



## INFORME FINAL ESTUDIO

### **“PACE USACH y la salud de los estudiantes de establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad”**

#### **Equipo consultor**

Ximena Barros  
María Cristina Paredes  
Andrea Gómez  
(Doctorado de Salud Pública Universidad de Chile)

**Fecha:** 17 de noviembre 2017

## Tabla de contenido

<b>Presentación .....</b>	<b>4</b>
<b>Marco conceptual .....</b>	<b>5</b>
<b>Antecedentes del estudio.....</b>	<b>5</b>
1. La educación como derecho social: por qué se constituye en un desafío para el sistema educacional chileno .....	5
2. Escuelas vulnerables como espacios reproductores de desigualdades en el ejercicio del derecho a la educación.....	7
3. Política PACE USACH .....	10
<b>Estado del arte del estudio .....</b>	<b>14</b>
<b>Acción afirmativa por la educación.....</b>	<b>14</b>
<b>Educación en el desarrollo integral de los estudiantes.....</b>	<b>16</b>
<b>Prevención y promoción de salud en estudiantes en espacio de escuela.....</b>	<b>18</b>
<b>Determinantes sociales de la salud de estudiantes adolescentes.....</b>	<b>23</b>
1. Nivel socioeconómico familiar .....	26
2. Nivel educacional de la madre.....	29
3. Estructura familiar .....	29
4. Liderazgo educativo .....	29
5. Desempeño escolar según sexo .....	31
6. Rezago (repetencia) escolar .....	32
<b>Algunas condiciones de salud entre estudiantes adolescentes chilenos/as que se ven afectadas por los determinantes sociales de la salud.....</b>	<b>33</b>
1. Prevalencia de trastornos del ánimo .....	33
2. Suicidio.....	34
3. Consumo de alcohol y drogas .....	34
4. Embarazo adolescente.....	35
5. Violencia escolar .....	35
6. Pobreza .....	35
<b>Objetivos.....</b>	<b>37</b>
<b>Objetivo general.....</b>	<b>37</b>
<b>Objetivo específicos .....</b>	<b>37</b>
<b>Métodos utilizados.....</b>	<b>38</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>41</b>
<b>Composición de la muestra .....</b>	<b>41</b>
<b>Descripción de los participantes .....</b>	<b>42</b>
<b>Participación en el estudio .....</b>	<b>43</b>
<b>Características familiares de los estudiantes.....</b>	<b>45</b>
<b>Percepción de salud .....</b>	<b>47</b>
<b>Salud sexual y reproductiva.....</b>	<b>51</b>
<b>Consumo de sustancias .....</b>	<b>54</b>
<b>Violencia escolar .....</b>	<b>58</b>
<b>Trastorno de ánimo .....</b>	<b>59</b>
<b>Limitaciones del estudio.....</b>	<b>60</b>



<b>Conclusiones .....</b>	<b>61</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>64</b>

## Presentación

El presente informe final corresponde a los hallazgos y conclusiones del estudio encargado por el PAIEP de la Universidad de Santiago con el fin de poder determinar 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) puede asociarse a un determinado nivel de salud de los estudiantes expuestos a este.

Desde la implementación del Programa en el año 2014, los ejecutores del mismo pertenecientes a la Universidad de Santiago han conjeturado que los estudiantes de III y IV medio expuestos al Programa PACE USACH habrían de tener mejor nivel de salud en general y que tomarían mejores decisiones referentes a su salud física y mental. Dado a que estas solo constituían conjeturas por parte de los ejecutores, PAIEP USACH decidió encargar el presente estudio para tener una primera aproximación al fenómeno y que, a su vez, fuera precursor de futuras investigaciones en profundidad que puedan servir para proyectar políticas públicas educacionales en escenarios de promoción de la política escolar que, adicionalmente, puedan tener impacto en la salud de los estudiantes.

El objetivo del estudio encargado fue determinar las diferencias en la salud de los y las estudiantes que asisten a establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad de las regiones Metropolitana beneficiarios y no beneficiarios por PACE USACH.

Para lograr responder a los objetivos, se desarrolló un estudio de tipo transversal aplicando cuestionarios a estudiantes de III y IV medio de establecimientos educacionales con IVE similares intervenidos y no intervenidos por PACE USACH. Las variables de salud medidas a través del instrumento fueron: embarazo adolescente, trastornos de ánimo, consumo de alcohol y drogas, violencia escolar y percepción de salud general.

A continuación, el presente informe detalla el marco conceptual que guió epistemológicamente el estudio, tanto los antecedentes que los sustenta como el estado del arte de las variables a observar. Posteriormente, se presenta la metodología utilizada para el levantamiento y el análisis de la información. Luego, se presentan los resultados obtenidos y las limitaciones del proceso, para consecutivamente entregar algunas conclusiones y recomendaciones respectivas.

## Marco conceptual

### Antecedentes del estudio

#### 1. La educación como derecho social: por qué se constituye en un desafío para el sistema educacional chileno

En la Carta de Derechos Humanos del año 1948, la educación se proclama como derecho humano fundamental, esencial para poder ejercitar todos los demás derechos porque ésta promueve la libertad, la autonomía personal y genera importantes beneficios para el desarrollo de las naciones<sup>1</sup>. En ese sentido, la educación es un instrumento poderoso que permite tanto a niños/as, adolescentes y adultos desarrollarse integralmente mediante por su propio esfuerzo y participar plenamente de la vida de la comunidad. La educación se constituye en un pilar así de fundamental y esencial debido a su rol en la formación de sociedades y comunidades de seres humanos. La educación contribuye a desarrollar la lógica, la moral, la capacidad simbólica, el emocionar, la corporeidad, etc. y, además, preparar al hombre y a la mujer para desempeñarse en sociedad (formación general, profesional y ciudadana)<sup>2</sup>.

Sin embargo, aunque esta declaración esté presente en un sin número de tratados de derecho internacional que ha ratificado Chile, tales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño, la Declaración de Derechos Humanos, entre otros, el sistema educacional de Chile aún se enfrenta a desafíos relacionados con garantizar a la educación como un derecho efectivo más allá del acceso, priorizado por sobre otros derechos concomitantes como el derecho a la propiedad, a la libre enseñanza y a la libre empresa y que enfrente de manera pragmática las dificultades en torno a la igualdad de oportunidades de educación. Actualmente en Chile, las desigualdades sociales se ven reflejadas en las oportunidades

---

<sup>1</sup> Declaración disponible en la página web de UNESCO: [www.unesco.org](http://www.unesco.org)

<sup>2</sup> Turbay, Catalina (2000): El derecho a la educación. Desde el marco de la protección integral de los derechos de la niñez y de la política educativa. En: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/educacion.pdf>

educativas coexistiendo distintos tipos de calidad educativa o calidad asociadas a la capacidad económica de las familias de los estudiantes<sup>3</sup>.

Y, como consecuencia de aquello, el no garantizar el derecho a la educación bajo el amparo de estándares justos y equitativos para todos, es negarle el derecho a desarrollarse plenamente como ser individual y social a los niños/as, adolescentes y adultos más vulnerables del país. Un ejemplo de ello es lo que afirma Redondo (2007)<sup>4</sup>: por un lado, la selección de una escuela está dada por la capacidad de pago de los padres (fundamentalmente en las escuelas con financiamiento compartido), lo que ha llevado a que los alumnos se concentren en los colegios de acuerdo con su nivel socioeconómico y a que las escuelas municipales se constituyan en receptores de los alumnos más pobres. Por otro lado, las escuelas municipales al atender a los sectores sociales y económicos más desaventajados (sector rural y urbano marginal), aun cuando la descentralización haya significado un cierto mejoramiento desde el punto de vista de la gestión, no provocó en éstas un mejoramiento de la calidad de la enseñanza, siendo el mismo Estado el que ha tenido que intervenirlas para resolver los problemas de desigualdad comparativa y, sin embargo, no necesariamente ha redundado en un aumento de calidad de enseñanza o en la subsanación progresiva de las desigualdades instaladas.

Aunque si bien es atendible señalar que el sistema educativo chileno ha tenido aciertos en cuanto a aumentar los años de escolaridad obligatorios y promover la extensión del acceso y cobertura a niños/as, adolescentes y adultos, todavía quedan desafíos pendiente para que la educación se constituya en un derecho social efectivo: el más importante es aquel asociado con eliminar la desigualdad del sistema y garantizar la calidad de la enseñanza y aprendizaje, que permita desplegar competencias, habilidades y talentos en los niños/as, adolescentes y adultos para desenvolverse integralmente en la sociedad, independientemente del origen social, cultural, político y económico de aquellos.

---

<sup>3</sup> Muñoz, Verner (2011): El derecho a la educación. Una mirada comparativa. Argentina, Uruguay, Chile y Finlandia. En: <http://portal.unesco.org/geography/es/files/15017/13230888961Estudio-comparativo-UNESCO-Vernor-Munoz.pdf/Estudio-comparativo-UNESCO-Vernor-Munoz.pdf>

<sup>4</sup> Redondo, Jesús (2007): El derecho a la educación en Chile. Foro Latinoamericano para Políticas Educativas FLAPE. En: [http://www.opech.cl/bibliografico/Doc\\_Financiamiento/08Chile\\_Derecho.pdf](http://www.opech.cl/bibliografico/Doc_Financiamiento/08Chile_Derecho.pdf). Páginas 69 a 71.

## 2. Escuelas vulnerables como espacios reproductores de desigualdades en el ejercicio del derecho a la educación

Al haber resuelto de cierta manera los problemas de años de escolaridad y acceso y cobertura escolar, Román (2003)<sup>5</sup> insiste en que el derecho a la educación no estaría del todo resuelto si persiste la inequidad expresada en la trayectoria y egreso de los estudiantes: “(...) la educación chilena sigue siendo fuerte y porfiadamente inequitativa, pero esta inequidad radica y se expresa hoy día en la trayectoria y el egreso del sistema y no en el ingreso a él”,

La inequidad expresada en la trayectoria y en el egreso del sistema escolar, como plantea Román, es posible observarla, particularmente, en escuelas vulnerables. La vulnerabilidad de las escuelas se encuentra operacionalizada mediante el Índice de Vulnerabilidad Escolar (IVE), a través del cual se focalizan y priorizan programas en escuelas que lo requieren. El Índice mide de forma anual el riesgo al que están expuestos los estudiantes por la posibilidad de inserción o de deserción; definiciones de salud que miden peso, estatura, talla y cantidad de caries; nivel de escolaridad de los padres; el desarrollo económico de la familia; la disponibilidad de empleos; las condiciones del hogar y los casos de indigencia declarados en Fonasa<sup>6</sup>. Mientras más frecuentes sean estas variables, mayor IVE tendrá la escuela, es decir, en parte, la vulnerabilidad estaría dada por las características de los estudiantes y sus familias.

En esa línea, los datos de la última encuesta CASEN<sup>7</sup> del año 2013 señalan que el 50,2% de los estudiantes pertenecientes al primer quintil asistían a escuelas municipales, frente al 16,1% de los estudiantes pertenecientes al quinto quintil, es decir, las escuelas municipales atienden a mayor proporción de estudiantes vulnerables. La tasa neta de asistencia del primer quintil ascendía a un 68,9% de asistencia efectiva mientras que el quinto quintil ascendía a un 80,8%. El rezago

<sup>5</sup> Román, Marcela (2003): El difícil cambio en los procesos de enseñanza aprendizaje en escuelas vulnerables chilenas. Centro de Investigación y Docencias Económicas CIDE. En: <http://biblioteca.uahurtado.cl/ujah/reduc/pdf/pdf/txt815.pdf>

<sup>6</sup> Información disponible en: [www.junaeb.cl](http://www.junaeb.cl)

<sup>7</sup> Ministerio de Desarrollo Social: Encuesta CASEN 2013. Educación. Síntesis de resultados. En: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013\\_Educacion.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Educacion.pdf)

escolar afectaba al 60% de los estudiantes que vivían en situación de pobreza multidimensional<sup>8</sup>. Con respecto a la deserción escolar, un análisis por quintil de ingreso autónomo realizado por MINEDUC (2013)<sup>9</sup> muestra que hay una mayor concentración de estudiantes de educación media desertores en los primeros quintiles, donde es posible encontrar mayor frecuencia de los siguientes factores de riesgo: ser hombre, ser padre, no vivir con la madre, tener bajos niveles de ingreso per cápita en el hogar, un bajo nivel de escolaridad del jefe de hogar y una menor cobertura de educación media en la comuna<sup>10</sup>.

