

Educación, expectativas y salud: relación virtuosa dirigida a adolescentes en situación de vulnerabilidad

Ximena Barros Rubio (xdbarros@gmail.com) | Asistente Social. Dra. © en Salud Pública.

.....

RESUMEN⁶

La salud biopsicosocial comprende que los estados de salud y enfermedad se encuentran determinados por factores biológicos, psicológicos y sociales. Durante la adolescencia, la salud biopsicosocial atraviesa períodos críticos, cuya resolución repercutirá en la vida del futuro adulto. La resolución de estos conflictos se relaciona con las decisiones que toman los adolescentes, basados en sus expectativas y proyectos de vidas. Sobre ambos, el ambiente educacional puede tener fuerte influencia, ya que favorece la formación del sí mismo y la entrega de contenidos. El objetivo de este artículo es presentar la relación virtuosa entre educación y salud biopsicosocial que beneficiaría a adolescentes en situación de vulnerabilidad, mediante la modelación de sus expectativas y proyectos de vida. Para ello, se realizó una revisión de literatura para apoyar el presente ensayo bibliográfico que presenta un breve panorama de la salud biopsicosocial de los adolescentes en Chile para luego presentar el sustento teórico que muestra cómo la educación influye en las expectativas y proyectos de vida de los adolescentes y, así, en la salud biopsicosocial de los mismos.

PALABRAS CLAVE

Salud biopsicosocial, educación, adolescencia, expectativas, proyectos de vida.

⁶ Estas reflexiones teóricas se encuentran enmarcadas en el estudio encargado por el PAIEP de la Universidad de Santiago de Chile, cuyo objetivo era explorar si la presencia del Programa de Acceso Efectivo a la Educación (PACE) de la mencionada Universidad, en ciertos establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad (IVE) estaba asociado a un determinado nivel de salud biopsicosocial de los estudiantes expuestos a éste. Este estudio fue desarrollado durante el año 2017 y dentro de los hallazgos se encontraron diferencias en ámbitos de convivencia escolar y conductas sexuales, específicamente, embarazo adolescente. Cabe señalar que los resultados de este estudio son exploratorios y no han mediado aún estudios de asociación o causalidad que permitan explicar las diferencias encontradas.

INTRODUCCIÓN

La emergencia del concepto de salud biopsicosocial tiene su origen en la necesidad de introducir una forma más amplia de comprender los estados de salud y enfermedad. Es decir, dichos estados no solo están determinados por factores biológicos del cuerpo humano, sino que también, en los procesos de interacción del sujeto con su entorno como factores sociales (determinantes sociales de la salud) y psicológicos que entran en intercomunicación e intercambio de información con el entorno (Havelka, Lucanin, & Lucanin, 2009). Durante la adolescencia, estos procesos de salud biopsicosociales experimentan tensiones propias del ciclo vital. La resolución de aquellas tensiones puede tener desenlace constructivo o destructivo para el adulto futuro (Kirkpatrick, Crosnoe, & Elder, 2011), por lo que el rol que ejercen las expectativas y proyectos de vida de los adolescentes es fundamental. Ello facilita que el curso de decisiones que tomen, posteriormente, construya a un adulto integral con alto sentido de bienestar.

En esa línea, el espacio educativo ofrece una fuente importante de influencia en el sentido y dirección de las decisiones y proyectos de vida de los adolescentes. En base al rol que ejerce la educación sobre el modelamiento de expectativas y proyectos de vida, así como también en la provisión de información e intercambio de experiencias, se hace necesario reflexionar en torno al horizonte de posibilidades que tiene la educación sobre la salud biopsicosocial de adolescentes, sobre todo, los más vulnerables de nuestro país. A partir de la revisión de bibliografía se realiza una breve reseña del panorama de salud biopsicosocial de los

adolescentes en Chile, para luego desarrollar el sustento teórico que sostiene la relación virtuosa entre educación y salud biopsicosocial, mediante el modelamiento de expectativas y proyectos de vida.

Salud biopsicosocial de adolescentes chilenos y los determinantes para la población adolescente en situación de vulnerabilidad

La salud vista desde un modelo biopsicosocial comprende que los estados de salud y enfermedad, junto con ser generados por procesos y factores biológicos, también se ven determinados por dimensiones psicológicas (emociones, pensamientos y comportamientos) y dimensiones sociales (contextos socioeconómicos, socio-ambientales, familiares y culturales) (Engel, 1977; Havelka et al., 2009). En esta etapa, la salud biopsicosocial atraviesa por un período crítico de definiciones hacia la adultez, producto de la interacción entre el desarrollo alcanzado en etapas anteriores, la incidencia de factores biológicos propios como el desarrollo puberal, la transición hormonal, el desarrollo cognitivo y la influencia de determinantes sociales, contextuales y culturales (Breinbauer & Maddaleno, 2005; Gaete, 2015). La resolución de las tensiones propias de esta etapa definirían al adulto futuro, si se considera que, desde el punto de vista de la teoría del curso de vida (Kuh, Ben-Shlomo, Lynch, Hallqvist, & Power, 2003), todos los factores biológicos y sociales desarrollados y recibidos a lo largo de la vida, de manera independiente, acumulativa e interactiva influenciarán los estados de salud y enfermedad en la vida adulta. De ese modo, es clave que las tensiones que experimenta la

salud biopsicosocial de los adolescentes (ya sea por factores sociales, psicológicos y biológicos) en etapas tempranas de su desarrollo, puedan verse resultas de manera beneficiosa para ellos, con el fin de garantizar una adultez saludable.

