salud Mental

		Salud mental alta		Salud mental baja		Total
Indicador	Categorías	Sintomatología de depresión y/o ansiedad		Sintomatología de depresión y/o ansiedad		
		Sin	Con	Sin	Con	
Tramos de edad	18 a 29	18,5	22,4	18,6	18,2	20,5
	30 a 44	27,6	30,3	20,1	29,1	30,0
	45 a 59	25,2	21,7	26,6	25,8	24,2
	60 a 74	20,1	16,8	19,6	19,4	17,7
	75 y más	8,6	8,8	15,1	7,6	7,6
	Total	100	100	100	100	100
Sexo	Hombre	56,3	38,9	55,8	44,3	49,0
	Mujer	43,7	61,1	44,2	55,7	51,0
	Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta Bienestar Social 2025.

Al 95% de confianza estadística, las diferencias por sexo son significativas en todos los perfiles del modelo dual. Entre tramos de edad, las diferencias varían según perfil: son más frecuentes en salud mental alta con sintomatología y salud mental baja con sintomatología; en salud mental baja sin sintomatología solo se observa una diferencia significativa entre 45 a 59 años y 75 años y más.

Notas: Los porcentajes corresponden a la composición interna de cada perfil del modelo dual continuo. Cada columna suma 100% dentro de la desagregación correspondiente.

5.4. Modelo logístico anidado

Luego del análisis descriptivo, se estima un modelo logístico anidado con el propósito de identificar los factores asociados a una mayor o menor probabilidad de presentar salud mental alta. Para ello, se consideró como variable dependiente la presencia de salud mental alta, independientemente de si la persona presentaba o no sintomatología de depresión y/o ansiedad.



Una vez operacionalizados los estados de salud mental positiva y la presencia o ausencia de sintomatología de depresión y/o ansiedad, este análisis permitió evaluar tanto la dirección como la intensidad de la asociación entre las variables explicativas y la probabilidad de pertenecer al grupo con niveles de salud mental alta, según la clasificación derivada del modelo MHC adaptado. Es importante destacar que, dado el carácter transversal y exploratorio del estudio, los resultados deben interpretarse como asociaciones estadísticas y no como relaciones causales. Los detalles metodológicos se presentan en el Anexo 4: Consideraciones del análisis multivariado: modelos de regresión logística anidados.

Así, la variable dependiente se define de la siguiente forma:

- 1 = presenta salud mental alta.
- 0 = presenta salud mental moderada o baja.

La estrategia de modelos anidados permite incorporar progresivamente distintos bloques de variables explicativas, con el fin de observar cómo cambian las asociaciones estimadas a medida que se agregan nuevas dimensiones al análisis.

5.4.1. Criterios de ajuste del modelo

Para el análisis multivariado se estimaron seis modelos de regresión logística anidados, incorporando progresivamente grupos de variables explicativas. El primer modelo consideró variables demográficas; el segundo agregó variables laborales; el tercero incorporó variables económicas; el cuarto, añadió variables de redes de apoyo; el quinto sumó la sintomatología de depresión y/o ansiedad; y el modelo final, incluyó una variable asociada a hábitos de salud.

La muestra analítica final estuvo compuesta por 12.909 personas, correspondientes a los casos que contaban con información completa en todas las variables consideradas en el modelo final. De este total, el 69,8% (n = 9.003) fue clasificado en la categoría de salud mental alta, según el modelo MHC-SF adaptado, mientras que el 30,2% restante correspondió a salud mental moderada o baja. Las observaciones con valores perdidos en cualquiera de los 17 predictores o en las variables de diseño muestral fueron excluidas del análisis.

La incorporación sucesiva de bloques de covariables aumentó consistentemente la capacidad explicativa del modelo. En particular, el pseudo-R² de Nagelkerke aumenta desde 0,029 en el modelo sociodemográfico hasta 0,201 en el modelo final. Por otro lado, el coeficiente de Tjur de 0,16 indica que la probabilidad predicha promedio de presentar una alta salud mental es 16 pp. mayor entre las personas que efectivamente presentan una salud mental alta que entre aquellas que no lo presenta (**Tabla 6**).



Tabla 6. Ajustes de los modelos anidados

Modelo	Predictores	Devianza	R ² Nagelkerke	D Tjur
M1: Sociodemográfico	6	15946,8	0,029	0,020
M2: Laboral	7	15922,1	0,032	0,022
M3: Económico	10	15398,6	0,086	0,064
M4: Redes de apoyo	14	14798,7	0,146	0,113
M5: Síntomas de depresión y/o ansiedad	16	14237,7	0,199	0,156
M6: Hábitos de salud (Final)	17	14218,8	0,201	0,158

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta de Bienestar Social 2025.

Nota: Los modelos incorporan progresivamente bloques de variables explicativas. La variable dependiente corresponde a presentar salud mental alta frente a salud mental moderada o baja. Valores menores de devianza indican mejor ajuste relativo. El R² de Nagelkerke y el coeficiente de Tjur permiten evaluar la capacidad explicativa y discriminativa del modelo, respectivamente.

5.4.2. Síntesis de los factores protectores y de riesgo

A continuación, se presentan los resultados del modelo de regresión logística anidado⁴, el cual retoma las dimensiones abordadas en la sección de caracterización de salud mental alta – con y sin sintomatología – pero ahora desde una aproximación multivariada.

Para facilitar la interpretación, los resultados del modelo se expresan como razones de probabilidades⁵ (odds ratio) de presentar salud mental alta. Estas corresponden a la razón entre la probabilidad de presentar salud mental alta y la probabilidad de no presentarla. Las estimaciones provienen del modelo multivariado, considerando simultáneamente las variables incluidas en cada especificación. Es necesario añadir que este resultado debe interpretarse con cautela, ya que no implica una relación causal.

El **primer modelo**, incorpora variables demográficas y de caracterización de la población. Los resultados muestran que las personas menores de 75 años presentan menos chances de tener una salud mental alta en comparación con quienes tienen 75 años o más. En el mismo sentido, quienes no se encuentran en pareja presentan un 24% menos de chances de tener una salud mental alta respecto de aquellos que se encuentran en pareja. De igual forma, las personas con discapacidad tienen un 42% menos de chances de tener una salud mental alta en comparación de quienes no presentan discapacidad.

Por el contrario, la educación y la residencia en áreas rurales tiene una asociación positiva. Las personas con educación superior completa tienen un 30% más de chances de presentar salud mental alta, en comparación con quienes tienen menos años de escolaridad. Por su parte, las personas que residen en áreas rurales tienen un 46% más de chances de alcanzar una alta salud mental en comparación con personas que viven en áreas urbanas.

⁴ Para ver detalles revisar Anexo 5.

⁵ Un valor de OR > 1 indica mayores chances de presentar salud mental alta en comparación con la categoría de referencia (asociación positiva); mientras que un OR < 1 indica menores chances (asociación negativa); y un OR = 1 señala ausencia de asociación, manteniendo constantes las demás variables incluidas en el modelo.



Todos estos resultados son estadísticamente significativos al controlar por el resto de las variables. Adicionalmente, en el modelo se incluyó la variable sexo, pero su asociación no fue estadísticamente significativa, al igual que la categoría media completa.