Tales niveles de vulnerabilidad se reproducen en el nivel de rendimiento académico de los estudiantes obteniendo que, en relación a resultados en pruebas estandarizadas como SIMCE y PSU, las escuelas municipales consigan peores resultados que las escuelas particulares subvencionadas o particular pagadas. Según un reporte de la Biblioteca del Congreso Nacional (2015)<sup>11</sup>, con respecto al SIMCE, en promedio en todos los niveles educativos, los establecimientos municipales obtienen puntajes promedio que son significativamente más bajos que los que obtienen el sector particular subvencionado y el sector particular pagado. En ese sentido, un 58,86% de los establecimientos municipales se encuentra en el diez por ciento de peores puntajes. Si se observa el caso de la PSU, los estudiantes de educación municipal que ingresaron en Universidades después de rendir la PSU fue un 22,8% en el 2014, por debajo del porcentaje de estudiantes de la educación particular pagada (70,3%). En esa línea, más de la mitad de los estudiantes que provienen de la educación municipal está matriculado en Centros de Formación Técnica y en Institutos Profesionales, mientras que la otra mitad se divide en entre Universidades del CRUCH (23,85%) y Universidades Privadas no

<sup>8</sup> Ministerio de Desarrollo Social: Encuesta CASEN 2013. Educación. Síntesis de resultados. En: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013\\_Educacion.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Educacion.pdf)

<sup>9</sup> Ministerio de Educación (2013): Serie de Evidencias: Medición de la deserción escolar en Chile. Centro de Estudios. Año 2, N°15. En: [http://centroestudios.mineduc.cl/tp\\_enlaces/portales/tp5996f8b7cm96/uploadImg/File/A15N2\\_Desercion.pdf](http://centroestudios.mineduc.cl/tp_enlaces/portales/tp5996f8b7cm96/uploadImg/File/A15N2_Desercion.pdf)

<sup>10</sup> Santos, Humberto (2007): Dinámicas de la deserción escolar en Chile. Departamento de estudios de la División Social de MIDEPLAN. En: [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/ser\\_estsoc-dinamdeserc.escolar.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/ser_estsoc-dinamdeserc.escolar.pdf)

<sup>11</sup> Biblioteca del Congreso Nacional (2015): Datos de Resultados de la Educación Municipal, comparados con el Sector Particular Subvencionado y Particular Pagado. En: [www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21583/...Sector%20Municipal](http://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21583/...Sector%20Municipal)

pertenecientes al CRUCH (22,93%).

Román (2003)<sup>12</sup> agrega otro factor: las profundas desigualdades en los procesos de enseñanza docente. La práctica pedagógica sigue siendo altamente inefectiva en las escuelas más vulnerables, constituyéndose en uno de los principales factores explicativos de la baja calidad de los aprendizajes, debido a la falta de renovación de la práctica docente, constatándose el predominio de metodologías de enseñanza poco pertinentes e ineficaces (y a pesar de las recomendaciones de la Reforma Educacional anterior a la del 2014).

No solo las escuelas pueden denominarse vulnerables, sino también el entorno donde se inserta puede serlo e influir sobre su desempeño. Eso lo muestra un estudio realizado por la Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH)<sup>13</sup> donde señalan que la calidad de la educación está relacionada con variables socio-territoriales como pobreza, ruralidad, distancia con respecto a la capital regional y densidad poblacional. Las comunas con peores resultados son las comunas más pobres y que destinan mayor cantidad de recursos propios a subvencionar la inversión en educación de sus habitantes, lo que finalmente redundaría en un gasto ineficiente.

En síntesis, Redondo (2007)<sup>14</sup> indica que la introducción de elementos competitivos entre escuelas distorsiona la naturaleza del sistema educacional y, con ello, el derecho a la educación, configurando a las escuelas como espacios reproductores de desigualdades sociales en tanto margina ciertos sectores de la sociedad de los beneficios de la movilidad social. En ese sentido, el autor señala que asistir a una escuela municipal aumenta las probabilidades de rezago (repitencia) y deserción escolar, disminuye los resultados académicos y la probabilidad de continuar estudios superiores, lo que redundaría en un ingreso al

---

<sup>12</sup> Román, Marcela (2003): El difícil cambio en los procesos de enseñanza aprendizaje en escuelas vulnerables chilenas. Centro de Investigación y Docencias Económicas CIDE. En: <http://biblioteca.uahurtado.cl/ujah/reduc/pdf/pdf/txt815.pdf>

<sup>13</sup> Asociación de Municipalidades de Chile (2016): Calidad de la educación en las comunas de Chile. Dirección de estudios. En: [http://www.amuch.cl/pdf/estudio\\_calidad\\_de\\_la\\_educacion\\_2015.pdf](http://www.amuch.cl/pdf/estudio_calidad_de_la_educacion_2015.pdf)

<sup>14</sup> Ibídem.

sistema laboral precario, con menor remuneración<sup>15</sup> y menores posibilidades de movilidad social.

### 3. Política PACE USACH

Al asumir su segundo mandato y con toda la discusión sobre el carácter de derecho social de la educación y la calidad de la misma, la presidenta Michelle Bachelet promulga la ejecución del Programa de Acompañamiento y Acceso Efectivo (PACE) a la educación superior. Este programa pretende garantizar el acceso a la educación superior para aumentar la equidad y diversidad en esta instancia. Diversas instituciones se han ido haciendo parte del programa permitiendo el acceso a estudiantes destacados de los establecimientos más vulnerables del país que no lograban acceder vía puntaje PSU.

En una primera evaluación de los pilotos del programa PACE efectuada el año 2014<sup>16</sup>, se evidenció que los distintos actores están de acuerdo en que el propósito del proyecto premia el esfuerzo escolar y subsana la barrera de los recursos económicos y socioeducativos para acceder a la Educación Superior. Esto se ve reflejado en el aumento de expectativas de los estudiantes sobre sus posibilidades de acceso a la educación superior y sobre sí mismos y sus capacidades personales. Asimismo, reconocen que es altamente favorecedor el cambio de paradigma educativo que se está trabajando, primero, por la ampliación de contenidos en matemáticas y lenguaje y, segundo, a través de los cursos de gestión personal o de habilidades socioemocionales.

La Universidad de Santiago ha sido una de las principales impulsoras de la valoración de la trayectoria escolar de los estudiantes por sobre las pruebas estandarizadas en los procesos de admisión a la Educación Superior y pionera de iniciativas que hoy se han transformado en política pública. Estas acciones se han desarrollado desde un principio fundamental: el talento académico, especialmente el talento potencial, se distribuye homogéneamente en la población, pues no

---

<sup>15</sup> *Ibidem*.

<sup>16</sup> Ministerio de Educación (2015): Estudio de seguimiento a la implementación del Programa de Acompañamiento y Acceso Efectivo (PACE). Informe preliminar.

existen evidencias de presentarse distinción alguna en cuanto a diferencias culturales, socioeconómicas, de género, raza, etc.<sup>17</sup> y que, en consecuencia, en todas las razas, en todas las etnias y en todas las condiciones socioculturales, existen jóvenes con el talento académico y el potencial necesario para desarrollarse con éxito en la educación superior.

Otro principio fundamental que ha guiado las acciones de la USACH es la afirmación de que la pobreza no es mérito académico. Las acciones que se desarrollan están orientadas hacia la inclusión de jóvenes que provienen de establecimientos con alto Índice de Vulnerabilidad Escolar (IVE), pero se antepone la excelencia a esta inclusión. El mérito no está en la condición de vulnerabilidad, sino que en el desarrollo exitoso de los talentos académicos en condiciones poco favorables<sup>18</sup>. En este sentido, la Universidad de Santiago valora el talento académico por sobre las estructuras sociales que no permiten su desarrollo y, a través de distintas iniciativas, ha buscado a los jóvenes talentosos, independiente de la calidad de la formación que recibieron en su etapa escolar y ha dispuesto de sistemas de nivelación y orientación psicosocial que aseguran que estos talentos se desplieguen con éxito en la educación superior.

Lo anterior demuestra que el Modelo Educativo de la Universidad de Santiago, asume como parte de su misión un fuerte compromiso con la promoción de condiciones de igualdad de oportunidades de acceso, permanencia y conclusión de estudios, para los jóvenes que, desde distintos sectores sociales y como resultado de su esfuerzo y capacidad, acceden al sistema de educación superior.

En ese sentido, la Universidad de Santiago de Chile ya venía andando en dicha senda de la equidad en el ingreso a la Universidad mediante el sistema de bonificación para estudiantes de enseñanza media perteneciente al 15% superior de sus establecimientos, cupos especiales para estudiantes pertenecientes al 5%

---

<sup>17</sup> (Arancibia, 2009 citado en Miranda, 2012 p 13)

<sup>18</sup> Rahmer, B., Miranda, R. y Gil, F.J. (2013): "Programa de acceso inclusivo, equidad y permanencia de la Universidad de Santiago de Chile: una política universitaria de acción afirmativa. Prácticas para reducir el abandono: acceso de la educación superior, integración a las instituciones e intervenciones curriculares". III CLABES Tercera conferencia Latinoamericana sobre el abandono en la Educación Superior.

superior de establecimientos de extremo vulnerables y el programa Propedéutico<sup>19</sup> en alianza con UNESCO, cuya iniciativa se replicó posteriormente en quince universidades del país (tanto estatales como privadas).

El PACE USACH desarrolla 4 estrategias de intervención en escuelas con alto IVE en las regiones de O'Higgins y Metropolitana: Preparación Académica y Acompañamiento Docente (PAAD) caracterizado por el reforzamiento del aprendizaje y metodologías de enseñanza en Lenguaje y Matemáticas, Preparación Para la Vida (PPV) donde se enfatiza la exploración vocacional, la gestión y desarrollo de habilidades socioemocionales, el fortalecimiento de competencias, Vinculación entre Comunidades (VEC) donde se trabaja la difusión del PACE en la comunidad escolar y la ejecución de proyectos participativos y Nivelación y Acompañamiento en la Educación Superior (NAES) caracterizado por la inducción, acompañamiento y nivelación de los estudiantes ingresados a la USACH. Ahora bien, además de las estrategias mencionadas, el hecho de que el PACE USACH garantice cupos para el 15% de mejor rendimiento en cada uno de los establecimientos educacionales donde se ejecuta, también constituye una estrategia que interviene en las decisiones que toman los estudiantes, ya que estimularía una conducta o una serie de decisiones necesarias para poder alcanzar esos cupos garantizados y así acceder a la educación superior.

Como se desprende de la última idea planteada, tales intervenciones desarrolladas por PACE USACH no solo repercuten en los ámbitos donde han puesto sus objetivos sino también influyen en los estudiantes de manera integral en sus vidas, ya que las intervenciones permiten el acceso a mayor y mejor información, favorecen el desarrollo de habilidades para la vida, la identificación de posibilidades de elección saludables y el empoderamiento de los individuos y la comunidad para actuar en defensa de su bienestar integral.

Dichas intervenciones impactan en factores que se relacionan con el mejoramiento de la calidad de vida como valores sociales (responsabilidad, solidaridad,

---

<sup>19</sup> Disponible en [www.usach.cl](http://www.usach.cl)

cooperación, compromiso, entre otros), la participación de los individuos en actividades comunitarias y su integración en actividades grupales positivas (deportes, lecturas, arte, entre otras); la integración de la familia a la actividad escolar y el desarrollo personal de los individuos (autoestima, relaciones interpersonales, proyectos de vida, superación de obstáculos, derechos y deberes), entre otros<sup>20</sup>.

Entonces y en esa misma línea, por la envergadura y naturaleza de las estrategias desarrolladas por PACE USACH, los ejecutores y directivos a cargo de su implementación sostienen que los efectos van más allá de los objetivos planteados por el programa. Es decir, el PACE USACH no solo vería limitado su efecto sobre la generación de oportunidades de acceso equitativo a la educación superior, mejoramiento del rendimiento académico, aumento expectativas de formación superior, sino que, además sería posible reportar mejoras en la salud biopsicosocial de los estudiantes de los establecimientos educacionales con alto IVE. En ese sentido aspectos como embarazo adolescente, ausentismo escolar, violencia escolar, consumo de alcohol y drogas y trastornos del ánimo se observarían en menor frecuencia entre los estudiantes intervenidos por PACE USACH en contraposición con los estudiantes de establecimientos educacionales con similar IVE que no están siendo intervenidos por el PACE USACH.

---

<sup>20</sup> De Vincezi A, Tudesco F (2009): La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. Revista Iberoamericana de Educación n.o 49/7.

## Estado del arte del estudio

### Acción afirmativa por la educación

Al igual que muchas otras políticas públicas, las políticas educativas en Chile han experimentado una transición desde la cantidad hacia la calidad. A comienzos de la década de 1980, de lo que se trataba, era principalmente favorecer un esquema que permitiese la progresiva incorporación de niños, niñas y jóvenes al sistema educativo. Al principio se privilegió la cobertura de enseñanza básica y luego, a fines de los años noventa, se amplió a la enseñanza media. En ese momento se entendió que la enseñanza básica era el nivel educativo que debía establecer las bases sociales para una cultura común, y, por el contrario, la enseñanza media se entendía como la educación preparatoria para la educación superior, por lo que no requería ser universalmente establecida.

Eso ha cambiado. En las últimas décadas, con las nuevas demandas que impone la sociedad, en términos de la relevancia de manejar conocimientos y destrezas más complejos, la educación media comienza a entenderse como un requisito básico y necesario para una adecuada integración social. Así se originaron las medidas que buscaron establecer la enseñanza media como una educación mínima, así como programas tendientes a disminuir la deserción escolar; y en el año 2003, una reforma constitucional estableció como obligatorio este nivel educativo.

Dentro de la discusión por generar equidad e igualdad entre las personas, la educación se considera un bien fundamental al que toda persona debiera acceder, acortando las brechas y otorgando posibilidades a aquellos más vulnerables.