Tal como se ha hecho mención, los factores sociales, conocidos como determinantes sociales de la salud, señalan que las condiciones en las que las personas viven y trabajan tienen fuerte influencia en su salud y longevidad. Condiciones pobres dirigen a una peor salud; ambientes materiales poco saludables, así como también conductas poco saludables, tienen directa relación con efectos dañinos. También, las preocupaciones, inseguridades, el estrés de la vida diaria y la falta de red de apoyo también influyen y traen consigo efectos nocivos (World Health Organization (WHO), 1998) en la salud de los y las adolescentes. Entonces, para conocer el panorama social que influye la salud biopsicosocial de los adolescentes chilenos, a continuación, se realiza una sucinta presentación.

PANORAMA DE LA SALUD BIOPSICOSOCIAL DE LOS/AS ADOLESCENTES EN CHILE

Prevalencia de trastornos de ánimo

Chile tiene una de las tasas más altas de trastornos mentales psiquiátricos entre adolescentes a nivel mundial. Mientras que en el mundo los trastornos mentales afectan a un 20% de la población infantojuvenil (Belfer, 2008), en Chile afecta al 16,5% (Vicente et al., 2012). Los desórdenes mentales de mayor prevalencia son los desórdenes disruptivos (8%), desórdenes ansiosos

(7,4%) y trastornos afectivos (7%) (Vicente et al., 2012). Las variables de contextos que favorecen la aparición de desórdenes mentales entre adolescentes fueron: pertenecer al sexo femenino⁷, tener un nivel de ingresos bajo, tener algún miembro de la familia con psicopatología, vivir sólo con el padre o madre, vivir con otros adultos responsables, ser desertor/a escolar, haber sido maltratado/a, haber sufrido abuso sexual y pertenecer a un pueblo originario⁸ (Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud, 2011); mientras que el buen funcionamiento familiar, cohesión familiar y sus recursos para resolver conflictos estaría asociado a una disminución del riesgo de presentar cualquier trastorno psiquiátrico (Musitu, Jiménez, & Murgui, 2007).

Suicidio

Todo lo descrito anteriormente convierte a los trastornos mentales en una de las principales causas de morbilidad y discapacidad en este grupo de edad con graves consecuencias para ellos/as, sus familias y la sociedad, sobre todo si es que estos trastornos no son intervenidos a tiempo. Un ejemplo de ello es el suicidio. Se estima que a nivel mundial el suicidio constituyó 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998 y para el año 2020 representará 2,4%. Junto a eso, el suicidio es la tercera causa de muerte entre

⁷ Cabe aclarar que esto no supone de por sí discriminación de género. Por el contrario, solo hace alusión a que existe una asociación positiva entre ser del sexo femenino y tener algún desorden en el ámbito de la salud mental. No alude a causalidad.

⁸ Se aclara nuevamente que aquí no supone discriminación por pertenecer a algún pueblo originario. Únicamente señala una asociación positiva entre ambas variables que no supone causalidad, necesariamente.

los adolescentes (sin considerar la cifra 40 veces mayor de quienes lo intentan) (Kieling et al., 2011). En América Latina, entre el 11% y 33% de los adolescentes refiere tener algún problema de salud mental, siendo los más comunes los síntomas depresivos y los suicidios (Benjet, 2009; Maddaleno, Morello, & Infante-Espínola, 2003). En Chile, la tasa mortalidad por suicidios en los adolescentes de 10 a 19 años aumentó de 5,7 a 7,0 por 100.000 habitantes entre el 2005 y 2010, siendo los adolescentes hombres quienes registran casi 3 veces más de mortalidad por suicidio que las adolescentes mujeres (10 por 100.000 en hombres y 3,8 por 100.000 en mujeres, respectivamente) (Miles Chile, 2016; Observatorio de Niñez y Adolescencia, 2014).

Conductas de riesgo: sexualidad

Las conductas de riesgo en el ámbito de la sexualidad adolescente generan una serie de consecuencias negativas para la salud, como transmisión de infecciones (VIH, por ejemplo), embarazo no deseado, vinculación con otras conductas de riesgo como delincuencia, abuso de alcohol y drogas, cuyas primera manifestaciones se dan en la adolescencia (Kotchick, Shaffer, Forehand, & Miller, 2001). A nivel internacional, la iniciación sexual comienza en la adolescencia tardía (15 – 19 años), salvo en algunos países africanos y asiáticos donde las mujeres son obligadas a casarse prematuramente (Wellings et al., 2006). En Chile, el promedio de edad en hombres es de 16,4 años y en mujeres de 17,1 años.

El uso de anticonceptivos más frecuente entre mujeres adolescentes son las hormonas y, entre hombres, el preservativo. Pero solo el 3% de los y las

adolescentes usa efectivamente el preservativo y, si lo usan, lo usan principalmente para prevenir embarazos (71%), evitar contraer enfermedades de transmisión sexual (22%) y para evitar contagio de VIH (6%) (Miles Chile, 2016). Lo anterior es de extrema importancia si se considera que la tasa de contagio por VIH ha aumentado en un 67,8%, liderando la población adolescente dicho fenómeno (Afani, 2018).

Con respecto al embarazo adolescente, Chile tiene una de las tasas más bajas a nivel latinoamericano, sin embargo, es una de las más altas de los países que conforman la OCDE. La tasa específica de embarazo adolescente asciende a 46,3 por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad (Ministerio de Salud, 2016).

Las madres adolescentes que tienen nuevos embarazos antes de los dos años, enfrentan mayor riesgo de presentar problemas en el parto y postparto que cuando fueron madres la primera vez. Esta condición estaría relacionada con baja escolaridad, pobreza o dependencia de programas sociales. Tener un segundo hijo para un adolescente aumenta el riesgo de no completar sus estudios, tener más baja tasa de participación laboral y menores ingresos (González, 2016).