En el **segundo modelo** se incorpora la dimensión laboral. Al hacerlo, las asociaciones de las variables anteriores se mantienen, y se agrega un efecto positivo de la condición laboral. En concreto, estar ocupado(a) aumenta en un 40% las chances de tener salud mental alta en comparación con quienes se encuentran desocupados(as). A su vez, estar fuera de la fuerza de trabajo se asocia con mayores chances de salud mental alta, con un aumento del 49% respecto a quienes se encuentran desocupados(as). Estos efectos son estadísticamente significativos controlando por el resto de las variables.

El **tercer modelo** incluye variables económicas, relacionadas con pobreza y endeudamiento. Al incorporar estos elementos, las asociaciones de la educación y de la condición de actividad dejan de ser estadísticamente significativas, mientras que el resto de las variables mantiene su influencia. No obstante, este resultado debe interpretarse con cautela, dado que la pobreza se encuentra correlacionada tanto con el nivel educativo como con la condición de actividad. En este sentido, al incorporar la pobreza al modelo, parte del efecto asociado a dichas variables podría quedar capturado por esta dimensión económica. De esta manera, no es posible concluir que la educación y la condición de actividad dejen de ser relevantes, sino que su asociación podría estar mediada o explicada parcialmente por la condición de pobreza.

Por su parte, encontrarse en situación de pobreza multidimensional o pobreza severa se asocia con una disminución de las chances de presentar salud mental alta de 32% y 28%, respectivamente, en comparación con quienes no se encuentran en situación de pobreza. Del mismo modo, tener pobreza subjetiva disminuye dichas chances en un 48% en comparación con alguien no pobre.

En relación con el endeudamiento, no presentar deudas o mantenerlas al día tiene una asociación positiva con la salud mental. En específico, tener deudas al día aumenta en un 57% las chances de presentar salud mental alta en comparación con quienes tienen deudas y no pueden pagarlas. Asimismo, quienes no poseen deudas tienen un 70% más de chances de tener una salud mental alta. Estas asociaciones, al igual que en los modelos anteriores, son estadísticamente significativas controlando por el resto de las variables. Cabe señalar, que la categoría de encontrarse en situación de pobreza por ingresos no presentó una asociación estadísticamente significativa.

El **cuarto modelo** incorpora variables asociadas a redes de apoyo, sin alterar las asociaciones previamente observadas. En este contexto, experimentar sensaciones de soledad se asocia con una disminución del 73% en las chances de presentar una salud mental alta, en comparación a quienes no se sienten solos(as).

En este mismo sentido, quienes participan en instancias de expresión política presentan un 24% menos de chances de una salud mental alta en comparación con quienes no participan. Esta asociación observada podría reflejar que ciertas formas de involucramiento político se relacionan con una mayor exposición a preocupación pública, conflicto o estrés. La literatura muestra que la política puede constituir una fuente de estrés crónico

para algunos grupos, aunque la relación entre participación cívica y bienestar es heterogénea y depende del tipo de participación, su intensidad y el contexto en que ocurre (Smith, 2022; Fenn et al., 2022).

Por el contrario, contar con redes sociales más amplias presenta una asociación positiva. Tener entre 2 y 4 amistades aumenta en un 22% las chances de tener salud mental alta, en comparación con quienes tienen una o ninguna amistad. Este porcentaje aumenta a 70% entre quienes declaran tener 5 o más amistades. A su vez, participar en organizaciones sociales aumenta las chances de tener una salud mental alta en un 24% en comparación con quienes no participan. Todas estas asociaciones son estadísticamente significativas al controlar por el resto de las variables.

El **quinto modelo** incorpora variables relacionadas con sintomatología depresiva y ansiosa. Al hacerlo, la discapacidad y la categoría de 60 a 74 años de edad dejan de presentar asociaciones estadísticamente significativas. No obstante, al igual que en el caso de la pobreza, este resultado debe observarse con cautela, ya que dichas variables pueden estar correlacionadas con la presencia de sintomatología. En este sentido, no es posible aseverar que la discapacidad y la edad dejen de ser relevantes para el estado de salud mental, sino que parte de su asociación podría estar siendo capturada por estos indicadores. Por otro lado, por primera vez el sexo muestra una asociación positiva y significativa: las mujeres presentan un 20% más de chances de tener una salud mental alta en comparación con los hombres. El resto de las variables mantiene asociaciones similares a las de los modelos previos.

En cuanto a la sintomatología, esta presenta una relación negativa con la salud mental alta. La presencia de síntomas depresivos disminuye las chances de tener una salud mental alta en un 59%, mientras que tener síntomas ansiosos la reduce en un 44%, en comparación con quienes no presentan dichos síntomas. Ambas asociaciones son estadísticamente significativas al controlar por el resto de las variables.

Finalmente, en el **sexto modelo** se incorpora una variable relacionada con la actividad física. Al realizar este ejercicio, el resto de las variables mantienen su asociación y significancia estadística, y se suma el efecto positivo de la actividad física. En específico, el realizar actividad física aumenta en un 21% las chances de presentar una salud mental alta en comparación con quienes no la practican. Esta asociación resulta estadísticamente significativa al controlar por el resto de las variables incorporadas en el modelo.

En síntesis, los resultados dan cuenta de que presentar una salud mental alta se asocia con factores de diversa naturaleza, incluyendo dimensiones demográficas, económicas, sociales y de salud. Entre los factores demográficos, ser mujer y residir en áreas rurales muestran una asociación positiva con la salud mental alta, mientras que características como la edad y el nivel educacional dejan de ser estadísticamente significativas al controlar por el conjunto de variables incluidas en el modelo. Nuevamente, la pérdida de significancia debe interpretarse con cautela, ya que podría explicarse por la correlación entre variables; por ello, no implica necesariamente que la edad y el nivel educacional no sean relevantes para el fenómeno estudiado. Por su parte, contar con mayor estabilidad financiera —ya sea no tener deudas o mantenerlas al día— también presenta una asociación positiva con la salud mental alta.