La lucha por las reivindicaciones posee una larga historia, las bases fundacionales de las políticas de acción afirmativa sustentan la generación de programas y políticas que buscan insertar el derecho a la educación. Estas políticas “orientan sus esfuerzos hacia la promoción de beneficios temporales que les permitan a los grupos más vulnerables alcanzar mayores y mejores niveles de acceso, calidad y ciencia respecto a la oferta pública y privada de bienes sociales, culturales,

económicos y políticos de una sociedad de bienestar con equidad social”<sup>21</sup>

El concepto de Acción Afirmativa posee sus orígenes en la cultura anglosajona, responde a los movimientos de demandas sociales generado en Estados Unidos en los años 60, particularmente en torno a las demandas del movimiento negro. En la actualidad “el concepto de Acción Afirmativa tiene varias acepciones y evaluaciones sociales (...) se refiere a la Discriminación Positiva”, concepto este último que por considerar el término “discriminación”, de acepción negativa en el uso cotidiano, ha ido siendo cambiado por el de Acción Afirmativa<sup>22</sup>. En virtud de lo anterior, se entenderá como Acción Afirmativa al “conjunto coherente de medidas de carácter temporal dirigidas a corregir la situación de los miembros del grupo al que están destinadas en un aspecto o varios de su vida social para alcanzar la igualdad efectiva”<sup>23</sup>.

De ese modo, si se disgregase el concepto de Acción Afirmativa en tres dimensiones, la primera dimensión<sup>24</sup> del concepto dice de aquella relación con la necesidad de garantizar derechos que trascienden las garantías formales propias de las constituciones liberales, aumentando las exigencias de acceso mínimo – para toda la población– a los diferentes ámbitos sociales. En otras palabras, de la clásica noción de igualdad ante la ley (derechos de primera generación) se pasa a exigir igualdad de oportunidades (derechos de segunda generación).

La segunda dimensión<sup>25</sup> del concepto de Acción Afirmativa se refería al reconocimiento del estatuto particular de determinados segmentos de la población, en que, además de buscar mejorar las oportunidades de acceso de los sectores discriminados en los diferentes ámbitos sociales, se exige el reconocimiento de sus derechos como actores sociales con características e identidades particulares.

---

<sup>21</sup> Castro Heredia, J. A., Urrea Giraldo, F., & Viáfara López, C. A. (2011): Un breve acercamiento a las políticas de Acción Afirmativa: orígenes, aplicación y experiencia para grupos étnico-raciales en Colombia y Cali.

<sup>22</sup> Williamson, G. (2007). Acción Afirmativa en Educación Superior: dilemas y decisiones en tiempos multiculturales de Globalización. *Ciencias Sociales On Line*, 4(1), 77-101.

<sup>23</sup> Begné, P. (2005) “Acción afirmativa: una vía de la pro-Solidaridad para corregir la desigualdad”. Universidad de Guanajuato.

<sup>24</sup> *Ibidem*.

<sup>25</sup> *Ibidem*.

Finalmente, la tercera dimensión<sup>26</sup> del concepto correspondía a una acepción más restringida, relacionada con las referencias a determinados tipos de políticas que tienen en común introducir el criterio de no discriminación.

La educación, como campo de aplicación de acción afirmativa, tiene importantes particularidades que deben ser consideradas en los análisis posteriores. En primer lugar, la educación no sólo se constituye en un ámbito social que debe garantizarse por su valor en sí mismo, sino que, además, se le asigna una alta incidencia sobre los demás aspectos de la vida y el desarrollo social. En segundo lugar, es importante considerar que lo que se entiende por acción afirmativa varía según los distintos niveles del sistema educacional que se esté hablando.

### Educación en el desarrollo integral de los estudiantes

Según declaraciones de UNESCO<sup>27</sup> y como ha sido mencionado previamente, los niveles educativos elevados son claves en el desarrollo de las naciones, puesto que contribuyen a trabajar en pos de la erradicación de la pobreza y a profundizar el crecimiento socioeconómico de las comunidades.

La UNESCO reconoce también que la educación de jóvenes permite a las personas desarrollar sus capacidades, enriquecer sus conocimientos y mejorar sus competencias técnicas o profesionales, así como también debe permitir desarrollar competencias relacionadas con los cuatro pilares del aprendizaje: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos, aprender a ser. Una educación pertinente permite una adecuación de las experiencias educativas de tal modo que se ajusten a las necesidades y condiciones particulares de las personas<sup>28</sup>.

En este contexto, es considerable la ampliación de las propuestas internacionales para que el derecho a una educación de calidad no solo abarque el aprendizaje

---

<sup>26</sup> *Ibidem*.

<sup>27</sup> UNESCO (2010): Educación, Juventud y Desarrollo. Acciones de la UNESCO en América Latina y el Caribe. Documento preparado para la Conferencia Mundial de la Juventud en León Guanajuato México.

<sup>28</sup> *Ibidem*.

básico, si no también se abre a la opción de considerarla como pilar de las oportunidades de inclusión social.

Es así como los espacios de educación para las juventudes se constituyen como el lugar de excelencia para la búsqueda de identidad y logro de la emancipación, visualizando la educación superior como el imaginario social y la vía más adecuada de movilidad<sup>29</sup>.

Las políticas de Estado han de reorientarse en la búsqueda de soluciones para un movimiento juvenil que busca su identidad y desarrollo a través de una educación que promete la inclusión y desarrollo humano en los diferentes contextos sociales. Es aquí, donde radica al papel fundamental de la educación en el desarrollo integral de los jóvenes y su percepción de bienestar. El desarrollo integral del ser humano se basa en la educación, tal como menciona la UNESCO, generando inclusión social y la consecuente construcción de una sociedad democrática y equitativa.

Como menciona Blanco (2006)<sup>30</sup>, “la educación no sólo tiene la finalidad de socializar a los individuos a través de la apropiación de los contenidos de la cultura en la que están inmersos, 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. Aprender a ser (...) es fundamental para conocerse y valorarse a sí mismo y construir la propia identidad, para actuar con creciente capacidad de autonomía, de juicio y de responsabilidad personal en las distintas situaciones de la vida”.

El bienestar subjetivo se entiende, en este sentido, como la noción de satisfacción general que se tiene de la vida. Según Cummins et al. (2003)<sup>31</sup> lo fundamental de

---

<sup>29</sup> Benavides-Lara, M. A. (2015): Juventud, desarrollo humano y educación superior: una articulación deseable y posible. *Revista iberoamericana de educación superior*, 6(16), 165-173.

<sup>30</sup> Blanco, G. (2006). La equidad y la inclusión social: uno de los desafíos de la educación y la escuela hoy. *Reice: Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*.

<sup>31</sup> Tomado de Alfaro, J., Casas, F., & López, V. (2015). Bienestar en la infancia y adolescencia. *Psicoperspectivas*, 14(1), 1-5.

la noción de bienestar subjetivo es la evaluación que hace cada persona de la satisfacción con su vida”.

### Prevención y promoción de salud en estudiantes en espacio de escuela

La escuela se presenta como un espacio favorable para realizar intervenciones psicosociales, principalmente porque las dinámicas del sistema educativo influyen en el mantenimiento de rutinas que contribuyen a la formación de patrones de interacción que los niños y adolescentes utilizan en sus relaciones sociales<sup>32,33</sup>.

De ese modo, es posible rescatar que las contribuciones que realiza la escuela en relación a la salud humana gozan de un espacio favorable debido a las propias dinámicas del entorno educativo. Al decir de Mitjans (1996)<sup>34</sup> y parafraseándola, se pueden identificar 5 principales ámbitos:

- Otorgar al sujeto una formación cultural mínima que le permita comprender los diversos mensajes sobre salud que se divulgan por diferentes vías: radio, televisión, carteles, periódicos, revistas, libros, etc. Si bien, una formación letrada no garantiza linealmente que el sujeto sea capaz de asumir un modo de vida saludable, indiscutiblemente constituye una contribución muy importante en el sentido de dar la posibilidad de acceso a muchas informaciones y conocimientos relacionados con la salud, que en la cultura de la época en que vivimos se expresan, fundamentalmente, a través de formas lingüísticas dominantes (lenguaje escrito, audio-visual, etc.)
- Una segunda contribución es la que se relaciona con la preparación para el trabajo. La institución escolar proporciona una formación básica que constituye, dentro de un complejo conjunto de factores, un factor importante

<sup>32</sup> Musitu, G, Martínez, B. (2009): Familia y escuela. Una complicidad necesaria en la prevención de la drogodependencia. Ponencia Congreso Hablemos de Drogas. Familia y jóvenes juntos por la prevención. Barcelona, España.

<sup>33</sup> Marín, M. (2003). Función social de la educación y rol del profesor. En: La sociedad educadora. Albacete: Servicios de publicaciones de la Universidad de Castilla la Mancha.

<sup>34</sup> Mitjans, A (1996): La escuela: un espacio de promoción de salud. En Educación, salud y trabajo: Revista iberoamericana, ISSN 1515-159X, N° 4, 2003, págs. 227-238

para una inserción favorable en la vida laboral, no sólo como forma de realización humana, sino también como vía de satisfacción de necesidades básicas, elementos esenciales para la salud.

Ahora bien, la escuela por sí sola no es garante de lo anterior, sino que, como se vio anteriormente, la escuela puede convertirse, a su vez, en un espacio de exclusión, lo que se expresa en los altos índices de deserción escolar que caracterizan a muchos sistemas educativos. El fracaso es atribuido unilateralmente al alumno, quien, al no poder cumplir las exigencias de la institución, la abandona, comenzando, en la mayoría de los casos, un recorrido de frustraciones y fracasos indiscutiblemente nocivo para la salud individual y social.

Adicionalmente, la escuela siendo el espacio ideal para la preparación del sujeto con miras hacia el mundo laboral, también trabaja con ellos la orientación profesional. Se entiende la orientación profesional como el conjunto de acciones educativas sistémicas dirigidas, fundamentalmente, al desarrollo, en el sujeto, del conjunto de recursos psicológicos, que mediatizan la elección auto-determinada de la profesión y el vínculo positivo posterior con ella. Este proceso es complejo cuyo centro no es la transmisión de información sobre el conjunto de alternativas profesionales, sino precisamente, el desarrollo de recursos psicológicos que le permitan al sujeto implicarse, explorar, reflexionar, problematizar y seleccionar un camino que se relaciona más con la pregunta ¿quién ser? que con la pregunta ¿qué hacer?. La auto-determinación, como capacidad del sujeto para determinar sus acciones por sus propias reflexiones y convicciones, lejos de cualquier determinismo externo, es un importante elemento de salud psicológica. El no encontrarse a sí mismo, el funcionar por criterios externos no asumidos realmente, puede constituirse, de hecho, en un problema de salud con muy diversas formas de manifestación. Así las acciones sistémicas que desde la escuela se estructuran en relación con la orientación profesional y la educación para el trabajo, en su sentido más

general, amplía las posibilidades para que la institución escolar se constituya en un espacio de promoción de salud laboral.

- Una tercera vía de acción de la escuela, y quizás la más trabajada, se expresa en los conocimientos específicos que aporta en relación a la salud a través de muchas disciplinas del currículum. Informaciones sobre el funcionamiento del organismo humano, sobre vías de transmisión de enfermedades y formación de hábitos higiénicos, sobre cultura alimentar y otras, resultan útiles en el proceso de educación de la salud. Sin embargo, estos conocimientos, como otros cualesquiera, tienen que adquirir sentido para que se integren y participen activamente del sistema de regulación del comportamiento del sujeto. Si no se logra que, en el alumno, adquieran un sentido individualizado, no los incorporará de forma efectiva a su reflexión y a su acción. La forma en que se trabajen estos conocimientos, al igual que el resto de los conocimientos que la escuela pretende enseñar, tiene que ser tal que se vinculen con las necesidades y motivaciones propias del alumno, provocando vivencias emocionales específicas, elementos esenciales para la constitución de estructuras de sentido de relativa estabilidad en la personalidad.
- Una cuarta vía de participación de la escuela en la promoción de la salud la constituyen las disciplinas específicas que pueden contribuir a la construcción de estilos de vida saludables, como por ejemplo ramos de educación física o de expresión corporal. Sin embargo, cualquier conocimiento, disciplina o actividad sólo resulta verdaderamente efectivo cuando se logra que adquiera un sentido real para el alumno. La educación física, como la artística, la laboral u otros tipos e actividades 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 papeles y el

establecimiento de nuevas amistades que pocas veces son explotados en el desarrollo de estas actividades.

- La acción educativa de la escuela incide en la formación de recursos psicológicos necesarios para el funcionamiento integral de la persona que le permita enfrentar la vulnerabilidad ante enfermedad o condiciones contextuales adversas y favorezca un modo de vida saludable.

Por todas las razones anteriormente esbozadas, contribuir a educar una personalidad rica y sana debe ser un objetivo intencional de la escuela, ya que son precisamente los recursos subjetivos que la integran los que van a participar en la regulación del comportamiento del sujeto en todas las esferas de la vida.

Ahora bien, desde esa misma lógica se desprenden otras estrategias alojadas al alero de salud que utiliza la educación como mecanismo para aumentar y ampliar el conocimiento de la población en relación a la salud y desarrollar valores y habilidades que la promuevan. Lo anterior se conoce como Educación para la Salud<sup>35</sup>.

La Educación para la Salud es un proceso de formación, de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar a las personas y de prepararlas para que, poco a poco, adopten un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud.

En ese sentido, las escuelas se consideran el espacio propicio para ejecutar esta estrategia y realizar promoción temprana, ya que implica la transmisión de conocimientos y la adquisición de habilidades que ayuden a afrontar la realidad del modo más eficaz. La Educación para la Salud en la escuela requiere ser coherente con las necesidades manifiestas y potenciales de los alumnos, lo que

---

<sup>35</sup> Organización Mundial de la Salud (1998): Promoción de la salud Glosario. En: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

significa que tienen que existir programas bien estructurados y con continuidad en el tiempo, para conseguir producir los comportamientos y actitudes que se pretenden promocionar. Las actuaciones puntuales y aisladas suelen ser poco productivas y, desde luego, nada satisfactorias ni para educadores ni para educandos<sup>36</sup>.