Conductas de riesgo: consumo de sustancias

Tal como las conductas sexuales de riesgo, el consumo riesgoso de sustancias trae como consecuencia desestabilización en el desarrollo integral del adolescente (Jacobus & Tapert, 2014; Scott et al., 2018) y se encuentra fuertemente influenciado por los factores medioambientales, familiares, psicológicos y biológicos (Granville-García

et al., 2014). Con respecto al consumo de marihuana, en Europa, la prevalencia de consumo va de un 11% a un 15% en población adolescente (World Health Organization, 2016), mientras que en Chile la prevalencia del consumo de marihuana en población adolescente descendió ligeramente de un 13,5% en el año 2014 a un 12,6% en el año 2016, para ambos sexos y para todos los niveles socioeconómicos. Con respecto al consumo de alcohol, diferentes países (Australia, Portugal y Estados Unidos) (Granville-García et al., 2014) muestran prevalencias de consumo que van entre los 9% a 19,2%, mientras que en Chile la última prevalencia registrada asciende a 18,1% en el año 2016 para todos los niveles socioeconómicos (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, 2017).

Convivencia escolar

La convivencia escolar es clave para que el proceso pedagógico y el desarrollo integral de las personas pueda darse de manera balanceada, comprendiendo las diferencias y semejanzas del otro, cultivando el pluralismo, la comprensión mutua y la paz (UNESCO, 2010). Fallar en ello, arriesga graves trastornos para la salud mental de los adolescentes (Townsend, Flisher, Chikobvu, Lombard, & King, 2008). En Chile, entre los años 2007 y 2014, se puede observar una disminución de estudiantes agredidos dos o más veces en el plazo de un año en el establecimientos educacional para los estudiantes adolescentes de todos los sexos (24,5% a 22,3%), en la que la agresión verbal es la que evidencia mayor prevalencia (23,1%) y sobre

todo aquella que se manifiesta mediante redes sociales (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2014).

Deserción escolar

Para UNESCO (2017), el problema de la deserción escolar en el mundo es una de las cuestiones que reviste mayor urgencia en el corto plazo, ello por el gravoso impacto en los/as estudiantes al incrementar el

“riesgo de caer y persistir en la pobreza, [de] requerir soporte constante de la red de protección social, [de] tener problemas de salud y [de] exhibir conductas problemáticas o criminales de diversa índole” (Dussailant, 2017, p. 1).

En el caso de Chile, la deserción escolar es un fenómeno que no se encuentra magnificado en comparación con Latinoamérica. Aquí cerca del 88% de las personas finalizan su formación escolar de primero a cuarto medio, en comparación con Argentina (59%) y Brasil (64%), por ejemplo (Dussailant, 2017). Según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2015 y 2017, el 2015 0,9% de los estudiantes de 14 a 17 años habían desertado del sistema escolar, cifra que disminuyó a 0,6% el 2017 (Observatorio Social, 2018). Los factores de riesgo para que un estudiante se encuentre en situación de deserción escolar se pueden clasificar en factores individuales, parentales, pares y escuela (Dussailant, 2017). Los factores individuales, tales como: bajo desempeño académico (repetencia o rezago), actitud negativa hacia el aprendizaje, comportamientos problemáticos no académicos, como embarazo

adolescente, ausentismo escolar, uso de sustancias, experiencias de *bullying* escolar (Townsend et al., 2008), muestran que pudieran tener un efecto en el aumento de la deserción escolar (Dusallaint, 2017, p. 4). Respecto de los factores parentales se relevados: el bajo involucramiento académico de los padres y el pobre rol del padre/madre como soporte emocional. El factor del grupo de pares -efecto moderado- se destaca; la escasez de normas de grupo positivas para el desempeño académico o negativas experiencias de convivencia escolar. Entre los factores de la escuela se cuentan: una relación profesor-alumno negativa, la escasez de actividades extracurriculares, el efecto de escuelas grandes y poco individualizadas y la especialidad escolar (científico humanista v/s técnico profesional), puesto que quienes que no tienen interés en seguir estudios universitarios, tienen mayor probabilidad de finalizar sus estudios satisfactoriamente si se insertan en escuelas técnico profesionales.

Hasta aquí se ha abordado lo que refiere al panorama de la salud biopsicosocial de los adolescentes en Chile. Someramente, se ha mencionado que existen determinantes que empeoran la salud biopsicosocial de los adolescentes, como en el caso de los trastornos de ánimo, del embarazo adolescente y del consumo de sustancias. Entonces, aquellos determinantes acrecientan la vulnerabilidad de la salud biopsicosocial de los adolescentes, influenciando de manera sub-óptima el desarrollo de su futuro como adultos (esto se dio a conocer como determinantes sociales de la salud). En ese sentido, los adolescentes en situación de vulnerabilidad material (pobreza y nivel socioeconómico), familiar y

educativa (itinerancia en el sistema escolar) aumenta los riesgos de trastornos anímicos, de suicidio, de conductas sexuales riesgosas, de abuso de sustancias, de interrupción en el sistema escolar y, finalmente, de deserción escolar (Dashiff, DiMicco, Myers, & Sheppard, 2009). Para los y las adolescentes en situación de pobreza, la exposición a modelos de interacción familiar deficientes, altos índices de estrés familiar, pautas comunicacionales defectuosas, bajas expectativas sobre su desempeño escolar y bajo acompañamiento de sus padres o adultos significativos en su trayectoria escolar condicionan su desarrollo integral (Dashiff et al., 2009). Asimismo, la exposición a niveles socioeconómicos bajos se asocia a peores indicadores de salud de los miembros de la familia, en tanto se observa menor expectativa de vida (Backlund, Sorlieb, & Johnson, 1999), menor probabilidad de acudir a servicios médicos oportunamente, mayor presencia de conductas de riesgo, exposición a factores de riesgo para la salud y acceso a tratamientos de buena calidad y efectivos (Center of Disease Control, 2014). Aquella exposición también afecta a dimensiones como las antes mencionadas; en el caso del embarazo adolescente, aumenta la probabilidad de ocurrencia y de deserción escolar, sobre todo, en mujeres (M. Molina et al., 2004). En el caso del consumo de sustancias, el riesgo de consumo nocivo entre adolescentes aumenta (Bello et al., 2018; Melotti, 2013), lo que incide en bajo rendimiento escolar y aumento de la probabilidad de desertar del sistema escolar (Di-Pietro, Page, & Silva, 2012; Espíndola & León, 2002)

Frente a la vulnerabilidad de los y las

adolescentes, dada por el panorama de salud pública que los enmarca, por la acción de determinantes sociales de la salud biopsicosocial, sus propios cambios psicológicos y biológicos, la educación juega un rol fundamental, en tanto otorgamiento de herramientas para la resolución de las tensiones propias de esta etapa del ciclo vital, mediante la construcción y moldeamiento de expectativas y proyectos de vida, tal como se verá a continuación.