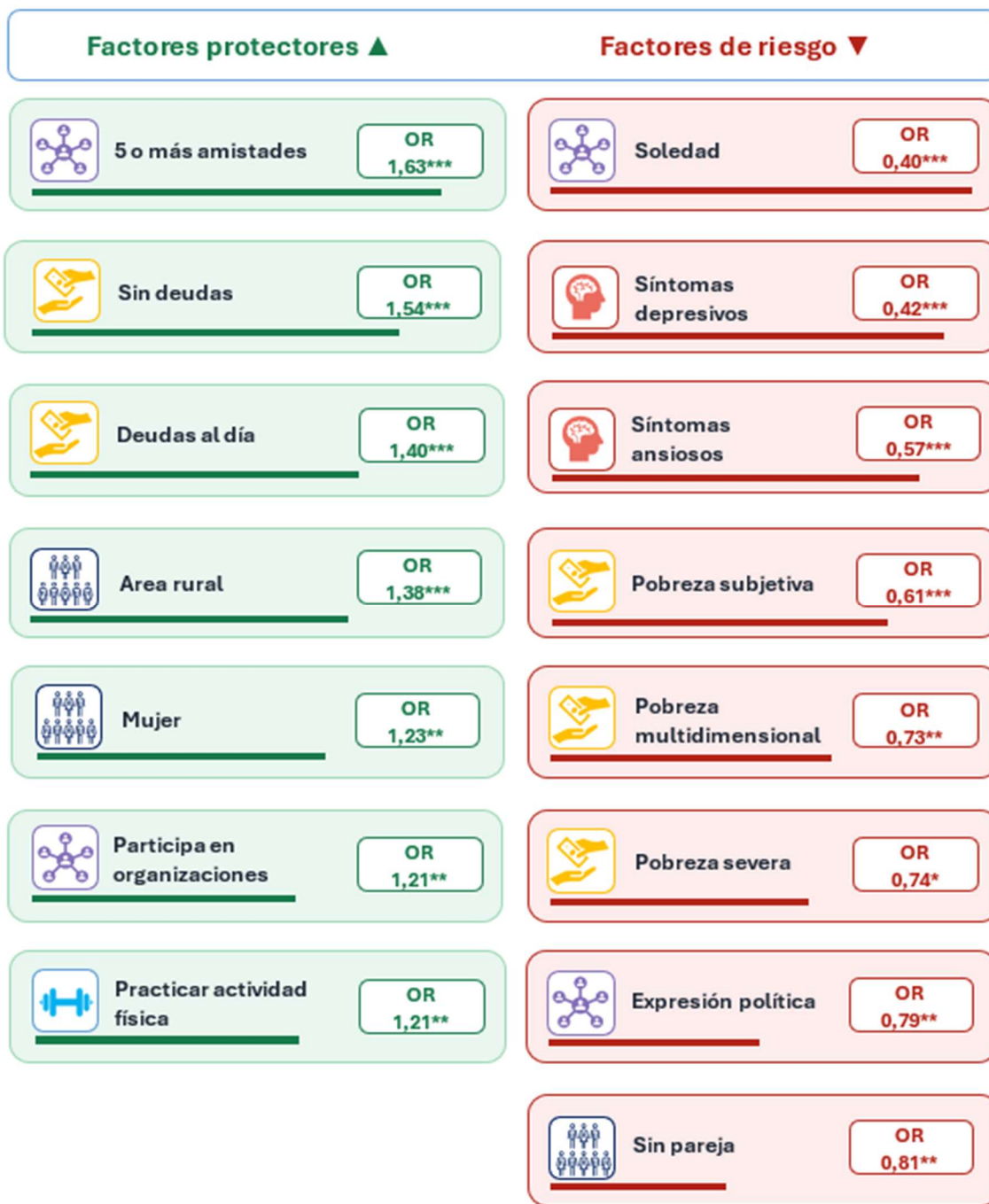
Además, los datos muestran que los vínculos sociales cumplen un rol fundamental en la salud mental alta. Disponer de amistades y participar en organizaciones sociales se asocia positivamente con este resultado, al favorecer el bienestar emocional, el sentido de pertenencia, la percepción de apoyo social y la capacidad de afrontamiento. Asimismo, las redes sociales amplias, significativas y activas fortalecen el capital social y contribuyen a una mejor calidad de vida. En contraste, su ausencia o limitación puede debilitar los recursos personales y comunitarios, vinculándose con menor satisfacción vital, baja confianza interpersonal, aislamiento y deterioro del bienestar psicológico y social (MDSF, 2025).

A su vez, la práctica regular de actividad física constituye un factor protector para la salud mental alta, ya que favorece el bienestar emocional, la regulación del estrés, la autoestima y la percepción de satisfacción con la vida. Asimismo, contribuye al desarrollo de hábitos saludables y a una mejor integración social, fortaleciendo recursos personales y relacionales asociados al bienestar psicológico y social.

Por el contrario, aspectos como la pobreza (objetiva y subjetiva), la ausencia de vínculos sociales y las sensaciones de soledad se asocian negativamente con la salud mental alta, al igual que ciertas expresiones de participación política. Como era esperable, la sintomatología depresiva y ansiosa también presenta una relación negativa con el estado de salud mental. Sin embargo, en conjunto, los hallazgos sugieren que la salud mental alta no se explica exclusivamente por su dimensión clínica, sino que se vincula a la presencia o ausencia de factores de diversa índole como condiciones sociales, económicas, relacionales y de hábitos de vida para comprender el fenómeno.



Figura 3. Factores protectores y de riesgo para estado de salud alta (Modelo completo)



Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta de Bienestar Social 2025.

Notas:

- La magnitud del efecto de los odds ratios (OR) puede expresarse como una variación porcentual en las chances aplicando la siguiente fórmula $(OR - 1) \times 100$. A partir de ello, para los $OR < 1$ presenta una asociación negativa donde un OR de 0,40, es el 60% menos de chances de tener una salud mental alta. Para $OR > 1$, la magnitud se presenta como asociación positiva, donde un OR de 1,50, es el 50% más de chances de tener salud mental alta. Finalmente, un $OR = 1$ expresa ausencia de variación.
- N = 12.909.
- *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

6. Conclusiones

La salud mental, desde el Modelo Dual Continuo, invita a transitar desde una mirada centrada exclusivamente en la enfermedad hacia una comprensión más integral del bienestar humano. La salud mental no se limita a la presencia o ausencia de un trastorno mental, sino que se configura como un continuo en el que las personas pueden experimentar distintos niveles de bienestar emocional, psicológico y social, coexistiendo con distintos grados de malestar o sintomatología.

En este marco, es posible que una persona no presente un diagnóstico de trastorno mental y, sin embargo, experimente bajos niveles de bienestar. Del mismo modo, una persona que presenta un trastorno mental o sintomatología asociada puede mantener recursos, vínculos y capacidades que sostengan niveles relevantes de bienestar. Esta distinción es fundamental para la política pública, porque permite comprender la salud mental no solo como un problema clínico que requiere tratamiento, sino también como una dimensión del bienestar que debe promoverse, protegerse y abordarse desde condiciones sociales más amplias.

Desde esta perspectiva, la salud mental se configura en la intersección de factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales que, a lo largo del curso de vida, pueden actuar como factores protectores o de riesgo. No se trata, por tanto, de una experiencia exclusivamente individual ni de una responsabilidad aislada, sino del resultado de trayectorias vitales situadas en contextos sociales concretos. En este sentido, la evidencia del estudio muestra que condiciones adversas como la pobreza, la desigualdad, la soledad o la precariedad relacional y material se asocian con menores niveles de bienestar mental y con mayores niveles de sintomatología.

El análisis realizado permite identificar factores asociados negativamente con la salud mental alta. Entre ellos destaca la soledad, entendida no solo como la ausencia de compañía, sino como debilitamiento de vínculos significativos y de pertenencia social. También adquieren relevancia la pobreza multidimensional, la pobreza severa y la pobreza subjetiva, que expresan privaciones materiales, sociales y percibidas que pueden afectar el bienestar mental. Asimismo, la presencia de sintomatología depresiva o ansiosa se asocia negativamente con la salud mental alta, lo que refuerza la importancia de considerar conjuntamente bienestar positivo y malestar psicológico.

En contraste, se identifican factores asociados positivamente con la salud mental alta. La estabilidad financiera —expresada en no mantener deudas o tenerlas al día— puede contribuir a reducir el estrés asociado a la incertidumbre económica. La actividad física aparece como una dimensión relevante vinculada al bienestar. Asimismo, contar con redes sociales más amplias y participar en organizaciones sociales se asocia positivamente con la salud mental alta, lo que releva la importancia de los vínculos, la integración social y el sentido de pertenencia.

Si bien el estudio permite avanzar en una caracterización integral de la salud mental mediante una adaptación del Modelo Dual Continuo, sus resultados deben interpretarse considerando algunas limitaciones. En particular, el instrumento MHC-SF fue adaptado a partir de variables disponibles en la EBS 2025, por lo que no corresponde a una aplicación literal del instrumento original. Asimismo, la sintomatología de depresión y/o ansiedad fue

medida mediante instrumentos de tamizaje y no mediante diagnóstico clínico. Finalmente, dado el carácter transversal del estudio, los resultados del análisis multivariado deben entenderse como asociaciones y no como relaciones causales.