Ante este último punto, la Organización Mundial de la Salud ha creado la estrategia de Escuelas Promotoras de Salud<sup>37</sup>, cuyo objetivo es crear las condiciones favorables para que futuras generaciones adquieran el conocimiento y las destrezas que les permitan cuidar y mejorar su salud, la de sus familias y comunidades a través de la aplicación de los principios de la promoción de la salud en los espacios donde las personas aprenden, disfrutan y conviven, como lo es la escuela.

De igual manera, la escuela se tiene como espacio recomendado para ejecutar acciones de salud, por parte del Ministerio de Salud (MINSAL) y por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) en Chile, debido a que tienen población cautiva (entendida como población que permanece establemente en un establecimiento) y la efectividad de esas acciones de salud se incrementa en pos de contribuir al desempeño escolar de los estudiantes. Un ejemplo de ello es el Programa de Salud Escolar, el cual tiene como finalidad entregar atención integral a alumnas y alumnos en condiciones de vulnerabilidad social, económica, psicológica y biológica, de los niveles de Educación Parvularia, Básica y Media, pertenecientes a establecimientos municipales y particulares subvencionados, proporcionándoles atención médica especializada (Oftalmología, Otorrino y Columna), atención odontológica y atención psicosocial, orientada a promover, prevenir y resolver problemas de salud que afecten al rendimiento e inserción

---

<sup>36</sup> García, Isabel. (1998). Promoción de la salud en el medio escolar. *Revista Española de Salud Pública*, 72(4), 285-287. En: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271998000400001&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000400001&lng=en&tlng=es)

<sup>37</sup> Organización Mundial de la Salud: Acerca de las Escuelas Promotoras de Salud. Disponible en [http://www.paho.org/saludyescuelas/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=98:about-health-promoting-schools&Itemid=179&lang=es](http://www.paho.org/saludyescuelas/index.php?option=com_k2&view=item&id=98:about-health-promoting-schools&Itemid=179&lang=es)

escolar favoreciendo su calidad de vida y su acceso equitativo al sistema educacional en igualdad de condiciones<sup>38</sup>.

Finalmente, por un lado, la escuela es el espacio propicio para poder adquirir habilidades, conocimientos y reforzar los recursos psicológicos insertos dentro de los estudiantes que les permita tomar decisiones en torno a su salud más y mejor informadas, así como también sensatas y de autocuidado. Sin embargo, también el sector salud supone a la escuela como ambiente propicio para ejecutar estrategias de intervención en salud para aumentar el bienestar de los estudiantes adscritos a ella.

### Determinantes sociales de la salud de estudiantes adolescentes

Según las definiciones contenidas en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales (2011)<sup>39</sup> los determinantes sociales de la salud se comprenden como “las condiciones en las que la gente nace, viven, trabaja y envejece (...) Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales, las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud”. Estas condiciones pueden ser desfavorables o favorables para el desarrollo de las personas, por lo cual tienen un profundo discurso sobre la equidad en salud y el trabajo sobre las injusticias sociales.

Wilkinson y Marmot (2003)<sup>40</sup> desarrollan las ideas de cómo operan los determinantes sociales sobre la salud de las personas. De ese modo muestran que en todas las sociedades se da el hecho de que a medida que descendemos por la escala social, se va acortando la esperanza de vida y se vuelven más comunes la mayoría de las enfermedades, ya que un buen comienzo en la vida y

---

<sup>38</sup> MIDESO: Programa de Salud Escolar. Información disponible en <http://www.chilesolidario.gob.cl/manual/Fichas/f72.htm>

<sup>39</sup> OMS/OPS (2011): Cerrando la brecha: La política de acción sobre Los determinantes sociales de la salud: Todos por la equidad, “Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud”.

<sup>40</sup> OMS/OPS (2003): Social determinants of health. The solid facts. Second edition.

el desarrollo temprano en conjunto con la educación ejercen un impacto sobre la salud que dura toda la vida.

En ese sentido, la vida es corta donde su calidad es pobre. La pobreza, la marginación social y la discriminación cuestan vidas porque provocan privaciones y resentimiento y además es fuente de estrés.

De ese modo, las circunstancias que generan estrés preocupan a las personas, les crean ansiedad y les hacen sentirse incapaces de salir adelante, perjudican la salud y pueden causar una muerte prematura, ya que eleva el riesgo de enfermedad. Las personas que tienen un mayor control sobre su trabajo están más sanas porque un trabajo seguro incrementa la salud, el bienestar y la satisfacción laboral. Como antítesis, las tasas de desempleo más elevadas causan más enfermedades y muerte prematura.

Asimismo, mayor satisfacción general mejora las relaciones sociales y generan una sólida red de apoyo que impacta sobre la salud en el hogar, en el trabajo y en la comunidad y aleja de factores de riesgo como el consumo de alcohol, drogas o tabaco.

Nuevamente, los determinantes de la salud se encuentran presentes desde la primera infancia y los efectos de la pobreza, la educación, las drogas, las condiciones laborales, el desempleo, el apoyo social, la buena alimentación y la política de transporte afectarán toda su vida. En ese sentido, son las condiciones sociales y económicas las que ejercen una mayor influencia sobre la salud de la población en general y que afectan de manera particular a los adolescentes.

Sin embargo, antes de examinar cada uno de los determinantes seleccionados es fundamental dejar claro que se entiende por salud. Según la Organización Mundial de la Salud, se entiende por salud a "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de

Este concepto desafía lo que tradicionalmente se entiende como salud en tanto ausencia de enfermedad, ya que explora la posibilidad de que la salud se encuentre determinada por el bienestar que se experimenta a nivel físico, psicológico/mental y social, lo cual vendría a ser dado, a su vez, por los determinantes sociales que operan sobre los estudiantes adolescentes.

En esa misma línea, en el año 1977, se introduce un nuevo enfoque para el abordaje de enfermedades en el mundo biomédico. Se trató del enfoque biopsicosocial diseñado por el psiquiatra George Engel, quien, a partir de la Teoría General de Sistemas, desarrollada por el biólogo Ludwig Von Bertalanffy (1950), propone un nuevo modelo que desafiaba al modelo hegemónico<sup>42</sup>.

Lo que Engel toma de Von Bertalanffy es el hecho de que el abordaje de las enfermedades requieren una mirada más amplia de lo que ofrece el reduccionismo biomédico: “Ya que los sistemas teóricos sostienen que todos los niveles de la organización están vinculados entre ellos en una relación jerarquizada, por lo tanto, los cambios que se producen en uno afecta, en tanto cambios, sobre otros; su adopción como enfoque científico debe hacer mucho para mitigar la dicotomía holística reductivista y mejora la comunicación entre las disciplinas científicas. Para la medicina, la teoría de sistemas provee un enfoque conceptual apropiado no solo para el propósito del concepto biopsicosocial de la enfermedad, sino también para estudiar la enfermedad y los cuidados médicos como un proceso interrelacionado”<sup>43</sup>. Precisamente, esa mirada más amplia la constituye la aceptación e inclusión de dimensiones psicológicas que afectan los estados de salud y que necesitan ser consideradas para la configuración de cuidados específicos en salud: “la conducta y la experiencia del individuo como parte del infrasistema personal; y la familia, la comunidad y la sociedad como parte del

---

1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

<sup>42</sup> Engel G (1977): The need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. Science, New Series, Vol 196, No. 4286, 129 – 136.

<sup>43</sup> Ibídem.

suprasistema cultural, haciendo evidente la interrelación entre los niveles biológicos, psicológicos con lo social y lo cultural”<sup>44</sup>.

En síntesis, mirar la salud desde un enfoque biopsicosocial es entender que la salud se determina en función de factores biológicos, psicológicos y sociales que confluyen en el individuo, tales como los determinantes sociales de la salud que a continuación se enuncian:

### 1. Nivel socioeconómico familiar

Es ampliamente reconocido por la literatura internacional que los estudiantes que provienen de familias de bajo nivel socioeconómico (entendido como nivel educacional de los jefes de hogar/adultos responsables/padres y nivel de ingresos económicos) presentan mayores probabilidades de desertar del sistema escolar<sup>45,46,47,48</sup> y/o de tener peores rendimientos académicos<sup>49,50,51</sup>.

Lo anterior debido a que el nivel socioeconómico permite la aproximación hacia otras variables como pobreza, hábitos de vida, modelos de interacción familiar, comunicación dentro de las familias, expectativas educacionales sobre los estudiantes, capacidad de los jefes de hogar/adultos responsables/padres de desarrollar estrategias para el desarrollo cognitivos y aprendizaje de los estudiantes. Si el estudiante vive en un entorno marcado por un nivel socioeconómico bajo se ve expuesto a tener modelos de interacción familiar deficientes, altos índices de estrés familiar, pautas comunicacionales defectuosas,

---

<sup>44</sup> Sabelli, H. Carlson-Sabelli. (1989): Biological Priority and Psychological Supremacy. APA Journal. Vol 146.

<sup>45</sup> Rumberger, R (2001): Why students dropout of school and what can be done. Trabajo presentado en la Conferencia Dropouts in America: How severe is the problem? What do we know about intervention and prevention?. Harvard University. En: <http://www.civilrightsproject.ucla.edu/research/dropouts/rumberger.pdf>

<sup>46</sup> Ingram, A (2007): High school dropout determinants: The effect of poverty and learning disabilities. The Park Place Economist, vol. 14, pp. 73-79.

<sup>47</sup> Janosz, M., Leblanc, M., Boulerice, B., Tremblay, R. (1997): Disentangling the weight of school dropout predictors: A test on two longitudinal samples. Journal of Youth and Adolescence, vol. 26, núm. 6, pp. 733-762.

<sup>48</sup> Haveman, R., Wolfe, B., Spaulding, J. (1991): Childhood events and circumstances influencing high school completion. Demography, vol. 28, núm. 1, pp. 133-157.

<sup>49</sup> Vernon, P. E. (1969): Intelligence and cultural environment. London, Methuen and Co. Ltd.

<sup>50</sup> Jencks, C, Smith, M., Ackland, H. M., Cohen, J. D., Heyns, H. G. B. & Michelson, S. (1972): Inequality: A reassessment of the effect of family and schooling in America. New York: Basic Books.

<sup>51</sup> Bandura, A. (1982): Teoría del aprendizaje social. Madrid, Espasa Calpe.

bajas expectativas sobre su desempeño escolar y bajo acompañamiento de sus padres o adultos significativos en su trayectoria escolar.

De igual manera, el nivel socioeconómico de la familia se encuentra relacionado con la salud de los estudiantes, la cual, a su vez, influye en su probabilidad de éxito en rendimiento escolar o su probabilidad de desertar del sistema escolar. En sentido general, a más bajo nivel socioeconómico de la familia aumenta la probabilidad de observar un estado de salud deficiente entre sus miembros. Esto es posible verlo reflejado en las siguientes dimensiones presentes en la literatura internacional y nacional:

- Estado de salud: un nivel socioeconómico familiar bajo se asocia a peores indicadores de salud de los miembros de la familia. En ese modo, se observa menor expectativa de vida entre quienes tienen bajo nivel socioeconómico<sup>52</sup>, 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<sup>53</sup>.
- Estado nutricional: el bajo nivel socioeconómico familiar se asocia con malnutrición por exceso (obesidad) de sus miembros y con una menor ingesta de frutas, verduras y lácteos<sup>54,55,56</sup>. A su vez, el estado nutricional afecta al rendimiento de los estudiantes, ya que se requieren de nutrientes específicos para poder desarrollar habilidades cognitivas y de aprendizaje que, de estar presente la malnutrición por exceso o por déficit, se ausentarían de la dieta de los estudiantes, generando trastornos del

---

<sup>52</sup> Backlund E, Sorlieb PD, Johnson NJ (1999): A comparison of relationships of education and income with mortality: the national longitudinal mortality study. *Social Science and Medicine*; 49: 1373-1384.

<sup>53</sup> Center of Disease Control (2014): Factores que contribuyen a las disparidades de salud vinculadas al cáncer. En: [http://www.cdc.gov/spanish/cancer/healthdisparities/basic\\_info/challenges.htm](http://www.cdc.gov/spanish/cancer/healthdisparities/basic_info/challenges.htm)

<sup>54</sup> Ball K, Crawford D.(2005): Socioeconomic status and weight change in adults: a review. *Social Science and Medicine* 2005; 60: 1987- 10.

<sup>55</sup> Monteiro CA, Moura E, Conde W, Popkin B. (2004): Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of The World Health Organization* 2004; 82: 940-46.

<sup>56</sup> Yáñez R, Olivares S, Torres I, et al. (2001): Consumo de alimentos de escolares. Su relación con las guías y la pirámide alimentaria. *Rev Chil Nutr* 2001; 28:422-28.

aprendizaje y de motivación<sup>57</sup>.

- Embarazo adolescente: un nivel socioeconómico bajo aumenta la probabilidad de embarazo adolescente entre jóvenes<sup>58</sup>. Y, asimismo, aumenta la probabilidad de deserción escolar entre aquellos jóvenes involucrados en el embarazo, predominantemente, mujeres<sup>59</sup>.
- Consumo nocivo de alcohol y drogas: un nivel socioeconómico bajo se asocia a un mayor riesgo de consumo nocivo de alcohol y drogas entre jóvenes<sup>60,61,62</sup>. Asimismo, el consumo nocivo de drogas y de alcohol influye en el rendimiento escolar<sup>63</sup> y en la probabilidad de deserción de los jóvenes<sup>64,65</sup>.
- Trastornos del ánimo: la literatura documenta algunas asociaciones entre trastornos del ánimo y nivel socioeconómico que indica que a menos nivel socioeconómico mayor prevalencia de trastornos anímicos en jóvenes<sup>66,67</sup>, sobre todo del espectro ansioso y depresivo.