LA EDUCACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD BIOPSIOSOCIAL DE ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

La educación como transmisora de expectativas, proyectos de vida y contenido de salud

Tal como quedó evidenciado en el apartado anterior, el/la adolescente se ve enfrentado a problemas y conflictos detonados por sus cambios biológicos, psicológicos y emocionales, así como también por la influencia del medio que lo rodea, que se conjugan con la superación de las tareas fundamentales de este período: la búsqueda de la identidad, el logro de la autonomía y el desarrollo de nuevas habilidades cognitivas (Gaete, 2015). Si el cumplimiento de estas tareas se resuelven de manera negativa, conflictiva o disfuncional (Knight, 2017), ello no solo repercutirá en la calidad de vida actual del adolescente, sino que, además, afectará las trayectorias de vida del posterior adulto (Luengo, 2003; Maddaleno et al., 2003).

La manera en que los/as adolescentes resuelven los conflictos propios de su etapa vital se relaciona con las decisiones que toman basados/as en las expectativas que tienen sobre sí mismos y los proyectos de vida que se encuentran construyendo. En ese sentido, la educación juega un rol trascendental en la generación de expectativas y condiciones de posibilidad de construir un proyecto de vida individual y autónomo para éstos. Plantea Puga (Puga, Atria, Fernández, & Araneda, 2017) que tradicionalmente se ha pensado que las elecciones que las personas hacen en sus vidas serían consecuencias de procesos principalmente racionales, en las que las personas se orientarían hacia la maximización individual de una función de utilidad. No obstante, lo desarrollado por Bourdieu (1980, 1984 y 1990) en Puga (Puga et al., 2017), pone en entredicho este modo de operar, distinguiendo entre *campo* y *habitus*: el primero es aquel espacio social de disputa normada por el acceso y determinación de capitales como el social, cultural y económico, mientras que el *habitus* corresponde al conjunto de esquemas, normas y saberes que permiten a los sujetos interactuar y actuar a través del mundo, dependiente de la posición que tengan los actores en el campo. Esta idea clarifica que la acción de los adolescentes no solo estaría determinada por las decisiones racionales, sino que también estaría definida por las relaciones sociales y las estructuras normativas, es decir, el concepto de *habitus* tiene una intersección entre un carácter fenomenológico de decisión de contenidos y “un carácter estructural de su dirección ejercida sobre los distintos tipos de agentes (grupos, individuos y/o instituciones)” (Puga et al., 2017)

incluyendo, en ello, los determinantes sociales de la salud.

Las expectativas, comprendidas como esperanza o posibilidad de conseguir algo anhelado o deseado, constituyen los cimientos para la construcción de las condiciones de posibilidad de proyectos de vida (Leiva, 2010). A su vez, éstos se entienden como:

“el conjunto de actividades coordinadas que apuntan al cumplimiento de un objetivo: es la dirección que una persona elabora para su propia existencia (...) en base a preferencias, restricciones y oportunidades que le imponen tanto su posición objetiva como la traducción de éstas en un habitus específico” (Puga et al., 2017).

Asimismo, el proyecto de vida articula la identidad personal y social en dinámicas temporales y con posibilidades de proyección futura:

“Es un modelo ideal sobre lo que el individuo espera o quiere ser y hacer, que toma forma concreta en la disposición real y sus posibilidades internas y externas de lograrlo, definiendo su relación hacia el mundo y hacia sí mismo” (D'Angelo, 2000).

Ahora bien, como plantea Leiva (2010), los proyectos de vida se modelan como una serie de apuestas a lo probable, a un estado de cosas que se constata como seguro de alcanzar. Cuando la concreción de proyectos de vida se relaciona con ajustes constantes que se van realizando a partir de experiencias empíricas (Leiva, 2010) de los adolescentes, las expectativas basales se reconfiguran y, por medio de ello, los proyectos de vida. Es decir, en el constante intercambio del/la adolescente con su medioambiente, con los factores

psicológicos, sociales y biológicos, sus expectativas y proyectos de vida van mutando y generando un *trade-off* para así continuar apostando a lo más probable de conseguir en la vida. Esto, en sí mismo, no constituye amenaza, al contrario, es parte de la construcción del adulto futuro. No obstante, para los/as adolescentes en situación de vulnerabilidad, las modulaciones de expectativas y proyectos de vida basadas en el intercambio con el medio social, biológico y psicológico pueden ser altamente costosos (Leiva, 2010) y malograr su curso de vida futuro.

En este punto de inflexión, la educación se constituye en otro medio de intercambio para el adolescente en situación de vulnerabilidad, influenciándolo en tanto la modulación de expectativas y proyectos de vida constructivos para su desarrollo integral. Como afirma Blanco (2007):

“la educación no sólo tiene la finalidad de socializar a los individuos a través de la apropiación de los contenidos de la cultura (...) también ha de contribuir a la individuación de cada sujeto en la sociedad con su propia identidad, favoreciendo la autonomía, el autogobierno y la construcción del propio proyecto de vida (...), para actuar con creciente capacidad de autonomía, de juicio y de responsabilidad personal en las distintas situaciones de la vida” (2007, s/p).