Pese a estas limitaciones, el análisis aporta evidencia relevante para caracterizar la salud mental desde una perspectiva integral, considerando bienestar positivo, sintomatología y condiciones sociales asociadas.

Desde la perspectiva de política pública, el Modelo Dual Continuo permite superar un enfoque reactivo centrado únicamente en la atención del daño, para avanzar hacia una estrategia preventiva y promocional. Reconocer el bienestar mental como un objetivo en sí mismo implica que las políticas deben actuar simultáneamente sobre dos niveles: por una parte, reducir la exposición de la población a factores de riesgo; y, por otra, fortalecer los activos sociales, comunitarios y materiales que sostienen una buena salud mental. En otras palabras, promover salud mental no se limita a ampliar la oferta clínica, sino que requiere crear condiciones de vida más justas, seguras y cohesionadas.

Desde esta mirada, la acción pública debiera priorizar estrategias orientadas a disminuir la soledad y el aislamiento social, reducir la pobreza y la inseguridad económica, fortalecer los vínculos comunitarios y garantizar entornos cotidianos protectores. A su vez, resulta relevante impulsar políticas que promuevan la actividad física, la participación social y el desarrollo de habilidades socioemocionales a lo largo del curso de vida.

En síntesis, abordar la salud mental desde el Modelo Dual Continuo permite comprender que el bienestar y el sufrimiento no son dimensiones excluyentes, sino que pueden coexistir. Esta comprensión amplía el alcance de la política pública: no basta con reducir la prevalencia de trastornos mentales o sintomatología, sino que también es necesario crear condiciones que posibiliten una vida digna, con vínculos significativos, seguridad material y sentido de pertenencia.



7. Referencias

- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures: *Spine*, 25(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Cronbach, Lee J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika* 16 (3): 297–334.
- Fenn, N., Sacco, A., Monahan, K., Robbins, M., & Pearson-Merkowitz, S. (2022). Examining the relationship between civic engagement and mental health in young adults: A systematic review of the literature. *Journal of Youth Studies*, 27(4), 558–587. <https://doi.org/10.1080/13676261.2022.2156779>
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A Model of Equivalence in the Cultural Adaptation of HRQoL Instruments: The Universalist Approach. *Quality of Life Research*, 7(4), 323–335. <https://doi.org/10.1023/A:1024985930536>
- Ipsos (2025). Informe de Servicios de Salud. Comunicado de Prensa https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2025-10/ipsos%20-%20Informe%20de%20Servicios%20de%20Salud%202025_0.pdf
- Institute for Health Metrics and Evaluation de la Universidad de Washington (IHME) 2023. <https://ourworldindata.org/grapher/suicide-rate-for-15--to-49-year-olds>
- Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93–121. <https://doi.org/10.1002/mpr.168>
- Keyes, C. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly* 61 (2): 121–40.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. (2005), "Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 73/3, pp. 539–548, <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>.
- Keyes, C., Marié W., Michael T, y Shaughn van Rooy (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 15 (3): 181–92.
- Keyes, C. L. M. (2009). Brief description of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF). Emory University. <https://peplab.web.unc.edu/wp-content/uploads/sites/18901/2018/11/MHC-SFoverview.pdf>



- Lamers, Sanne M. A., Gerben J. Westerhof, Ernst T. Bohlmeijer, Peter M. ten Klooster, y Corey L. M. Keyes (2011). Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology* 67 (1): 99-110.
- Lasiello, M., J. van Agteren and E. Cochrane (2020), "Mental Health and/or Mental Illness: A Scoping Review of the Evidence and Implications of the Dual-Continua Model of Mental Health", Evidence Base, Vol. 2020/1, pp. 1-45. <https://doi.org/10.21307/eb-2020-001>.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2025). *Manual de trabajo de campo: Encuesta de Bienestar Social 2025*. Subsecretaría de Evaluación Social.
https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/bienestar-social/2025/EBS_Manual_2025.pdf
- Ministerio de Salud de Chile (2008). *Informe final: Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007*.
https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/04/Informe-final-carga_Enf_2007.pdf
- Ministerio de Salud (2022), Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030.
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
- Ministerio de Salud. Encuestas, Departamento de Epidemiología (EPI) (s. f.).
<https://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>
- OCDE (2021a), Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole of-society response. https://www.oecd.org/en/publications/tackling-the-mental-health-impact-of-the-covid-19-crisis-an-integrated-whole-of-society-response_0ccafa0b-en/full-report.html
- OCDE (2021b), A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>.
- OCDE (2023a), How to Make Societies Thrive? Coordinating Approaches to Promote Well-being and Mental Health, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/fc6b9844-en>.
- OCDE (2023b), Measuring Population Mental Health, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5171eef8-en>.
- OCDE (2025), OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being (2025 Update), OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9203632a-en>.
- Olsson, Ulf. (1979). Maximum Likelihood Estimation of the Polychoric Correlation Coefficient. *Psychometrika* 44 (4): 443-60.