<sup>57</sup> Aguilar Cordero, M.<sup>a</sup> J., González Jiménez, E., Padilla López, C. A., Guisado Barrilao, R., & Sánchez López, A. M.. (2012): Sobrepeso y obesidad como factor pronóstico de la desmotivación en el niño y el adolescente. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4)

<sup>58</sup> Vera G, Gallegos M, Varela M. (1999): Salud Mental y embarazo en adolescentes: Contexto de la gestación y consecuencias biodemográficas tempranas. *Rev Méd Chile* 1999; 4: 437-43.

<sup>59</sup> Morgan Dc, Chopa G, Fisher M. (1995): Psychosocial variables associated with teenager pregnancy. *Adolescence* 1995; 30: 277-89.

<sup>60</sup> Blow, L. et al. (2005): Parental income and children's smoking behaviour: evidence from the British household panel survey. Londres, Institute for Fiscal Studies.

<sup>61</sup> Melotti, R. et al. (2013): Early life socioeconomic position and later alcohol use: birth cohort study. *Addiction*, vol. 108, no 3, pp. 516-525.

<sup>62</sup> Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, et al. (2012): Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry*; 53: 1026–1035.

<sup>63</sup> Di Pietro G, Page L, Silva Goncalves J. (2012): The effect of alcohol and drug consumption on academic performance: a treatment effect evaluation. En: [https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db\\_name=ESAM2012&paper\\_id=382](https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db_name=ESAM2012&paper_id=382)

<sup>64</sup> Observatorio Chileno de Drogas. Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. Santiago, <http://www.senda.gob.cl/media/2015/08/Informe-Ejecutivo-ENPG-2014.pdf> (2015).

<sup>65</sup> Espíndola E y León A (2002): La deserción escolar en América Latina: un tema prioritario en la agenda global. En: <http://rieoei.org/rie30a02.htm>

<sup>66</sup> Ortiz-Hernández, Luis, López-Moreno, Sergio, & Borges, Guilherme. (2007): Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1255-1272.

<sup>67</sup> Patel V, Araya R, De Lima M, Ludermir A, Todd C. (1999): Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med*; 49:1461-71.

## 2. Nivel educacional de la madre

La madre se configura como el agente socializador fundamental desde el inicio de la vida de los niños/as, ya que por medio de esta entrega normas y valores que serán referentes de la conducta posterior del niño/a. La instrucción de la madre es una medida de capital cultural del que dispone la familia. En diversos estudios es posible observar que el nivel educacional de la madre es un factor predictivo del rendimiento del estudiante, sobre todo en el área de lenguaje<sup>68,69</sup>.

## 3. Estructura familiar

Los niños/as y adolescentes que crecen con ambos padres tienen mayor probabilidad de tener mejores rendimientos académicos y menor propensión a la deserción escolar en comparación con los que viven en familias monoparentales y familias reconstituidas<sup>70,71,72</sup>. En las familias donde se encuentran presentes ambos padres es posible ver mayor compromiso con el desempeño escolar de los hijos/as, mayor formación de aspiraciones educacionales y actitudes positivas frente a la escuela y educación superior. Asimismo, estas familias pueden tener mayor probabilidad de tener un mejor nivel socioeconómico debido a que aumenta la proporción de adultos que pueden contribuir económicamente a la familia (ambos padres trabajando).

## 4. Liderazgo educativo

Se encuentra extendida la creencia de que los líderes educativos (entendidos como directores de establecimientos educacionales) pueden hacer una gran diferencia en la calidad de las escuelas y de la educación que reciben niños y

---

<sup>68</sup> Mella O, Ortiz I (1999): Rendimiento escolar, influencias diferenciales de factores externos e internos. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos, 1º trimestre, año/vol. XXIX, número 001. Centro de Estudios Educativos. Pp 69-92.

<sup>69</sup> Fletcher-Janzen, E. (2010): The Relationship of Socioeconomic Status to Cognitive Ability in Ethnically Diverse Samples of Normal Children, as Measured by the KABC-II and WISC-IV. University of Colorado.

<sup>70</sup> Pong, S.-L. y Ju, D.B. (2000): The effects of change in family structure and income on dropping out of middle and high school. Journal of Family Issues, vol. 21, núm. 2, pp. 147-169.

<sup>71</sup> Wojtkiewicz, R.A. (1993): Simplicity and complexity in the effects of parental structure on high school graduation. Demography, vol. 30, núm. 4, pp. 701-717.

<sup>72</sup> Krein, S.F. y Beller, A.H. (1988): Educational attainment of children from single-parent families: Differences by exposure, gender and race. Demography, vol. 25, núm. 2, pp. 221-234.

jóvenes. En ese sentido, la OCDE ha estado impulsando un cambio de paradigma en el sistema escolar que otorgue mayor autonomía a las escuelas en sus decisiones educativas para así adaptarse a entornos flexibles y puedan enfrentar los desafíos de los escenarios actuales<sup>73</sup>. Estos cambios se enfrentan con el desafío de mejorar la calidad de los directores, lo que ha obligado a estos países a considerar el liderazgo como un punto de interés central<sup>74</sup> con más relevancia en contextos de vulnerabilidad social y pobreza<sup>75</sup>.

En Chile, Raczynski y Muñoz<sup>76</sup> reeditaron dos estudios relacionado con lo mencionado anteriormente: el primero de ellos es “Escuelas Efectivas en Sectores de Pobreza: ¿Quién dijo que no se puede?”, el cual fue desarrollado en conjunto por Cristián Bellei y Luz María Pérez, de UNICEF, y Dagmar Raczynski y Gonzalo Muñoz. El segundo estudio, financiado por PREAL llamado “Factores que desafían los buenos resultados educativos en escuelas en sectores de pobreza”, fue realizado por el equipo de Asesorías para el Desarrollo. Los estudios, realizados entre 2003 y 2004, respectivamente, estuvieron guiados por las preguntas sobre cómo trabajan las escuelas en sectores de pobreza en nuestro país, cómo obtienen buenos o malos resultados SIMCE y por qué mejoran o empeoran sus resultados a lo largo del tiempo.

Para dar respuesta a estas interrogantes, se investigó con profundidad casos de escuelas en sectores de pobreza que mostraban situaciones distintas, en cuanto a sus resultados educativos en el momento del estudio y a las tendencias en el tiempo de estos resultados. Se eligió, para dicho estudio, a 14 escuelas efectivas, 8 de las cuales pasaron de bajos resultados –al inicio de los años 90– a altos resultados en la segunda mitad de la década; y 8 escuelas que tuvieron buenos resultados educativos a mediados de los 90 y que, hacia los años 2000–2002,

---

<sup>73</sup> Pont, B., Nusche, D. y Moorman, H. (2008): *Improving School Leadership*. Volume 1: Policy and Practice. En: <https://www.oecd.org/edu/school/40545479.pdf>

<sup>74</sup> Horn, Andrea, Marfán, Javiera. (2010): *Relación Entre Liderazgo Educativo y Desempeño Escolar: Revisión de la Investigación en Chile*. *Psicoperspectivas*, 9(2), 82-104.

<sup>75</sup> Raczynski, D. y Muñoz, G. (2006): *Factores que desafían los buenos resultados educativos de las escuelas en sectores de pobreza*. En S. Cueto (Ed.), *Educación y brechas de equidad en América Latina* (pp. 275-352). Chile: PREAL.

<sup>76</sup> *Ibidem*

mostraron resultados bajos. Simultáneamente, se reconstruyó evidencia de escuelas con bajo rendimiento permanente, a partir de estudios existentes y de entrevistas a agentes involucrados en la entrega de asesoría y asistencia técnica a estas escuelas.

En ese sentido, uno de los hallazgos más importantes de dichos trabajos es el eje pedagógico y liderazgo educativo de los profesores, es decir, la interacción y soporte recíproco entre la gestión pedagógica institucional y el trabajo de los profesores en el aula. Si no existe respaldo recíproco y coherencia entre la gestión de la escuela y lo que ocurre en el aula, no es posible que las escuelas obtengan buenos resultados o que los mantengan en el tiempo.

El trabajo en el aula, si cuenta con apoyo y respaldo pedagógico constante, de parte de los líderes de la escuela y de los pares, en una modalidad de trabajo de colaboración, y si se encuentra institucionalizada en la organización escolar (no es solo casual o espontánea entre algunos profesores), las escuelas obtienen mejores resultados. De este modo, el apoyo y respaldo institucional centrado en el eje pedagógico permite homogeneizar y elevar el desempeño de los profesores, mientras que su ausencia hace emerger, como factor determinante en los resultados educativos, las características individuales de cada profesor. En otras palabras, una gestión pedagógica y liderazgo educativo fuerte “saca lo mejor” de cada profesor, mientras que una débil, resta dirección, estímulo, apoyo a los profesores para que den lo mejor de sí mismos.

## 5. Desempeño escolar según sexo

Para la Organización Mundial de la Salud, género es entendido como “los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.”<sup>77</sup>

En relación al rendimiento académico según género, según Costa y Tabernero

---

<sup>77</sup> Extraído de <http://www.who.int/topics/gender/es/>.

(2012)<sup>78</sup>, en su estudio realizado en España buscaron identificar si existen diferencias de género en el rendimiento académico. Dentro las conclusiones se destacan que los resultados fortalecen la hipótesis de la existencia de diferencias de género a favor de las mujeres en el rendimiento académico de la asignatura como Lengua Castellana y Literatura.

En otro estudio realizado sobre la relación entre estatus sociométrico, género y rendimiento académico se encontró que una marcada posición de desventaja que enfrentan los estudiantes del género masculino, ya que el 45% de ellos son rechazados o excluidos del sistema escolar y su rendimiento académico es significativamente inferior. Esto puede ser explicado por efecto de la superioridad numérica de las chicas; sin embargo, es un dato que sorprende y también sería importante determinar en estudios posteriores si se trata de una particularidad de la muestra o es caso típico de la región en general<sup>79</sup>.

## 6. Rezago (repetencia) escolar

El rezago escolar entendido más comúnmente como repetencia de curso, corresponde a la situación en que un estudiante vuelve a hacer un curso por no haber alcanzado el nivel mínimo de aprobación. En Chile, según el último estudio UNESCO<sup>80</sup> al respecto, desde el año 2008 la cantidad de alumnos que no puede pasar de curso subió de 2,4% a 4,6%. Sin embargo, este dato corresponde únicamente a estudiantes de educación básica (1° a 6° básico). Ahora bien, según datos disponibles en MINEDUC pero que corresponden a datos de mayor data, entre el año 2003 y 2006 la tasa de repetencia en educación media ascendió al 50%.

---

<sup>78</sup> Costa, S., & Urbieta, M. D. C. T. (2012). Rendimiento académico y autoconcepto en estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria según el género. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 3(2), 175-193.

<sup>79</sup> Plazas, E. A., Penso, R. A., & López, S. E. (2006). Relación entre estatus sociométrico, género y rendimiento académico. *Psicología Desde El Caribe*, (17) Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1436992137?accountid=14621>

<sup>80</sup> UNESCO (2014): Tercer Estudio Regional Comparativo y Explicativo. En: <http://www.unesco.org/new/es/santiago/terce-study/>

Por último, Espíndola (2011)<sup>81</sup> estudió la trayectoria de una cohorte de estudiantes entre 1° y 4° medio, la que mostró que el 71,1% de los estudiantes cursó el 4° medio en un período de 4 años más 2 por eventuales repitencias.

### Algunas condiciones de salud entre estudiantes adolescentes chilenos/as que se ven afectadas por los determinantes sociales de la salud

Desde ese punto de vista, la salud biopsicosocial de la población adolescente en Chile se puede describir de la siguiente manera:

#### 1. Prevalencia de trastornos del ánimo

De acuerdo a la Primera Encuesta Nacional de Prevalencia de Desórdenes Mentales entre niños/as y adolescentes realizada el año 2012, se estimó que los desórdenes mentales afectan a un 16,5% de la población adolescente<sup>82</sup>. En ese sentido, los desórdenes mentales de mayor prevalencia entre los adolescentes son los desórdenes disruptivos (8%), desórdenes ansiosos (7,4%) y trastornos afectivos (7%)<sup>83</sup>. Las mujeres presentan mayor comorbilidad que los hombres, es decir que cumplen con ciertos criterios para tener dos o más diagnósticos de desórdenes mentales: la combinación más frecuente es el trastorno afectivo más trastorno ansioso (59,2%), seguido del trastorno afectivo más trastorno disruptivo (43,4%)<sup>84</sup>. Las variables de contextos que favorecen la aparición de desórdenes mentales entre adolescentes son: pertenecer al género femenino, 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 originario<sup>85</sup>; mientras que el buen funcionamiento familiar, entendido como

<sup>81</sup> Espíndola, Viola (2011): Mapa de la Efectividad de la Educación Media en Chile: Factores de gestión asociados a la completación de estudios secundarios. Proyecto FONIDE N°: F511056-2010. En: [www.udp.cl/funciones/descargaArchivos.asp?seccion=documentos&id=131](http://www.udp.cl/funciones/descargaArchivos.asp?seccion=documentos&id=131)

<sup>82</sup> Vicente B, Saldívia S, de la Barra F, et al. (2012): Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry*; 53: 1026–1035.

<sup>83</sup> *Ibidem*.