En general, el espacio escolar es transmisor de cursos de vida institucionalizados, es decir, transmite cursos de vidas normativos que representan las expectativas de cómo debe transcurrir la trayectoria vital de las personas, según

lo esperado socialmente. No obstante, crecientemente, la escuela se ha ido configurando como un agente que vaya más allá de promocionar proyectos de vida normativos, posibilitando la exploración de las potencialidades de los/as estudiantes y la afirmación positiva de cada una de las formas que ellos/as escojan vivir (Blanco, 2007).

Para lograr lo anterior, el espacio educativo genera procesos que motivan el fortalecimiento de saberes y habilidades en adolescentes y favorece procesos educativos integrales, que no solo se limitan a la entrega de contenido, si no que va asentando aprendizaje de conocimientos y desarrollo de habilidades sociales (García-Yepes, 2017). Aquella conjunción entre contenidos y desarrollo de habilidades, el espacio escolar logra concretarlo de las siguientes maneras (Mitjans, 1996):

1. Mediante la formación cultural mínima, los adolescentes pueden comprender los mensajes sobre salud que se divulgan por diferentes vías (medios sociales, libros, revistas). Aunque esto no garantiza linealmente la adopción de modos saludables de vida, contribuye a aumentar el acceso a información y conocimientos comprensibles relacionados con la salud.

2. Mediante la entrega directa de conocimientos específicos sobre salud a través del currículum. Contenidos sobre el funcionamiento del organismo humano, sobre vías de transmisión de enfermedades e higiene, sobre alimentación y otras, resultan útiles en el proceso de educación

de la salud. Y estos contenidos deben ser entregados de manera que se vinculen con las necesidades y motivaciones propias del adolescente.

3. Mediante la promoción de la salud de manera global e integral. La educación física, artística, laboral u otras del currículum orientadas al desarrollo de aspectos concretos de la persona son importantes también por la implicación de nuevos espacios sociales para su realización, favoreciendo, así, la adopción de nuevos roles sociales, ya sean futuros o presentes.

Si aquel traspaso de conocimientos y habilidades funciona, los adolescentes se apropian de las nuevas capacidades instaladas, lo cual supone un proceso de aprendizaje que refleje una adecuada manera de relacionarse con las condiciones que la sociedad provee y que permiten potenciar su realización personal (PNUD - UNICEF, 2014)

La puesta en práctica

Tal como se ha reflejado, el espacio educativo tiene la potencialidad de movilizar cambios en los adolescentes al aumentar sus expectativas, sus anhelos de conseguir objetivos a futuro y, así, formalizar un proyecto de vida que logre concretarse finalmente, mediante el resguardo de las decisiones que toman en torno a su salud biopsicosocial que los llevarán a ser adultos integrales. Modelando teóricamente lo que se ha mencionado hasta acá, el esquema que ejemplifica los caminos causales de la relación entre educación, expectativas y salud se muestra a continuación:

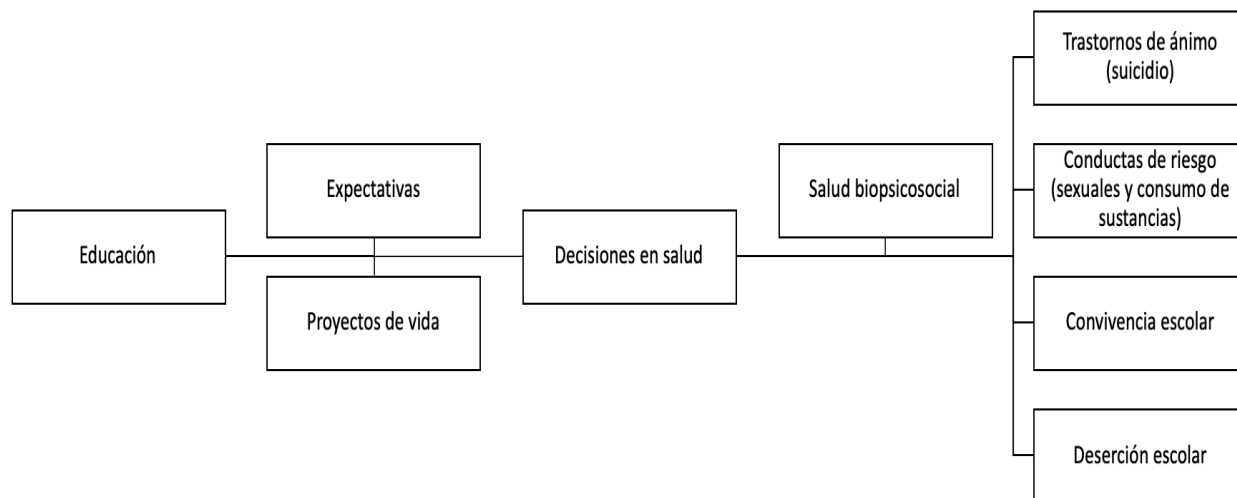


Tabla 1. Esquema causal de la relación entre educación, expectativas/proyectos de vida y salud biopsicosocial en adolescentes