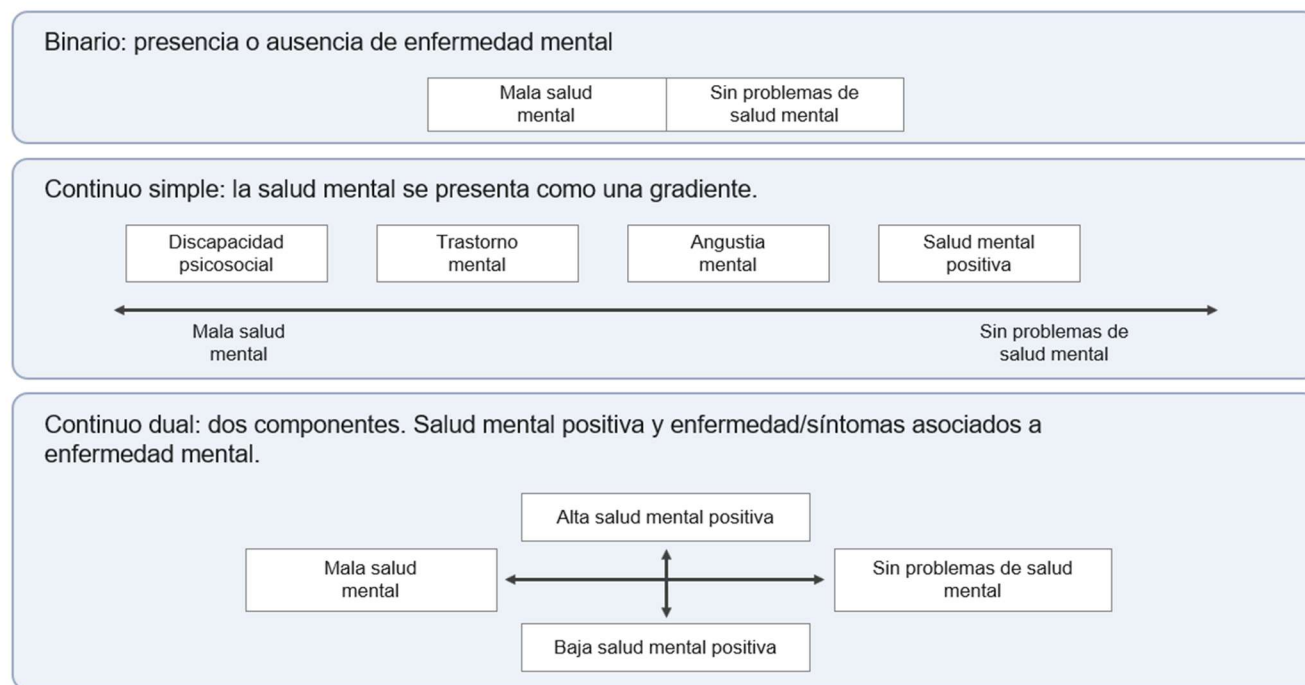


- Organización Mundial de la Salud. (2021). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud (2022). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Organización Mundial de la Salud (2024). Actividad física. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización Mundial de la Salud (2025). De la soledad a la conexión social: el camino hacia sociedades más saludables. <https://www.who.int/es/publications/m/item/from-loneliness-to-social-connection-summary/>
- Pichot P. (1986). Tercera edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised), publicado por la American Psychiatric Association en 1987. *Revista de neurología*, 142(5), 489-499.
- Smith, K. B. (2022). Politics is making us sick: The negative impact of political engagement on public health during the Trump administration. PLOS ONE, 17(1), e0262022. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262022>
- World Health Organization; 2025. World mental health today: latest data. Geneva. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/31714489-1345-4439-8b37-6cbdc52e15ca/content>



8. Anexos

Anexo 1: Evolución conceptual de la salud mental



Fuente: Elaboración del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, basada en Lasiello et al. (2020) & Keyes, C. (2005)

Anexo 2: Cuestionario Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF).

Responda las siguientes preguntas sobre cómo se ha sentido durante el último mes. Marque la casilla que mejor represente la frecuencia con la que ha experimentado o sentido lo siguiente:

Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se sintió...?	Nunca	Una vez o dos veces	Una vez a la semana	2 o 3 veces a la semana	Casi cada día	Cada día
Bienestar emocional						
1. Feliz						
2. Interesado en la vida						
3. Satisfecho con la vida						
Bienestar social						
4. Que tenías algo importante que aportar a la sociedad						
5. Que pertenecías a una comunidad (como un grupo social o tu vecindario)						
6. Que nuestra sociedad es un buen lugar, o se está convirtiendo en un lugar mejor, para todas las personas						
7. Que la gente es básicamente buena						
8. Que la forma en que funciona nuestra sociedad tiene sentido para ti						
Bienestar psicológico						
9. Que te gustaron la mayoría de las partes de tu personalidad						
10. Bueno para gestionar las responsabilidades de su vida diaria.						
11. Que tenías relaciones cálidas y de confianza con los demás						
12. Que tuviste experiencias que te desafiaron a crecer y convertirte en una mejor persona						
13. Confianza para pensar o expresar sus propias ideas y opiniones						
14. Que tu vida tenga un sentido de dirección o significado						

Nota: Traducción referencial al español de los ítems originales del Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) de Keyes (2009).



Anexo 3: Procedimiento de homologación de MHC-SF en EBS

El proceso de homologación del MHC-SF se realizó en cuatro pasos: **1) selección de preguntas equivalentes, 2) Recategorización de variables, 3) Construcción de estados de salud mental y 4) Validación metodológica.**

Paso 1: Selección de preguntas equivalentes

Dado que el cuestionario de la EBS 2025 no incluye directamente los ítems originales del MHC-SF, se realizó una aproximación al instrumento mediante la selección de variables disponibles en la encuesta que pudieran resultar conceptualmente equivalentes.

Respecto del proceso de homologación, la literatura señala, desde una aproximación transcultural, que la adaptación de instrumentos de una cultura a otra no requiere necesariamente que éstos sean idénticos. Una adecuada adaptación implica que los conceptos que se pretenden medir existan y sean interpretados de manera similar en ambas culturas (Beaton et al., 2000; Herdman et al., 1998). De esta manera, se reconoce que los ítems usados en los instrumentos deben ser adaptados para mantener la validez de contenido en distintos contextos culturales. Para ello, existen lineamientos relevantes para realizar el proceso de adaptación de instrumentos aplicados a constructos multidimensionales, donde el objetivo es maximizar diversos tipos de equivalencia entre instrumentos, los cuales resultan complementarias (Beaton et al., 2000; Herdman et al., 1998):

- **Equivalencia conceptual**, consiste en verificar cuales dominios del constructo son relevantes en la cultura de “destino” y las relaciones existentes entre ellos.
- **Equivalencia de ítems**, implica examinar críticamente los ítems asociados a cada dominio, considerando que la relevancia de ellos puede variar entre culturas.
- **Equivalencia semántica**, busca asegurar que las traducciones o adaptaciones realizadas den como resultado ítems semánticamente equivalentes.
- **Equivalencia operacional**, consiste en verificar que los métodos utilizados en la medición sean apropiados para la cultura de destino, y
- **Equivalencia de medición**, se centra en evaluar el resultado de la adaptación en términos del comportamiento psicométrico del instrumento construido.

A continuación, se presentan las distintas adaptaciones realizadas y su justificación.

a) Bienestar emocional

Considerando las características de las preguntas originales, se adoptaron las siguientes decisiones.

Tabla 7. Dimensión Bienestar emocional: equivalencias y justificación

Pregunta original	Equivalente en EBS	Justificación
Con qué frecuencia se ha sentido el último mes: Feliz	Se decide no incorporar en el modelo	No se encontró una pregunta que pudiera considerarse equivalente, por lo cual se decide no incorporar en el modelo.



Pregunta original	Equivalente en EBS	Justificación
		A pesar de que en el instrumento se encuentra la pregunta: <i>¿Cuán feliz se sintió ayer?</i> , se consideró que los horizontes temporales disímiles (último mes v/s ayer) dificultan una comparación adecuada. Esto, en tanto la pregunta original busca capturar una sensación de felicidad que es frecuente en un periodo relativamente extenso, mientras que la pregunta de EBS puede reflejar un estado emocional circunstancial al corresponder a un horizonte temporal más cercano.
Con qué frecuencia se ha sentido el último mes: Interesado en la vida	Se decide no incorporar en el modelo	No se encontró una pregunta que pudiera considerarse equivalente, por lo cual se decide no incorporar en el modelo.
Con qué frecuencia se ha sentido el último mes: Satisfecho con la vida	Considerando todas las cosas, ¿qué tan satisfecho(a) o insatisfecho(a) se encuentra actualmente con su vida? Categorías "Totalmente insatisfecho(a)", "Insatisfecho(a)", "Indiferente", "Satisfecho(a)" y "Totalmente satisfecho(a)".	Se decide utilizar la pregunta bajo el parámetro de equivalencia de ítem, al considerarse que ambos poseen el mismo propósito basal, que consiste en realizar una evaluación general sobre la satisfacción con la vida comprendiendo todos sus aspectos. Con dicha condición, es que se pueden utilizar como equivalentes ítems que no necesariamente tienen una traducción literal (Herdman et al., 1998).

b) Bienestar social

Considerando las características de las preguntas originales, se adoptaron las siguientes decisiones.