<sup>84</sup> *Ibidem*.

<sup>85</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud. Salud de la población joven indígena en América Latina. Un panorama general. Santiago, Chile, [http://desarrolloci.ucr.ac.cr/enlace/sites/default/files/publicaciones/Agenda\\_internacional\\_AL\\_Maihold.pdf#page=96](http://desarrolloci.ucr.ac.cr/enlace/sites/default/files/publicaciones/Agenda_internacional_AL_Maihold.pdf#page=96) (2011).

cohesión familiar y sus recursos para resolver conflictos<sup>86</sup> disminuyó el riesgo de presentar cualquier trastorno psiquiátrico<sup>87</sup>.

## 2. 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<sup>88</sup>. 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)<sup>89,90</sup>.

## 3. Consumo de alcohol y drogas

Este fenómeno puede ser generador de trastornos mentales en adolescentes o puede darse porque previamente existe un trastorno mental. El Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas SENDA<sup>91</sup>, muestra que la prevalencia del consumo de marihuana en población adolescente aumentó de un 6,7% en el año 2012 a un 13,5% en el año 2014, para ambos sexos y para todos los niveles socioeconómicos. Así también, aumentó la prevalencia de consumo de alcohol en población adolescente de 18,1% en el año 2012 a 22,9% en el año

---

<sup>86</sup> Musitu G, Jiménez T, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Rev Salud Pública México*; 49: 3–10, <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007000100002> (2007).

<sup>87</sup> Opcit cita 13.

<sup>88</sup> Definido por la OMS, el suicidio es el acto deliberado y violento de quitarse la vida que genera graves consecuencias para los individuos, familias, comunidades y países y que afecta, a su vez, a los servicios de salud.

<sup>89</sup> Ministerio de Salud. Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf> (2013). Observatorio de Niñez y Adolescencia. Infancia CUENTA en Chile. Segundo Informe. Santiago, 2014.

<sup>90</sup> Observatorio de Niñez y Adolescencia. Infancia CUENTA en Chile. Segundo Informe. Santiago, 2014.

<sup>91</sup> Observatorio Chileno de Drogas. Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. Santiago, <http://www.senda.gob.cl/media/2015/08/Informe-Ejecutivo-ENPG-2014.pdf> (2015).

2014 para todos los niveles socioeconómicos, pero mostrando mayor prevalencia de consumo en la población de nivel socioeconómico bajo.

#### 4. Embarazo adolescente

La tasa específica de embarazo adolescente asciende a 46,3 por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad<sup>92</sup>. Se configura como una de las tasas más bajas a nivel latinoamericano, sin embargo, es una de las más altas de los países que conforman la OCDE.

#### 5. Violencia escolar

Según las dos últimas Encuestas Nacionales de Violencia en el ámbito educacional ejecutadas el año 2007 y 2009<sup>93</sup>, se puede observar un aumento significativo de víctimas de bullying (12,2% a 17,2%), un aumento significativo de estudiantes con porte de armas (15,9% a 19,6%) y un aumento significativo agresiones más graves (sexual, con armas, robos/hurtos). A lo anterior se suma que el 21% de los establecimientos educacionales del país se autclasifica como establecimiento que tiene una frecuencia alta de agresión, siendo los establecimientos municipales los que presentan un mayor porcentaje de aquella autclasificación. Por último, entre estudiantes de II Medio, el 45% reporta ser víctima de acoso, sin diferencias significativas entre tipo de dependencias educacionales<sup>94</sup>.

#### 6. Pobreza

Los adolescentes, junto al grupo de niños/as, son quienes más se afectan por los índices de pobreza en Chile. Según la encuesta CASEN<sup>95</sup> del año 2013, la incidencia de la pobreza afecta primordialmente a niños/as y adolescentes según la siguiente distribución: niños/as entre 0 a 3 años en situación de pobreza asciende a un 23,2% y en situación de pobreza extrema asciende a 8,7%;

<sup>92</sup> Dato extraído del Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS MINSAL en [www.deis.cl](http://www.deis.cl).

<sup>93</sup> Ministerio del Interior (2007 y 2009): Encuesta Nacional de Violencia en el Ámbito Escolar.

<sup>94</sup> Ministerio de Educación (2011 y 2012): Encuesta de Convivencia Escolar. Aplicada a través de prueba SIMCE a 8º básico y IIº medios.

<sup>95</sup> Opcit cita 7.



niños/as y adolescentes entre 4 y 17 años en situación de pobreza asciende a 21,6% y en situación de pobreza extrema asciende a 7,1%.

## Objetivos

### Objetivo general

Determinar las diferencias en la salud de los y las estudiantes que asisten a establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad de las regiones Metropolitana beneficiarios y no beneficiarios por PACE USACH desde el año 2014.

### Objetivo específicos

- 1.- Caracterizar la salud de los estudiantes que asisten a establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad de las regiones Metropolitana beneficiarios y no beneficiarios por PACE USACH desde el año 2014.
- 2.- Establecer una línea base del estado de salud de los estudiantes que asisten a establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad de las regiones Metropolitana beneficiarios y no beneficiarios de PACE USACH desde el año 2014.
- 3.- Estudiar la asociación entre PACE USACH y la salud de los estudiantes que asisten a establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad de las regiones Metropolitana beneficiarios de PACE USACH desde el año 2014.

## Métodos utilizados

**Diseño y población:** Se realizó un estudio transversal descriptivo durante el primer semestre del año 2017, se recolectaron datos sobre la salud de estudiantes de tercero y cuarto medio de establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad, de región Metropolitana mediante muestreo por conveniencia. En una única medición, se recolectaron datos sobre la variable de exposición (PACE USACH), así como las variables de respuesta (salud biopsicosocial) y las covariables. De ese modo, se analizó la situación de salud de los estudiantes intervenidos por PACE USACH y no intervenidos por programas PACE y se describió la situación en los dos grupos. El diseño permitió explorar en términos descriptivos estas variables, sin embargo, no permitió establecer asociaciones por las características de la muestra.

Se incluyeron 5 establecimientos intervenidos por PACE USACH desde el año 2014. Los establecimientos intervenidos fueron; Liceo Talagante 119, Centro Técnico Profesional Maipú, Guillermo Feliú Cruz, Centro Educacional Pudahuel, Liceo Stgo. Bueras y Avaria. Los establecimientos no intervenidos fueron: Liceo Estación Central, Liceo Monseñor Enrique Alvear, Liceo Chrisma Mc Auliffe, Centro Educacional Matías Cousiño y Liceo Arturo Pérez Canto. La unidad de análisis corresponde a estudiantes de III y IV medio de los establecimientos seleccionados.

**Variables:** Para cada observación se obtuvo información sobre: nivel educacional de la madre o adulto significativo, grupo de convivencia del estudiante, antecedentes mórbidos previos, percepción del estado de salud, peso, talla, sexo, edad, país de origen, curso y especialidad. La variable respuesta se evaluó en 4 dimensiones, estas fueron: violencia escolar, embarazo adolescente, consumo nocivo de alcohol/drogas y trastornos de ánimo. En la tabla 1 se muestra la operacionalización de las variables.

**Tabla 2. Variables medidas en el estudio**

<b>VARIABLE RESPUESTA</b>	<b>Descripción</b>
Violencia escolar	Acción u omisión intencionada y dañina ejercida por un estudiante a alguno de sus pares o superiores (profesores, padres, apoderados, directores, etc.) en el espacio físico intraescolar.
Embarazo adolescente	Embarazo producido en una mujer adolescente (15-17 años). Para este efecto, se considerará también padre adolescente (15-17 años).
Consumo nocivo de alcohol/drogas	Consumo de alcohol/drogas que provocan efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el estudiante, para su entorno inmediato y para la sociedad en general.
Trastornos del ánimo	Manifestaciones variables de depresión, euforia o irritabilidad asociadas a un significativo deterioro físico y social.

  

<b>COVARIABLES</b>	<b>Descripción</b>
Nivel educacional madre o adulto significativo	Nivel de instrucción alcanzado por la madre o adulto significativo
Grupo de convivencia del estudiante	Conjunto de cohabitación del estudiante
Antecedentes mórbidos previos	Presencia de enfermedades físicas y/o psicológicas previas/históricas en el estudiante.
Percepción del estado de salud	Opinión y autopercepción sobre su estado de salud
Peso / Talla	Peso y talla informada por el estudiante. (Cálculo de IMC)
Sexo	Sexo del estudiante.
Edad	Edad del estudiante
País de origen	País de origen del estudiante
Curso	Si el estudiante pertenece a III o IV medio
Especialidad	Científico humanista o especialidad técnica

**Técnica de recolección de datos:** se diseñó un cuestionario ad hoc para el estudio (Anexado al informe) donde se consideró la medición de las variables de respuesta y las covariables. El cuestionario fue diseñado en base a escalas, métricas y otras encuestas validadas en el país y en referencia a la misma población en estudio. No obstante, no se utilizaron en su completitud. Únicamente se usaron preguntas centinelas y que, según el criterio de las consultoras, eran útiles para los fines investigativos. Dado lo anterior, se hizo necesario validar el cuestionario en una población de estudiantes que no fuera a constituir parte de la población del estudio. Por ello, se piloteó el cuestionario en 25 estudiantes del Liceo Amador Neghme de la comuna de Estación Central (semana del 8

al 12 de mayo 2017). Del proceso de pilotaje se pudieron recoger mejoras al instrumento de recolección de datos, que luego derivaron en el instrumento final anexo.

Cabe señalar que una semana antes de la aplicación de cuestionarios en cada uno de los seis establecimientos, se dejaron los consentimientos y asentimientos informados (instrumento exigible por parte del Comité de Ética de la Universidad de Santiago), solicitándole al establecimiento su apoyo para que éstos retornaran firmados. Luego, al momento de aplicar los cuestionarios, estos fueron retirados.

Posteriormente se aplicó el cuestionario al total a los terceros y cuartos medios de los establecimientos mencionados. La encuesta fue aplicada por las investigadoras previo consentimiento y asentimiento informado.

**Análisis estadístico:** La base de datos fue construida por una única especialista, magister en epidemiología. Se digitalaron los datos en formato excel los que después fueron trabajados en formato de extensión pertinente (DTA) para el uso del software estadístico STATA. Se identificaron valores perdidos o inconsistentes, los que fueron tratados como datos faltantes. Las variables discretas fueron descritas a través de proporciones y las continuas a través de media y desviación estándar.

## Resultados

A continuación, se mostrarán los principales resultados obtenidos de las rondas de aplicación de cuestionarios a estudiantes de III y IV medio de los establecimientos seleccionados.

### Composición de la muestra

**Tabla 1. Establecimientos seleccionados en la muestra**

<b>ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACIÓN MUNICIPALES INTERVENIDOS POR PACE USACH</b>		
<b>Establecimiento seleccionado</b>	<b>Comuna</b>	<b>Matrícula III y IV medio aprox.</b>
Liceo Talagante 119	Talagante	100
Centro Técnico Profesional Maipú	Maipú	380
Guillermo Feliú Cruz	Estación Central	202
Centro Educacional Pudahuel	Pudahuel	190
Liceo Stgo. Bueras y Avaria	Maipú	154
<b>ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACIÓN MUNICIPALES NO INTERVENIDOS POR PACE USACH</b>		
<b>Establecimiento seleccionado</b>	<b>Comuna</b>	<b>Matrícula III y IV medio aprox.</b>
Liceo Estación Central	Estación Central	120
Liceo Monseñor Enrique Alvear	Pudahuel	100
Liceo Chrisma Mc Auliffe	El Bosque	No responde
Centro Educacional Matías Cousiño	El Bosque	84
Liceo Arturo Pérez Canto	Recoleta	79

La Tabla 1 expresa la composición de la muestra considerada para el estudio. En primer lugar, se listan los establecimientos con PACE USACH que accedieron a la aplicación de los cuestionarios y que fueran comparables considerando el IVE mayor al 80%. De igual manera, en segundo lugar, se listan los establecimientos sin intervención<sup>96</sup> de PACE de ninguna Universidad que también consideraron como criterio de comparabilidad un IVE sobre el 80%.

<sup>96</sup> Cabe señalar que el hecho de que no hayan sido intervenidos por PACE de ninguna Universidad no quiere decir que no tengan otro tipo de intervenciones asociadas al ámbito escolar.

## Descripción de los participantes

**Tabla 3: Descripción de participantes en el estudio “Efecto de la política PACE USACH sobre la salud de los estudiantes de establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad”. Chile 2017**

	Con PACE USACH		Sin PACE	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Hombre	370	53,6%	135	48,9%
Mujer	320	46,4%	141	51,1%
Total	690		276	
<b>Edad</b>				
Menor o igual a 16 años	215	31,3%	75	27,1%
17 años	288	42,0%	108	39%
18 años	141	20,6%	74	26,7%
Mayor o igual a 19 años	42	6,1%	20	7,2%
Total	686			
<b>País de origen*</b>				
Chile	646	94,7%	244	88,1%
Perú	15	2,2%	18	6,5%
Otros	21	3,1%	15	5,4%
Total	682		277	
<b>Institución educativa</b>				
Liceo Talagante 119	22	3,2%		
CTP	290	42,0%		
Guillermo Feliú Cruz	147	21,3%		
CEP	127	18,4%		
Santiago Bueras y Avaria	105	15,2%		
Héroe Arturo Pérez Canto			36	13,1%
Centro educacional Matías Cousiño			8	2,9%
Liceo estación central			53	19,3%
Liceo Monseñor Enrique Alvear			85	31,0%
Christa McAuliffe			92	33,6%
Total	691		274	
<b>Curso actual</b>				
Tercero	377	55,1%	139	51,3%
Cuarto	307	44,9%	132	48,7%
Total	684		271	
<b>Especialidad*</b>				
Científico Humanista	109	16,4%	218	96,5%
Técnico - profesional	555	83,6%	8	3,5%
Total	664		226	

\*La comparación fue obtenida mediante el test estadístico  $\chi^2$ . Valor  $p < 0,001$

La participación de los estudiantes en la aplicación de los cuestionarios fue más alta en los establecimientos municipales intervenidos por PACE USACH que en los establecimientos municipales sin dicha intervención.