En ese sentido, considerando que las expectativas son

“lo que un individuo espera que ocurra en el futuro (...) son valores concretos que indican las realidades empíricas enfrentadas por los/as estudiantes, esto es, cómo los/as estudiantes piensan que se desempeñan dado su contexto socioeconómico en adición a su pasado y su actual desempeño académico” (Khattab, 2015),

el espacio educativo es fundamental para la creación de nuevos contextos que constituyan “realidades empíricas” para que los estudiantes moldeen sus expectativas. Los/as adolescentes en situación de vulnerabilidad no necesariamente poseen toda la información requerida para evaluar una conducta futura o para forjar sus expectativas (Khattab, 2015), por lo que el espacio educativo es el indicado para mostrar otras realidades, otras experiencias que modelen las expectativas de los/as

adolescentes más vulnerables, pero con la amplitud y flexibilidad requerida para ello. En la literatura revisada, el modelamiento de expectativas está relacionado con el desempeño académico (M.-B. Iovu, 2014; M. B. Iovu, Hărăguș, & Roth, 2018; Khattab, 2015), pero aquí la propuesta diagramada alude a la expectativas sobre su propia existencia, más allá de lo académico y, posteriormente, laboral, dado que las expectativas, en sí misma, apelan a un horizonte explicativo mayor que es el “querer ser” que, luego, incluye lo académico, lo laboral y lo familiar, entre otros. Con ese acervo, construyen sus proyectos de vida. Sin embargo, hoy en día, las escuelas chilenas necesitan asumir el desafío de apoyar a los adolescentes en sus proyectos de vida y en autonomía, dado que, actualmente, las tensiones curriculares lo impiden (PNUD - UNICEF, 2014). La escuela es el espacio propicio para que los/as adolescentes y, sobre todo, los/as más vulnerables, desarrollen capacidades y se apropien de ellas en un espacio protegido y diseñado para desplegarlas en tanto conocimiento, información, actitudes y

habilidades. De ese modo, los/as adolescentes podrán internalizar esas capacidades, independientemente de los niveles de agencia que sus propios bagajes culturales y experienciales les permite tener (PNUD - UNICEF, 2014). En ese sentido, la escuela demuestra que entiende el proceso formativo como una posibilidad de que los/as adolescentes incorporen capacidades y con ello se aparta *“del determinismo social (...) presente en el quehacer educativo”* (PNUD - UNICEF, 2014)

Siguiendo con el esquema y, en consecuencia, los/as adolescentes con altas expectativas y proyectos de vida relacionados con anhelos de logros académicos y laborales tienden a completar sus estudios superiores o mayores niveles de estudios (Beal, Lisa, & Peugh, 2016; M.-B. Iovu, 2014). Ello refleja el beneficio de instalar altas expectativas y el desarrollo de proyectos de vida en adolescentes en situación de vulnerabilidad. Otro beneficio asociado es que las habilidades de razonamiento, valores, conocimiento socioemocional y control también se instalan gracias a la educación y así la educación se convierte en un atributo de la persona (nivel educacional) que beneficia su salud. Al decir de Hahn y Truman:

“la educación mejora la salud porque aumenta la agencia efectiva, mejora el sentido control personal que incentiva y habilita a adoptar estilos de vida saludables. Los efectos beneficiosos de la salud son generalizados, acumulativos y auto-amplificados que crecen a lo largo del curso de vida” (Hahn & Truman, 2015).

La educación, del modo que se ha entendido en esta propuesta, que es la instalación de capacidades

para razonar, para el autocontrol y regulación emocional, habilidades de interacción social, entre otras, junto con la entrega de contenido y reconstrucción del contexto en el que se inserta y que influye sobre el/la adolescente, es parte constitucional de la persona que es saludable, ya que la educación permite entrenar la mente en el sentido de aprender, pensar, razonar, resolver problemas, junto con entregar contenido que permite que aquellas acciones conduzcan a decisiones protectoras y beneficiosas para la persona (Hahn & Truman, 2015) Por lo tanto, con la capacidad de modular las decisiones y emociones y de incorporar información en un mismo proceso, el/a adolescente en situación de vulnerabilidad es capaz de tomar decisiones en salud que solo buscarán beneficiarlo/a y evitar los riesgos asociados a las condiciones de salud relatadas anteriormente: trastornos de ánimo, conductas de riesgo sexuales y consumo de sustancias, convivencia escolar y deserción escolar. Hay amplia evidencia que asocia niveles de educación bajo con problemas de salud (parte de ello ya fue presentado anteriormente), entendido como trastornos de ánimo, incluyendo la situación de adolescentes de madres con baja escolaridad (Guzmán C. et al., 2015; Vicente et al., 2012), embarazo adolescente (González, 2016), conductas de riesgo sexuales (Berhan & Berhan, 2015) y consumo de sustancias (Moreno Lopez, Midiam, Villatoro Velazquez, 2008), por lo que la incidencia de la educación, ya sea a nivel familiar como a nivel individual del/la adolescente redundaría en beneficio de salud biopsicosocial. La capacidad de agencia y las otras capacidades instaladas mediante el espacio

educativo permitirían que los/as adolescentes movilizaran su realidad hacia direcciones más auspiciosas para su futuro, en cuanto a las aspiraciones que tendrían respecto de su vida académica, laboral y familiar. Y aquella movilización conlleva la toma de decisiones protectoras que resguardan su salud integral en las esferas biológicas, psicológicas y sociales, en pos de lograr efectivamente materializar los anhelos sobre sí mismos, dado que, también el espacio educativo, le habría permitido visualizar alternativas diferentes a su bagaje propio cultural.

CONCLUSIÓN

La educación no sólo tiene la finalidad de socializar a los/as adolescentes mediante la provisión de contenidos necesarios para desenvolverse en la sociedad, sino que también ha de contribuir a la individuación de cada sujeto en la sociedad con su propia identidad, favoreciendo la autonomía, el autogobierno y la construcción del propio proyecto de vida, con el fin de que cada sujeto pueda actuar con capacidad de autonomía, de juicio y de responsabilidad personal en las distintas situaciones de la vida. Bajo ese precepto, las decisiones que tomen adolescentes en materias de salud biopsicosocial podrían ser mejores y beneficiosas para su vida futura y para la superación de sus tareas en la etapa de ciclo vital en la que se encuentran. Esto es especialmente relevante para aquellos/as estudiantes adolescentes que viven en situación de vulnerabilidad, ya que configura a la educación como la herramienta movilizadora, no solo de logros académicos, sino también de

bienestar integral. Todo ello se resume en el rol que tiene el ambiente educacional en el modelamiento de expectativas y de proyectos de vida en adolescentes, sobre todo en aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, dado que permitiría mejorar las posibilidades y opciones al momento de tomar decisiones claves para el curso de sus vidas en términos de salud biopsicosocial, girando el enfoque más allá de los factores sociales y psicológicos que afectan el curso de sus vidas, mediante un horizonte de posibilidades reales para el desarrollo de las mismas.