Tabla 8. Dimensión Bienestar social: equivalencias y justificación

Pregunta original	Equivalente en EBS	Justificación
Con qué frecuencia se ha sentido el último mes: Que tenías algo importante que aportar a la sociedad	Se decide no incorporar en el modelo	No se encontró una pregunta que pudiera considerarse equivalente, por lo cual se decide no incorporar en el modelo.
Con qué frecuencia se ha sentido el último mes: Que pertenecías a una comunidad (como un grupo social o tu vecindario)	Se decide no incorporar en el modelo	No se encontró una pregunta que pudiera considerarse equivalente, por lo cual se decide no incorporar en el modelo.
Con qué frecuencia se ha sentido el último mes: Que nuestra sociedad es un buen lugar, o se está convirtiendo en un lugar mejor para todas las personas	¿Cuán satisfecho(a) o insatisfecho(a) está usted con? - La situación medioambiental de su comuna o localidad - La seguridad de su comuna o localidad Categorías "Totalmente insatisfecho(a)", "Insatisfecho(a)", "Indiferente", "Satisfecho(a)" y "Totalmente satisfecho(a)".	Como un proxy de crecimiento social, se construyó un indicador sintético a partir de preguntas relacionadas con la satisfacción respecto de la situación medioambiental y la seguridad del entorno cercano de la persona. Utilizando el lineamiento de equivalencia conceptual (Herdman et al., 1998) se considera que estos elementos se relacionan conceptualmente entre sí, en tanto la satisfacción con dimensiones que trascienden el ámbito estrictamente personal –como el medioambiente y la seguridad– podría reflejar una percepción más amplia sobre la sociedad en su conjunto.
Con qué frecuencia se ha sentido el último mes: Que la gente es básicamente buena	En general, ¿cuánto confía en las personas? Categorías: "Nada", "Poca", "Algo", "Bastante" y "Mucho".	Se utilizó la pregunta bajo el parámetro de equivalencia de ítem, al considerarse que ambos ítems poseen el mismo propósito basal, que consiste en realizar una evaluación general sobre la satisfacción con la vida comprendiendo todos sus aspectos. Con dicha condición, se pueden utilizar como equivalentes ítems que no necesariamente tienen una traducción literal (Herdman et al., 1998).
Con qué frecuencia se ha sentido el último mes: Que la forma en que funciona nuestra sociedad tiene sentido para ti	¿Cuánta confianza tiene? - En Carabineros - En el Gobierno - En el Congreso	Como un proxy de aceptación social, entendido como una actitud positiva hacia los demás, se construyó un indicador sintético a partir de una batería de preguntas asociada a la confianza social. Tomando como base la equivalencia conceptual (Herdman et al., 1998) se consideró que

	▪ En bomberos ▪ En los municipios ▪ En los sindicatos ▪ En el poder judicial Categorías: "Nada", "Poca", "Algo", "Bastante" y "Mucha".	un alto nivel de confianza social se relaciona conceptualmente con la aceptación social. De esta manera, se asume que confiar en grupos o instituciones se vincularía con tener una actitud positiva hacia los otros.
--	---	---

c) Bienestar psicológico

Considerando las características de las preguntas originales, se adoptaron las siguientes decisiones.

Tabla 9. Dimensión Bienestar psicológico: equivalencias y justificación

Pregunta original	Equivalente en EBS	Justificación
Con qué frecuencia se ha sentido el último mes: Que te gustaron la mayoría de las partes de tu personalidad	▪ ¿Cuán feliz se sintió ayer? ▪ Y ¿Cuán tranquilo(a) se sintió ayer? ▪ Y ¿Cuán enojado(a) se sintió ayer? ▪ Y ¿Cuán triste(a) se sintió ayer? Categorías: "Nada", "Poco", "Algo", "Bastante" y "Muy".	Se consideraron como equivalentes conceptuales (Herdman et al., 1998) en tanto el sentirse a gusto con la mayoría de las partes de la personalidad podría relacionarse al indicador de balance afectivo en EBS. Esto refleja la experimentación de estados de ánimo positivos que son personales. Así, personas con un balance afectivo positivo probablemente estarán a gusto con su personalidad y capacidad de enfrentar ciertas situaciones.
Con qué frecuencia se ha sentido el último mes: Bueno para gestionar las responsabilidades de su vida diaria	En general, ¿qué tan satisfecho(a) o insatisfecho(a) está con la cantidad de tiempo que tiene para hacer las cosas que le gustan? Categorías "Totalmente insatisfecho(a)", "Insatisfecho(a)", "Indiferente", "Satisfecho(a)" y "Totalmente satisfecho(a)".	Se decidió considerar como equivalente conceptual (Herdman et al., 1998) la pregunta relacionada con la satisfacción respecto de la cantidad de tiempo libre, entendiendo que esta podría reflejar una gestión adecuada de responsabilidades cotidianas, permitiendo disponer de tiempo para realizar actividades de interés personal.
Con qué frecuencia se ha sentido el último mes: Que tenías relaciones cálidas y de confianza con los demás	En general, ¿qué tan satisfecho(a) o insatisfecho(a) está con sus relaciones personales con familiares, amistades y otras personas que conoce? Categorías "Totalmente insatisfecho(a)", "Insatisfecho(a)", "Indiferente", "Satisfecho(a)" y "Totalmente satisfecho(a)".	Con base en el lineamiento de equivalencia de ítem (Herdman et al., 1998) la pregunta se consideró homologable, en tanto la satisfacción con las relaciones sociales en general puede interpretarse como expresión de una percepción positiva de dichas relaciones.
Con qué frecuencia se ha sentido el último mes: Que tuviste experiencias que te desafiaron a crecer y convertirte en una mejor persona	Se decide no incorporar en el modelo	No se encontró una pregunta que pudiera considerarse equivalente, por lo cual se decide no incorporar en el modelo.
Con qué frecuencia se ha sentido el último mes: Confianza para pensar o expresar sus propias ideas y opiniones	Se decide no incorporar en el modelo	No se encontró una pregunta que pudiera considerarse equivalente, por lo cual se decide no incorporar en el modelo.
Con qué frecuencia se ha sentido el último mes: Que tu vida tenga un sentido de dirección o significado	En general, siento que lo que hago en la vida vale la pena. Categorías "Muy en desacuerdo", "En desacuerdo", "Ni de acuerdo ni en	Con base en el concepto de equivalencia de ítem (Herdman et al., 1998) se consideraron como homologables ambos enunciados, en la medida en que la percepción sobre que lo que se hace en la

	desacuerdo", "De acuerdo" y "Muy de acuerdo".	vida vale la pena se relaciona directamente con la sensación de que la vida tiene significado o propósito.
--	---	--

Paso 2: Recategorización de variables

Una vez definidas las variables de la EBS 2025 asociadas a cada dimensión del MHC-SF, se procedió a su recategorización con el fin de construir indicadores comparables entre sí y coherentes con el instrumento original. Para ello, las respuestas fueron transformadas en variables dicotómicas, distinguiendo entre categorías positivas y no positivas, según el sentido conceptual de cada indicador.

Las respuestas que expresan satisfacción, valoración favorable, confianza, sentido de propósito o evaluación positiva fueron codificadas con valor 1, mientras que las restantes respuestas válidas fueron codificadas con valor 0. Las categorías "No sabe" y "No responde" fueron tratadas como valores perdidos. La Tabla 10 presenta la recategorización aplicada a cada una de las variables.