La participación masculina fue más alta (53,6%) en los establecimientos con PACE USACH, pero fue más baja en los establecimientos sin PACE USACH, donde las mujeres participaron levemente más que los hombres (51,1%)

En ambos establecimientos intervenidos y no intervenidos por PACE USACH, la mayoría de los participantes tienen 17 años, seguidos por aquellos menores de 17 años. Asimismo, la gran mayoría de los participantes de ambos establecimientos intervenidos y no intervenidos indican ser chilenos ( $p < 0,001$ ), seguidos de estudiantes de nacionalidad peruana.

La participación más activa se dio en los cursos de III medio en ambos tipos de establecimientos. Sin embargo, es dado señalar que los establecimientos intervenidos por PACE USACH se caracterizaron por ser establecimiento técnico profesional (83,6%,  $p < 0,001$ ) versus los establecimientos sin PACE USACH, cuya mayoría eran establecimientos científicos humanistas (95,6%,  $p < 0,001$ )

### Participación en el estudio

**Tabla 4: Participación en el estudio “Efecto de la política PACE USACH sobre la salud de los estudiantes de establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad”. Chile 2017**

<b>Establecimiento con PACE USACH</b>	<b>Matriculados</b>	<b>Participantes</b>	<b>% de participación</b>
Liceo Talagante 119	100	22	22%
Centro Técnico Profesional Maipú	380	290	76%
Guillermo Feliú Cruz	202	147	73%
Centro Educacional Pudahuel	190	127	67%
Santiago Bueras y Avaria	154	105	68%
<b>Establecimiento sin PACE USACH</b>	<b>Matriculados</b>	<b>Participantes</b>	<b>% de participación</b>
Héroe Arturo Pérez Canto	79	36	46%
Centro Educacional Matías Cousiño	84	8	10%
Liceo Estación Central	133	53	40%
Liceo Monseñor Enrique Alvear	130	85	65%
Christa McAuliffe	No responde	92	-

Es importante señalar que una de las principales limitaciones con las que se encontraron para la ejecución de este estudio fue la baja participación de los establecimientos sin PACE USACH. Este hecho puede ser explicado por diferentes factores, del cual destacamos dos: la poca relevancia revelada por los directores de establecimientos en conocer el estado de salud de sus estudiantes y la poca disponibilidad de



establecimientos educacionales municipales con alto IVE sin intervención otros programas PACE de otras Universidades asociadas.

El porcentaje de participación puede obtenerse del universo total de estudiantes matriculados en los establecimientos educacionales sujetos a ser encuestados comparado con el número de estudiantes que efectivamente accedieron a completar el cuestionario. Es así como el porcentaje de participación más bajo registrado entre los establecimientos con PACE USACH fue el del Liceo Talagante 119 (22%) y entre los establecimientos sin PACE fue el del Centro Educacional Matías Cousiño (10%). Por otro lado, cabe destacar que el porcentaje de participación más alto entre los establecimientos con PACE USACH fue el del CTP Maipú con un 76% de estudiantes que contestaron el cuestionario y entre los establecimientos sin PACE fue el Liceo Monseñor Enrique Alvear con un 65% de participación.

## Características familiares de los estudiantes

**Tabla 5: Descripción de características familiares de participantes en el estudio “Efecto de la política PACE USACH sobre la salud de los estudiantes de establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad”. Chile 2017**

Variable	Con PACE USACH		Sin PACE	
	n	(%) /Promedio (min-max)	n	% /Promedio (min-máx.)
¿Cuántas personas viven en tu casa?	683	5 (1-21)	272	5 (1-22)
<b>Vive con Papá</b>				
Si	400	58,3%	150	54,5%
No	286	41,7%	125	45,5%
<b>Total</b>	686		275	
<b>Vive con Mamá</b>				
Si	598	87,2%	249	90,5%
No	88	12,8%	26	9,5%
<b>Total</b>	686		275	
<b>Vive con hermana</b>				
Si	329	48,0%	124	45,1%
No	357	52,0%	151	54,9%
<b>Total</b>	686		275	
<b>Vive con hermano</b>				
Si	369	53,8%	153	55,6%
No	317	46,2%	122	44,4%
<b>Total</b>	686		275	
<b>Vive con Abuela</b>				
Si	110	16,0%	59	21,5%
No	576	84,0%	216	78,5%
<b>Total</b>	686		275	
<b>Vive con Abuelo</b>				
Si	59	8,6%	27	9,8%
No	627	91,4%	248	90,2%
<b>Total</b>	686		275	
¿Hasta qué curso llegó tu mamá?				
Educación básica incompleta	79	12,0%	25	9,3%
Educación básica completa	86	13,1%	23	8,6%
Educación media incompleta	98	14,9%	55	20,4%
Educación media completa	245	37,3%	91	33,8%
Educación técnica incompleta	10	1,5%	4	1,5%
Educación técnica completa	53	8,1%	23	8,6%
Educación superior incompleta	19	2,9%	10	3,7%
Educación superior completa	62	9,4%	34	12,6%
Otro	5	0,8%	4	1,5%
<b>Total</b>	657		269	

Tanto los estudiantes pertenecientes a establecimientos expuestos y no expuestos a intervenciones PACE USACH viven en promedio con 5 personas en sus viviendas. Llama la atención que hay estudiantes que reportaron vivir con 21 – 22 personas en sus viviendas (límite máximo expresado en la Tabla 5)

Al consultarles por quién es el adulto significativo que vive en casa con ellos, la mayoría de los estudiantes de establecimientos intervenidos y no intervenidos por PACE USACH indicaron vivir con sus madres (87,2% y 90,5%, respectivamente) y con sus padres (58,3% y 54,5%, respectivamente)

Por último, cabe señalar que, para ambos grupos en comparación, existe una mayor proporción de madres que han finalizado educación media completa y una menor proporción de madres que han finalizado educación superior completa.

## Percepción de salud

**Tabla 6: Descripción del estado de salud de participantes en el estudio “Efecto de la política PACE USACH sobre la salud de los estudiantes de establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad”. Chile 2017**

	HOMBRE		MUJER		AMBOS SEXOS	
	PACE USACH n (%)	Sin PACE n (%)	PACE USACH n (%)	Sin PACE n (%)	PACE USACH n (%)	Sin PACE n (%)
<b>Percepción de estado de salud</b>	362	135	319	141	497	460
<b>Muy malo</b>	5 (1.4%)	- (0.0%)	2 (0.6%)	1 (0.7%)	5 (1.0%)	3 (0.7%)
<b>Malo</b>	15 (4.1%)	10 (7.4%)	18 (5.6%)	4 (2.8%)	25 (5.0%)	22 (4.8%)
<b>Regular</b>	118 (32.6%)	23 (17.0%)	132 (41.4%)	63 (44.7%)	141 (28.4%)	195 (42.4%)
<b>Bueno</b>	154 (42.5%)	72 (53.3%)	128 (40.1%)	59 (41.8%)	226 (45.5%)	187 (40.7%)
<b>Muy bueno</b>	70 (19.3%)	30 (22.2%)	39 (12.2%)	14 (9.9%)	100 (20.1%)	53 (11.5%)
<b>Cuando enfermas vas acompañado</b>	367	135	319	141	502	460
<b>Si</b>	29 (7.9%)	12 (8.9%)	13 (4.1%)	9 (6.4%)	41 (8.2%)	22 (4.8%)
<b>Dificultad de realizar actividades sociales por salud</b>	366	133	318	139	499	457
<b>Siempre</b>	11 (3.0%)	1 (0.8%)	21 (6.6%)	7 (5.0%)	12 (2.4%)	28 (6.1%)
<b>Casi siempre</b>	29 (7.9%)	10 (7.5%)	40 (12.6%)	9 (6.5%)	39 (7.8%)	49 (10.7%)
<b>Algunas veces</b>	113 (30.9%)	29 (21.8%)	109 (34.3%)	47 (33.8%)	142 (28.5%)	156 (34.1%)
<b>Rara vez</b>	128 (35.0%)	53 (39.8%)	100 (31.4%)	52 (37.4%)	181 (36.3%)	152 (33.3%)
<b>Nunca</b>	85 (23.2%)	40 (30.1%)	48 (15.1%)	24 (17.3%)	125 (25.1%)	72 (15.8%)
<b>Días que ha faltado en los últimos 3 meses por estar enfermo/a</b>	365	133	318	140	498	458
<b>0 día</b>	118 (32.3%)	37 (27.8%)	77 (24.2%)	28 (20.0%)	155 (31.1%)	105 (22.9%)
<b>1-3 días</b>	151 (41.4%)	49 (36.8%)	146 (45.9%)	55 (39.3%)	200 (40.2%)	201 (43.9%)
<b>4-6 días</b>	51 (14.0%)	21 (15.8%)	47 (14.8%)	20 (14.3%)	72 (14.5%)	67 (14.6%)
<b>7 días</b>	18 (4.9%)	13 (9.8%)	20 (6.3%)	14 (10.0%)	31 (6.2%)	34 (7.4%)
<b>1-2 semanas</b>	23 (6.3%)	8 (6.0%)	26 (8.2%)	17 (12.1%)	31 (6.2%)	43 (9.4%)
<b>1 mes</b>	1 (0.3%)	3 (2.3%)	- (0.0%)	6 (4.3%)	4 (0.8%)	6 (1.3%)
<b>Más de 1 mes</b>	3 (0.8%)	2 (1.5%)	2 (0.6%)	- (0.0%)	5 (1.0%)	2 (0.4%)
<b>Veces que ha acudido a un profesional de la salud en los últimos 3 meses</b>	361	132	313	140	493	453
<b>0 vez</b>	152 (42.1%)	47 (35.6%)	79 (25.2%)	23 (16.4%)	199 (40.4%)	102 (22.5%)
<b>1 vez</b>	69 (19.1%)	31 (23.5%)	73 (23.3%)	31 (22.1%)	100 (20.3%)	104 (23.0%)
<b>2 veces</b>	55 (15.2%)	27 (20.5%)	48 (15.3%)	31 (22.1%)	82 (16.6%)	79 (17.4%)
<b>3 veces</b>	47 (13.0%)	10 (7.6%)	45 (14.4%)	32 (22.9%)	57 (11.6%)	77 (17.0%)



<b>4 veces</b>	10 (2.8%)	8 (6.1%)	27 (8.6%)	5 (3.6%)	18 (3.7%)	32 (7.1%)
<b>5 veces</b>	10 (2.8%)	6 (4.5%)	11 (3.5%)	9 (6.4%)	16 (3.2%)	20 (4.4%)
<b>6 veces o más</b>	18 (5.0%)	3 (2.3%)	30 (9.6%)	9 (6.4%)	21 (4.3%)	39 (8.6%)

Ambos grupos encuestados muestran comportamientos similares en lo que refiere a su percepción de salud. En ambos grupos no se encontraron diferencias significativas en tanto a su percepción de salud. En general, ambos grupos se perciben con una salud regular y/o buena y, cuando presentan problemas de salud, en su gran mayoría asisten a sus visitas médicas acompañados.

El grupo de los estudiantes intervenidos por PACE USACH declaran mayor proporción de dificultades de realizar actividades sociales debido a condiciones de salud. Por ejemplo, los estudiantes intervenidos en PACE USACH indican que nunca tienen dificultades en la realización de actividades sociales en un 19,4%, en comparación con los estudiantes no intervenidos por PACE quienes indican que en un 23,4% nunca tienen problemas de salud que les impida realizar actividades sociales.

Llama la atención que ante la consulta de cuántos días has faltado por enfermedad en los últimos tres meses los estudiantes no intervenidos por PACE USACH tienen estudiantes que han faltado más de un mes en comparación con los estudiantes intervenidos por PACE USACH.

Por último, existe diferencia entre los estudiantes intervenidos por PACE USACH y no intervenidos por PACE USACH en cuanto a la frecuencia de visitas de salud que realizan ambos grupos. Los estudiantes PACE USACH declaran no haber hecho uso de servicios de salud en los últimos tres meses en mayor proporción que los estudiantes no intervenidos por PACE. Sin embargo, de los estudiantes que han utilizado servicios médicos en los últimos tres meses, los intervenidos por PACE USACH acuden en mayor proporción a seis o más visitas que los estudiantes no intervenidos.