REFERENCIAS

- Afani, A. (2018). "La infección por VIH en nuestro país es una epidemia que no está controlada en estos momentos." Recuperado el 12 de febrero de 2019, de <http://www.uchile.cl/noticias/124942/la-infeccion-por-vih-en-chile-es-una-epidemia-que-no-esta-controlada>
- Backlund, E., Sorlie, P., & Johnson, N. (1999). A comparison of relationships of education and income with mortality: the national longitudinal mortality study. *Social Science and Medicine*, 49, 1373–1384.
- Beal, S., Lisa, C., & Peugh, J. (2016). Adolescents' Changing Future Expectations Predict the Timing of Adult Role Transitions. *Dev Psychol*, 52(10), 1606–1618. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/dev0000189>
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 226–236. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x>
- Bello, M. S., Khoddam, R., Stone, M. D., Cho, J., Yoon, Y., Lee, J. O., & Leventhal, A. M. (2018). Poly-product drug use disparities in adolescents of lower socioeconomic status: Emerging trends in nicotine products, marijuana products, and prescription drugs. *Behaviour Research and Therapy*, (August), 1–8. Recuperado de <https://doi.org/S000579671830192X>
- Benjet, C. (2009). La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En J. Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar-Gaxiola (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 234–243). Washington DC.
- Berhan, Y., & Berhan, A. (2015). A meta-analysis of risky sexual behaviour among male youth in developing countries. *AIDS Research and Treatment*. Recuperado de <https://doi.org/10.1155/2015/580961>
- Blanco, R. (2007). Equidad y la inclusión social: uno de los desafíos de la educación y la escuela hoy. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 1(3), 13-27. Recuperado de <https://doi.org/10.5530/jyp.2017>
- Breinbauer, C., & Maddaleno, M. (2005). *Youth: Choices and Change. Promoting Healthy Behaviors in Adolescents*. (First Edit). Washington DC: Springer. Recuperado de <https://doi.org/38,38>
- Center of Disease Control. (2014). *Factores que contribuyen a las disparidades de salud vinculadas al cáncer*. Recuperado de http://www.cdc.gov/spanish/cancer/healthdisparities/basic_info/challenges.htm
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Salud de la población joven indígena en América Latina. Un panorama general. La agenda internacional de América Latina: entre* Santiago, Chile. Recuperado de <http://desarrolloci.ucr.ac.cr/enlace/sites/default/files/publicaciones/Agenda internacional AL. Maihold.pdf#page=96>
- D'Angelo, O. (2000). Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social. *Revista Cubana de Psicología*, 17(3), 270–275. Recuperado de

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v25n47/0718-2236-udecada-25-47-00118.pdf>

- Dashiff, C., DiMicco, W., Myers, B., & Sheppard, K. (2009). Poverty and Adolescent Mental Health. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(1), 23–32. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2008.00166.x>
- Di-Pietro, G., Page, L., & Silva, J. (2012). *The effect of alcohol and drug consumption on academic performance: a treatment effect evaluation*. Recuperado de https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db_name=ESAM2012&paper_id=382
- Dusallaint, F. (2017). *Deserción escolar en Chile. Propuestas para la investigación y la política pública. Análisis*. Santiago, Chile.
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. Recuperado de [http://www.drannejensen.com/PDF/publications/The need for a new medical model - A challenge for biomedicine.pdf](http://www.drannejensen.com/PDF/publications/The%20need%20for%20a%20new%20medical%20model%20-%20A%20challenge%20for%20biomedicine.pdf)
- Espíndola, E., & León, A. (2002). La Deserción Escolar En América Latina: Un Tema Prioritario Para La Agenda Regional. *Revista Iberoamericana de Educación*, 30(1681–5653), 39–62. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0269215510380827>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436–443. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90419-0](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90419-0)
- García-Yepes, K. (2017). Construcción de Proyectos de Vida Alternativos (PVA) en Urabá, Colombia: papel del sistema educativo en contextos vulnerables. *Estudios Pedagógicos*, XLIII(3), 153–173. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/S0718-07052017000300009>
- González, E. (2016). Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(5), 354–359. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/S0717-75262016000500002>
- Granville-Garcia, A. F., Alves, M., Nóbrega, M. da, Targino, R., Lima, G., & Lins-Dantas, M. B. (2014). Alcohol consumption among adolescents: attitudes, behaviors and associated factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1), 7–16. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1989>
- Guzmán C., M. L., Guzmán C., S. F., Guzmán, M. E., Marín, F., Remolcois, E., Gallardo, A., ... Rojas, F. (2015). Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes de la región de Los Ríos, Valdivia, Chile, 2006-2008. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(5), 345–350. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.028>
- Hahn, R., & Truman, B. (2015). Education improve health and promotes health equality. *International Journal of Health Services*, 45(4), 657–678. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0020731415585986>
- Havelka, M., Lucanin, J. D., & Lucanin, D. (2009). Biopsychosocial model: the integrated approach to health and disease. *Collegium Antropologicum*, 33(1), 303–310. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19408642>