Tabla 10. Recategorizaciones realizadas a modelo MHC-SF adaptado

Dimensión	Pregunta	Categorías originales	Recodificación
Bienestar emocional	Considerando todas las cosas, ¿qué tan satisfecho(a) o insatisfecho(a) se encuentra actualmente con su vida?	- Totalmente insatisfecho(a) - Insatisfecho(a) - Indiferente - Satisfecho(a) - Totalmente satisfecho(a)	No positivo: Categorías "Totalmente insatisfecho(a)", "Insatisfecho(a)" e "Indiferente"
			Positivo: Categorías "Totalmente satisfecho(a)" y "Satisfecho(a)"
Bienestar social	Indicador sintético a partir de las siguientes preguntas: ¿Cuán satisfecho(a) o insatisfecho(a) está usted con? ▪ La situación medioambiental de su comuna o localidad ▪ La seguridad de su comuna o localidad	- Totalmente insatisfecho(a) - Insatisfecho(a) - Indiferente - Satisfecho(a) - Totalmente satisfecho(a) Cada pregunta recodifica en 0 las categorías "Totalmente insatisfecho(a)", "Insatisfecho(a)" e "Indiferente", y con valor 1 "Totalmente satisfecho(a)" y "Satisfecho(a)". Posteriormente, se realiza la suma de dichas variables.	No positivo: Valor 0 en la suma de variables recodificadas
			Positivo: Valor 1 y 2 en la suma de variables recodificadas
		En general, ¿cuánto confía en las personas?	- Nada - Poco - Algo - Bastante - Mucho
			Positivo: Categorías "Bastante" y "Mucho"



Dimensión	Pregunta	Categorías originales	Recodificación
	Indicador sintético a partir de: ¿Cuánta confianza tiene? ▪ En Carabineros ▪ En el Gobierno ▪ En el Congreso ▪ En bomberos ▪ En los municipios ▪ En los sindicatos ▪ En el poder judicial	- Nada - Poca - Algo - Bastante - Mucha Cada variable recodificó en 0 las categorías "Nada", "Poco" y "Algo", y con valor 1 las categorías "Bastante" y "Mucha". Posteriormente, se realiza una suma de las variables.	No positivo: Valores de 0 a 3 en suma de las variables
			Positivo: Valores de 4 o más en suma de las variables
Bienestar psicológico	Indicador sintético de "Balance afectivo" a partir de las siguientes preguntas: ▪ ¿Cuán feliz se sintió ayer? ▪ Y ¿Cuán tranquilo(a) se sintió ayer? ▪ Y ¿Cuán enojado(a) se sintió ayer? ▪ Y ¿Cuán triste(a) se sintió ayer?	- Nada - Poco - Algo - Bastante - Muy Las variables asociadas a sentirse feliz y tranquilo se recodifican como: Nada= 0, Poco= 1, Algo= 2, Bastante= 3, Muy= 4. Por su parte, las variables asociadas sentirse enojado y triste se recodifican como: Nada= 0, Poco= -1, Algo= -2, Bastante= -3, Muy= -4. Posteriormente, se suman las cuatro variables	No positivo: Valores de -8 a 0 en suma de las variables
			Positivo: Valores de 1 o 8 en suma de las variables
	En general, ¿qué tan satisfecho(a) o insatisfecho(a) está con la cantidad de tiempo que tiene para hacer las cosas que le gustan?	- Totalmente insatisfecho(a) - Insatisfecho(a) - Indiferente - Satisfecho(a) - Totalmente satisfecho(a)	No positivo: Categorías "Totalmente insatisfecho(a)", "Insatisfecho(a)" e "Indiferente"
			Positivo: Categorías "Totalmente satisfecho(a)" y "Satisfecho(a)"
	En general, ¿qué tan satisfecho(a) o insatisfecho(a) está con sus relaciones personales con familiares, amistades y otras personas que conoce?	- Totalmente insatisfecho(a) - Insatisfecho(a) - Indiferente - Satisfecho(a) - Totalmente satisfecho(a)	No positivo: Categorías "Totalmente insatisfecho(a)", "Insatisfecho(a)" e "Indiferente"
			Positivo: Categorías "Totalmente satisfecho(a)" y "Satisfecho(a)"

Dimensión	Pregunta	Categorías originales	Recodificación
	En qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación. En general, siento que lo que hago en la vida vale la pena.	- Muy en desacuerdo - En desacuerdo - Ni de acuerdo ni en desacuerdo - De acuerdo - Muy de acuerdo	No positivo: Categorías "Muy en desacuerdo", "En desacuerdo" y "Ni de acuerdo ni en desacuerdo" Positivo: Categorías "Muy de acuerdo" y "De acuerdo"

Fuente: Elaboración del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta Bienestar Social 2025.

Paso 3: Construcción de estados de salud mental

Luego de la recategorización de las variables homologadas al MHC-SF, se construyeron los puntajes necesarios para clasificar a la población según su salud mental.

La categorización de los tres estados de salud mental considera dos componentes: el **bienestar emocional** (BE) y el **funcionamiento positivo** (FP). El bienestar emocional actúa como condición inicial para identificar niveles altos o bajos de salud mental, según presente valores positivos o no positivo. Respecto al funcionamiento positivo, se estima a partir de la sumatoria de los puntajes correspondientes a las dimensiones de bienestar social y bienestar psicológico, con un rango posible de 0 a 7.

En relación con el umbral de corte asociado a la etapa de funcionamiento positivo, se establece en un valor igual o mayor a 4 ítems positivos de un total de 7, lo que representa aproximadamente el 57%. Este criterio mantiene una proporción similar a la propuesta original de Keyes, cuyo punto de corte se sitúa en 6 de los 11 ítems de funcionamiento positivo, equivalentes aproximadamente al 55%. Finalmente, la interacción entre ambos componentes permite clasificar a la población en tres niveles de salud mental: **salud mental alta, salud mental moderada y salud mental baja**.

En resumen, regla de clasificación utilizada es la siguiente⁶:

$$MHC = \begin{cases} \text{Salud mental alta} & \text{si } BE = 1 \text{ y } FP \geq 4 \\ \text{Salud mental baja} & \text{si } BE = 0 \text{ y } FP \geq 4 \\ \text{Salud mental moderada}^7 & \text{si } FP < 4 \end{cases}$$

⁶ Esta clasificación corresponde a una adaptación operacional del MHC-SF a partir de las variables disponibles en la EBS 2025, por lo que los estados de salud mental deben interpretarse como categorías construidas para este estudio

⁷ En la clasificación del estado moderado de salud mental, los casos con bajo puntaje en funcionamiento positivo se clasificaron como moderados siempre que contaran con información suficiente. Cuando el puntaje fue 2, se aceptó hasta un componente faltante; cuando el puntaje fue 3, se exigió información completa. Los casos que no cumplieron estos criterios fueron tratados como observaciones perdidas en la variable MHC-SF.

Paso 4: Validación metodológica

Una vez recategorizadas las variables y contruidos los dos componentes necesarios para la medición de salud mental positiva, se evaluó la consistencia interna de los indicadores utilizados. Esta etapa tuvo como objetivo examinar el grado de coherencia entre las variables recategorizadas que componen las dimensiones de bienestar psicológico y social, utilizadas para estimar el funcionamiento positivo.

Siguiendo los criterios de equivalencia para la adaptación u homologación de instrumentos, resulta pertinente evaluar el comportamiento psicométrico de los indicadores adaptados, particularmente en lo referido a la equivalencia de medición (Beaton et al., 2000; Herdman et al., 1998). Con este propósito, se realizó un análisis de consistencia interna de las dimensiones contruidas para la medición del bienestar mental. Dado que los indicadores fueron recodificados como variables dicotómicas, la evaluación se basó en correlaciones tetracóricas, las cuales asumen la existencia de una variable latente continua subyacente con distribución normal bivariada (Olsson, 1979).

A partir de esta matriz de correlaciones, se estimaron indicadores de consistencia interna para evaluar la confiabilidad de las dimensiones contruidas. En particular, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach, el cual permite determinar en qué medida los ítems que componen una dimensión presentan una relación interna coherente entre sí (Cronbach, 1951), aportando evidencia sobre la consistencia interna de las dimensiones derivadas de la adaptación del MHC-SF en el marco del Modelo Dual Continuo de Salud Mental (**Tabla 11**). No se estimó un coeficiente alfa específico para la dimensión del bienestar emocional, dado que esta dimensión se encuentra representada por un único ítem, lo que impide evaluar su consistencia interna de manera independiente.

Tabla 11. Consistencia interna de las dimensiones de MHC

Dimensión	α tetracórico
Instrumento completo (Bienestar emocional + Funcionamiento positivo)	0,744
Funcionamiento positivo (Bienestar social + Bienestar psicológico)	0,685
Bienestar social	0,501
Bienestar psicológico	0,690

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con base en Encuesta de Bienestar Social 2025.

Los valores de alfa obtenidos son consistentes con los reportados en estudios internacionales de adaptación del MHC-SF, cuyos coeficientes para el instrumento completo oscilan entre 0,70 y 0,89 (Keyes et al. 2008; Lamers et al. 2011). Por otro lado, la mayor heterogeneidad observada en la subescala de bienestar social puede reflejar la diversidad conceptual inherente del constructo, más que constituir necesariamente una limitación del instrumento (Keyes 1998).



Anexo 4: Consideraciones del análisis multivariado: modelos de regresión logística anidados

Para ello, se estimó un modelo de **regresión logística quasibinomial**, el cual permite relajar el supuesto de equidispersión de la distribución binomial mediante la estimación de un parámetro de dispersión a partir de los datos (McCullagh y Nelder, 1989)⁸. En este modelo, la variable dependiente corresponde al estado de salud mental alta (**1 = salud mental alta; 0 = resto de la población**), variable binaria construida a partir de la operacionalización de salud mental definida por el modelo MHC adaptado (ver Anexo 3: Procedimiento de homologación de MHC-SF en EBS).

La relación entre la probabilidad de presentar salud mental alta y el conjunto de covariables se expresa mediante la siguiente función logit:

$$\log\left(\frac{P(\text{Salud mental alta} = 1)}{1 - P(\text{Salud mental alta} = 1)}\right) = \beta_0 + \sum_{k=1}^K \beta_k X_k$$

Donde $P(\text{Salud mental alta} = 1)$ representa la probabilidad de presentar una salud mental alta; β_0 corresponde al intercepto; β_k son los coeficientes asociados a cada predictor, cuya exponencial corresponde al odds ratio (OR); X_k representa las variables independientes incluidas en el modelo y K el número total de predictores considerados.

Los resultados se presentan en términos de odds ratios (OR), junto con sus niveles de significancia estadística obtenidos mediante el método de Wald⁹.

Para evaluar el ajuste y la capacidad explicativa del modelo se utilizaron tres indicadores. En primer lugar, la devianza, que cuantifica el grado de ajuste del modelo, de manera que los valores más bajos indican mejor ajuste (McCullagh y Nelder, 1989). En segundo lugar, se utilizó el Pseudo-R² de Nagelkerke (1991), que expresa la proporción de varianza explicada en términos relativos alcanzando valores entre 0 y 1. Por último, se presenta el coeficiente de discriminación de Tjur (2009), que mide la diferencia entre la probabilidad promedio predicha para los casos clasificados con valor 1 y aquella correspondiente a los casos con valor 0, donde valores más elevados indican una mejor capacidad de discriminación del modelo.

⁸ Es apropiado en datos provenientes de encuestas de hogares por conglomerados, donde la correlación intraclúster puede inflar la varianza de las respuestas más allá de lo esperado bajo el supuesto binomial estricto (Lumley 2010).

⁹ Considerando el diseño muestral complejo.



Anexo 5: Modelo de regresión logística anidada

Variable	Categoría	Demográfico	Laboral	Económico	Redes de apoyo	Síntomas de depresión y/o ansiedad	Hábitos de salud
		OR	OR	OR	OR	OR	OR
Intercepto		4.62 ***	3.14 ***	1.64 *	1.35	1.86 **	1.80 **
Sexo (Ref: Hombre)	Mujer	0.98	0.97	1.06	1.10	1.20 **	1.23 **
Tramo etario (Ref: 75 años o más)	18 a 29 años	0.48 ***	0.51 ***	0.59 ***	0.62 **	0.67 *	0.64 **
	30 a 44 años	0.39 ***	0.41 ***	0.57 ***	0.63 **	0.63 **	0.62 **
	45 a 59 años	0.45 ***	0.48 ***	0.62 ***	0.68 **	0.66 **	0.65 **
	60 a 74 años	0.63 ***	0.65 ***	0.75 *	0.80	0.79	0.78
Escolaridad* (Ref: Hasta básica completa)	Superior completa	1.30 **	1.30 **	1.03	0.99	0.97	0.95
	Media completa	1.11	1.12	0.99	0.98	0.94	0.94
Estado civil (Ref: Con pareja)	Sin pareja	0.76 ***	0.77 ***	0.77 ***	0.83 **	0.82 **	0.81 **
Área (Ref: Urbano)	Rural	1.46 ***	1.46 ***	1.43 ***	1.39 ***	1.37 ***	1.38 ***
Discapacidad (Ref: No)	Sí	0.58 ***	0.58 ***	0.66 ***	0.72 **	0.84	0.85
Condición de actividad (Ref: Desocupado)	Ocupado		1.40 **	1.16	1.06	1.03	1.05
	Fuera de la fuerza de trabajo		1.49 **	1.25	1.16	1.12	1.13
Tipo de pobreza (Ref: No pobre)	Pobreza por ingresos			0.96	0.95	0.95	0.95
	Pobreza multidimensional			0.68 ***	0.71 ***	0.72 **	0.73 **
	Pobreza severa			0.72 *	0.75 *	0.74 *	0.74 *
Pobreza subjetiva (Ref: No pobre)	Pobreza subjetiva			0.52 ***	0.57 ***	0.60 ***	0.61 ***
Endeudamiento (Ref: Morosidad)	Al día			1.57 ***	1.48 ***	1.41 ***	1.40 ***
	Sin deudas			1.70 ***	1.63 ***	1.54 ***	1.54 ***
Soledad (Ref: No)	Soledad				0.27 ***	0.40 ***	0.40 ***
Amistades (Ref: Al menos una amistad)	2 a 4 amistades				1.22 *	1.19	1.18
	5 o más amistades				1.70 ***	1.66 ***	1.63 ***
Expresión política (Ref: No)	Participa				0.76 **	0.79 **	0.79 **
Participa en organizaciones (Ref: No)	Participa				1.24 ***	1.24 ***	1.21 **
PHQ-2 (Ref: Sin síntomas)	Síntomas depresivos					0.41 ***	0.42 ***
GAD-2 (Ref: Sin síntomas)	Síntomas ansiosos					0.56 ***	0.57 ***
Actividad física (Ref: No)	Sí						1.21 **

Nota: N = 12.909. *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05.

*La categoría "Hasta básica completa" abarca las opciones "Sin educación formal", "Básica incompleta", "Básica completa" y "Media incompleta". Mientras que "Media completa" abarca "Media completa" y "Superior incompleta".