- Iovu, M.-B. (2014). Adolescents' Positive Expectations and Future Worries on their Transition to Adulthood. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 149, 433–437. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.08.283>
- Iovu, M. B., Hărăguș, P. T., & Roth, M. (2018). Constructing future expectations in adolescence: relation to individual characteristics and ecological assets in family and friends. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(1), 1–10. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/02673843.2016.1247007>
- Jacobus, J., & Tapert, S. (2014). Effects of Cannabis on the Adolescent Brain. *Current Pharmaceutical Design*, 20(13), 2186–2193. Recuperado de <https://doi.org/10.2174/13816128113199990426>
- Khattab, N. (2015). Students' aspirations, expectations and school achievement: What really matters? *British Educational Research Journal*, 41(5), 731–748. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/berj.3171>
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., ... Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515–1525. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
- Kirkpatrick, M., Crosnoe, R., & Elder, G. (2011). Insights on Adolescence from A Life Course Perspective. *J Res Adolesc*, 21(1), 273–280. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.08.045>
- Knight, Z. G. (2017). A proposed model of psychodynamic psychotherapy linked to Erik Erikson's eight stages of psychosocial development. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(5), 1047–1058. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/cpp.2066>
- Kotchick, B. A., Shaffer, A., Forehand, R., & Miller, K. (2001). Adolescent sexual risk behavior: a multisystem perspective. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 493–519. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00070-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00070-7)
- Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). Life course epidemiology (Glossary). *J Epidemiol Community Health*, 57(10), 778–783. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/jech.57.10.778>
- Leiva, P. (2010). El proyecto de vida de los jóvenes: sus valores, expectativas, motivaciones y elementos de sentido. *Revista Perspectivas*, (21), 83–101. Recuperado de <http://ediciones.ucsh.cl/ojs/index.php?journal=Perspectivas&page=article&op=view&path%5B%5D=662>
- Luengo, X. (2003). Características de la adolescencia normal. In R. Molina, J. Sandoval, & E. González (Eds.), *Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia*. Santiago: Editorial Mediterraneo.
- Maddaleno, M., Morello, P., & Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe : desafíos para la próxima década. *Revista de Salud Pública de México*, 45(1), 132–139. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s1/15454.pdf>
- Melotti, R. (2013). Early life socioeconomic position and later alcohol use: birth cohort study. *Addiction*, 108(3), 516–525.
- Miles Chile. (2016). *Primer Informe Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile*. (1era Edición,

- Ed.). Santiago, Chile. Recuperado de www.mileschile.cl
- Ministerio de Salud. (2016). Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Recuperado el 1 de julio de 2016, de <http://www.deis.cl/estadisticas-mortalidad/>
- Mitjás, A. (1996). La escuela: un espacio de promoción de salud. *Psicología Escolar e Educativa*, 1(1), 19–24. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-85571996000100003>
- Molina, M., Ferrada, C., Pérez, R., Cid, L., Casanueva, V., & García, A. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev Méd Chile*, 132, 65–70. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/S0034-98872004000100010>
- Moreno Lopez, Midiam, Villatoro Velazquez, J. A. (2008). Consumo de drogas, alcohol, tabaco y sus factores de riesgo asociados en estudiantes. Recuperado de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/cuadernillos/carteles_macro/Midiam.pdf
- Mositu, G., Jiménez, T., & Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Revista de Salud Pública de México*, 49(1), 3–10. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0036-36342007000100002>
- Observatorio de Niñez y Adolescencia. (2014). *Infancia CUENTA en Chile. Segundo Informe*. Santiago. Recuperado de <http://2014/07/29/infancia-cuenta-chile-2014-2o-informe-observatorio-ninez-y-adolescencia/>
- Observatorio Social. (2018). *Síntesis de Resultados. Encuesta de Caracterización Socioeconómica, módulo Educación*. Santiago, Chile. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_educacion_casen_2017.pdf
- PNUD - UNICEF. (2014). *El papel de la educación en la formación del bienestar subjetivo para el desarrollo humano. Una revisión al caso chileno. Temas de Desarrollo Humano Sustentable*. Santiago, Chile.
- Puga, I., Atria, R., Fernández, R., & Araneda, C. (2017). Proyectos de vida y oportunidades en la educación media. Nuevas demandas sociales al sistema escolar chileno. *Última Década*, 47, 118–153. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v25n47/0718-2236-udecada-25-47-00118.pdf>
- Scott, J. C., Slomiak, S. T., Jones, J. D., Rosen, A. F. G., Moore, T. M., & Gur, R. C. (2018). Association of Cannabis With Cognitive Functioning in Adolescents and Young Adults A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 585–595. Recuperado de <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0335>
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol. (2017). *Décimo segundo estudio nacional de drogas en población general de Chile, 2016*. Santiago, Chile. Recuperado de <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/12/InformeENPG2016.pdf>
- Subsecretaría de Prevención del Delito. (2014). *Encuesta Nacional de Violencia en el Ámbito Escolar Ficha Técnica Resumen*. Santiago, Chile. Recuperado de <http://www.seguridadpublica.gov.cl/media/2016/11/Presentación-ENVAE.pdf>

- Townsend, L., Flisher, A., Chikobvu, P., Lombard, C., & King, G. (2008). The Relationship between Bullying Behaviours and High School Dropout in Cape Town, South Africa. *South African Journal of Psychology*, 38, 21–32.
- UNESCO. (2010). *Educación, juventud y desarrollo: acciones de la UNESCO en América Latina y el Caribe; 2010*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001891/189108s.pdf>
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., ... Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1026–1035. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x>
- Wellings, K., Collumbien, M., Slaymaker, E., Singh, S., Hodges, Z., Patel, D., & Bajos, N. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *The Lancet Sexual and Reproductive Health Series*, (October), 1–21. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_2.pdf
- World Health Organization. (2016). *The health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use*. Geneva, Switzerland. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/publications/msbcannabis.pdf
- World Health Organization (WHO). (1998). *The solid facts. Social determinants of health*. (R. Wilkinson & M. Marmot, Eds.) (First edit). Geneva, Switzerland: WHO. Recuperado de <https://jech.bmj.com/content/jech/57/10/778.full.pdf>