**Tabla 7: Autorreporte de enfermedades crónicas de participantes en el estudio “Efecto de la política PACE USACH sobre la salud de los estudiantes de establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad”. Chile 2017**

Variable	HOMBRE				MUJER				AMBOS SEXOS			
	PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Se consideran sanos	234	65,5%	91	70,5%	189	61,8%	76	56,3%	423	63,8%	167	63,3%
Hipertensión	3	0,8%	3	2,3%	4	1,3%	0	0%	7	1,1%	3	1,1%
Diabetes Mellitus	3	0,8%	1	0,8%	4	1,3%	3	2,2%	7	1,1%	4	1,5%
Obesidad o sobrepeso	28	7,8%	12	9,3%	31	10,1%	20	14,8%	59	8,9%	32	12,1%
Problemas de salud mental	39	10,9%	6	4,7%	37	12,1%	11	8,1%	76	11,5%	17	6,4%
Consumo de alcohol y/o drogas	25	7,0%	4	3,1%	9	2,9%	0	0%	34	5,1%	4	1,5%
Cualquier tipo de discapacidad	4	1,1%	0	0%	3	1,0%	2	1,5%	7	1,1%	2	0,8%

Al ser consultados los estudiantes sobre su percepción de salud, estos en su gran mayoría se consideran sanos, sobre todo las mujeres que se encuentran intervenidas por PACE USACH, en comparación con las que no se encuentran intervenidas por este programa. Ahora bien, quienes sí declararon problemas de salud, estos problemas se relacionan en mayor proporción con obesidad o sobrepeso, problemas de salud mental y consumo de alcohol y/o drogas. Cabe destacar que una mayor proporción de estudiantes no intervenidos declararon tener obesidad o sobrepeso (12,1%) versus los estudiantes intervenidos por PACE USACH (8,9%). No obstante, los estudiantes PACE USACH declaran sentirse mayormente afectados por problemas de salud mental (11,4%) y consumo de alcohol y/o drogas (5,1%) que los estudiantes no intervenidos por PACE.



**Tabla 8: Medidas antropométricas de participantes en el estudio “Efecto de la política PACE USACH sobre la salud de los estudiantes de establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad”. Chile 2017**

	Hombre						Mujer						Total					
	PACE USACH			Sin PACE			PACE USACH			Sin PACE			PACE USACH			Sin PACE		
	n	Media / %	DS	n	Media / %	DS	n	Media / %	DS	n	Media / %	DS	n	Media / %	DS	n	Media / %	DS
Peso	288	66,73	10,90	109	68,82	9,64	269	59,20	10,04	125	61,43	10,02	557	63,10	11,14	234	64,87	10,49
Talla	336	171,27	7,14	123	171,80	6,66	297	159,44	6,44	135	159,27	6,70	633	165,72	9,02	258	165,25	9,15
IMC																		
Bajo peso	25	8,8%		5	4,6%		12	4,5%		8	6,5%		37	6,7%		13	5,6%	
Peso normal	193	68,0%		74	68,5%		182	68,7%		73	59,3%		375	68,3%		147	63,6%	
Sobrepeso	54	19,0%		28	25,9%		55	20,8%		32	26,0%		109	19,9%		60	26,0%	
Obesidad	12	4,2%		1	0,9%		16	6,0%		10	8,1%		28	5,1%		11	4,8%	
Total	284			108			265			123			549			231		

Valores atípicos: Talla:  $\leq 1,39m$  y  $\geq 1,91m$ , Peso:  $\geq 96kg$

Con respecto a las medidas antropométricas percibidas por los estudiantes de ambos grupos, las diferencias en proporciones son discretas. Sin distinguir entre hombre y mujeres, el peso en kilogramos, la talla en metros, el bajo peso y peso normal se asemejan en ambos grupos. Sin embargo, los estudiantes intervenidos por PACE USACH declaran tener menor sobrepeso que los estudiantes sin PACE USACH.



## Salud sexual y reproductiva

**Tabla 9: Salud sexual y reproductiva de participantes en el estudio “Efecto de la política PACE USACH sobre la salud de los estudiantes de establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad”. Chile 2017**

	HOMBRE				MUJER				AMBOS SEXOS			
	PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez?</b>	242	68,2%	81	61,8%	192	60,8%	71	51,1%	434	64,7%	152	56,3%
<b>Sí</b>												
<b>Total</b>	355		131		316		139		671		270	
<b>¿Qué edad tenías cuando tuviste la primera relación sexual?</b>												
<b>Menos o igual a 12 años</b>	20	8,5%	6	7,6%	4	2,2%	0	0%	24	5,7%	6	4,0%
<b>13</b>	27	11,5%	8	10,1%	20	10,8%	2	2,9%	47	11,2%	10	6,7%
<b>14</b>	43	18,4%	9	11,4%	31	16,8%	11	15,7%	74	17,7%	20	13,4%
<b>15</b>	62	26,5%	26	32,9%	44	23,8%	25	35,7%	106	25,3%	51	34,2%
<b>16</b>	40	17,1%	19	24,1%	56	30,3%	21	30%	96	22,9%	40	26,8%
<b>17</b>	33	14,1%	9	11,4%	22	11,9%	8	11,4%	55	13,1%	17	11,4%
<b>18</b>	8	3,4%	2	2,5%	7	3,8%	3	4,3%	15	3,6%	5	3,4%
<b>19</b>	1	,4%	0	0%	1	,5%	0	0%	2	,5%	0	0%
<b>Total</b>	234		79		185		70		419		149	
<b>Durante el último año, ¿Usaste algún tipo de prevención de enfermedades de transmisión sexual (condón femenino o masculino)?</b>												
<b>Siempre</b>	87	36,0%	29	35,8%	67	35,1%	28	39,4%	154	35,6%	57	37,5%
<b>Casi siempre</b>	56	23,1%	17	21,0%	24	12,6%	15	21,1%	80	18,5%	32	21,1%
<b>A veces</b>	58	24,0%	22	27,2%	46	24,1%	17	23,9%	104	24,0%	39	25,7%
<b>Nunca</b>	41	16,9%	13	16,0%	54	28,3%	11	15,5%	95	21,9%	24	15,8%
<b>Total</b>	242		81		191		71		433		152	



(Continuación) Anexo Tabla 9: Salud sexual y reproductiva de participantes en el estudio “Efecto de la política PACE USACH sobre la salud de los estudiantes de establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad”. Chile 2017

	HOMBRE				MUJER				AMBOS SEXOS				
	PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>La primera vez que tuviste relaciones sexuales, ¿Usaste algún tipo de método anticonceptivo y/o de prevención de enfermedades de transmisión sexual?</b>													
<b>Siempre</b>	42	18,5%	8	11,1%	110	57,6%	44	62,9%	152	36,4%	52	36,6%	
<b>Casi siempre</b>	12	5,3%	1	1,4%	14	7,3%	7	10%	26	6,2%	8	5,6%	
<b>A veces</b>	14	6,2%	4	5,6%	9	4,7%	8	11,4%	23	5,5%	12	8,5%	
<b>Nunca</b>	159	70%	59	81,9%	58	30,4%	11	15,7%	217	51,9%	70	49,3%	
<b>Total</b>	227		72		191		70		418		142		
<b>¿Con cuántas personas tuviste relaciones sexuales en el último año?</b>													
<b>0</b>	0	0%	3	3,8%	0	0%	3	4,3%	0	0%	6	4,0%	
<b>1</b>	129	58,6%	38	47,5%	147	81,2%	50	71,4%	276	68,8%	88	58,7%	
<b>2</b>	34	15,5%	23	28,8%	21	11,6%	9	12,9%	55	13,7%	32	21,3%	
<b>3 y más</b>	57	25,9%	16	20%	13	7,2%	8	11,4%	70	17%	24	16%	
<b>Total</b>	220		80		181		70		401		150		
<b>La primera vez que tuviste relaciones sexuales, ¿Usaste algún tipo de método anticonceptivo y/o de prevención de enfermedades de transmisión sexual?</b>	136	57,1%	40	50%	115	60,8%	41	57,7%	251	58,8%	81	53,6%	
<b>Total</b>	238		80		189		71		427		151		
<b>¿Has estado embarazada o tu pareja ha estado embarazada en el último año? Sí</b>	13	5,5%	3	3,9%	9	4,7%	6	8,3%	22	5,1%	9	6,0%	
<b>Total</b>	237		77		193		72		430		149		



Del total de los estudiantes pertenecientes a establecimientos PACE USACH, el 64,7% tuvo relaciones sexuales alguna vez en comparación a un 56,1 % de los estudiantes no PACE. Para la edad promedio de inicio en la actividad sexual, destaca que la proporción mayor se presenta a los 15 años tanto para los estudiantes intervenidos como no intervenidos (25,2% vs 34,2%). En la dimensión de prevención de enfermedades de transmisión sexual, destaca que, el 35,7% de los intervenidos utilizó condón en comparación al 37,5% de los no intervenidos. Una proporción de 21,9% de estudiantes intervenidos no usa métodos de prevención en comparación al 15,8% de los no intervenidos.

No utilizaron métodos de prevención en la primera relación sexual un 52,0 % en los intervenidos versus un 49,3 % en los no intervenidos. La mayor proporción de estudiantes mantuvo relaciones sexuales solo con una persona el último año (68,9% intervenidos vs 58,7% no intervenidos). El 94,7% de los estudiantes no declaran embarazo en el último año versus un 94% en los estudiantes no expuestos.

Sin embargo, cabe destacar que las mujeres intervenidas por PACE declaran haber estado embarazadas en el último año en menor proporción que las mujeres no intervenidas por PACE USACH.

## Consumo de sustancias

**Tabla 10: Consumo de alcohol de participantes en el estudio “Efecto de la política PACE USACH sobre la salud de los estudiantes de establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad”. Chile 2017**

	HOMBRE				MUJER				AMBOS SEXOS			
	PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
¿Alguna vez has bebido alcohol?	207	78,4%	82	75,9%	193	83,5%	83	79,0%	400	80,8%	165	77,5%
Total	264		108		231		105		495		213	
Durante el último mes, ¿Cuántos días tomaste al menos una bebida con alcohol?												
0 día	141	44,1%	51	45,1%	118	41,5%	36	29,8%	259	42,9%	87	37,2%
1 o 2 días	92	28,8%	33	29,2%	98	34,5%	57	47,1%	190	31,5%	90	38,5%
3 a 5 días	41	12,8%	11	9,7%	43	15,1%	17	14,0%	84	13,9%	28	12,0%
6 a 9 días	23	7,2%	11	9,7%	14	4,9%	6	5,0%	37	6,1%	17	7,3%
10 a 19 días	17	5,3%	5	4,4%	8	2,8%	5	4,1%	25	4,1%	10	4,3%
20 a 29 días	1	,3%	0	0%	2	,7%	0	0%	3	,5%	0	0%
Los 30 días	5	1,6%	2	1,8%	1	,4%	0	0%	6	1,0%	2	,9%
Total	320		113		284		121		604		234	
Durante tu vida, ¿Cuántas veces has sufrido resaca (caña) o te has sentido enfermo o has tenido problemas con tu familia/amigos o has faltado al colegio o has peleado como resultado de tomar alcohol?												
0 vez	178	55,1%	75	65,2%	159	56,0%	80	67,2%	337	55,5%	155	66,2%
1 o 2 veces	88	27,2%	29	25,2%	86	30,3%	26	21,8%	174	28,7%	55	23,5%
3 a 9 veces	23	7,1%	8	7,0%	21	7,4%	8	6,7%	44	7,2%	16	6,8%
10 o más veces	34	10,5%	3	2,6%	18	6,3%	5	4,2%	52	8,6%	8	3,4%
Total	323		115		284		119		607		234	
Durante tu vida, ¿Cuántas veces has bebido tanto alcohol que has quedado borracho/a?												
0 vez	147	45,2%	69	59,5%	128	44,8%	72	59,5%	275	45,0%	141	59,5%
1 o 2 veces	96	29,5%	29	25,0%	106	37,1%	38	31,4%	202	33,1%	67	28,3%
3 a 9 veces	37	11,4%	13	11,2%	37	12,9%	7	5,8%	74	12,1%	20	8,4%
10 o más veces	45	13,8%	5	4,3%	15	5,2%	4	3,3%	60	9,8%	9	3,8%
Total	325		116		286		121		611		237	



En la Tabla 10 se describe el consumo de alcohol de los estudiantes, el 80,8% de los intervenidos y el 77,5% de los no intervenidos consumió alcohol alguna vez. Se observa que el 31,4% de los estudiantes intervenidos y el 38,7% de los no intervenidos, consumió alcohol al menos 1 ó 2 días en el último mes. En relación a la cantidad de alcohol, el 20,2% de los intervenidos consumió 5 o más vasos versus un 18,6 % de los no intervenidos. La mayor proporción de estudiantes no ha sentido resaca o experimentado problemas producto del consumo de alcohol durante su vida, sin embargo, el 28,6% de los intervenidos y el 23,4% de los no intervenidos si lo hizo 1 ó 2 veces en la vida. Finalmente, el 44,9% de los intervenidos y el 59,2% de los no intervenidos no ha quedado borracho/a durante su vida, el resto de los estudiantes experimentó borrachera concentrándose la mayor proporción en el rango de 1 ó 2 veces en ambos grupos.



**Tabla 11: Consumo de sustancias psicotrópicas de participantes en el estudio “Efecto de la política PACE USACH sobre la salud de los estudiantes de establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad”. Chile 2017**

	HOMBRE				MUJER				AMBOS SEXOS			
	PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
¿Alguna vez has consumido drogas como marihuana, cocaína, pasta base u otro?	204	56,5%	64	48,9%	170	54,0%	62	44,6%	374	55,3%	126	46,7%
<b>Sí</b>												
<b>Total</b>	361		131		315		139		676		270	
Durante tu vida, ¿Cuántas veces has consumido drogas como marihuana, cocaína, pasta base u otro?												
<b>0 vez</b>	39	16,0%	35	36,1%	41	19,5%	32	33,7%	80	17,6%	67	34,9%
<b>1 o 2 veces</b>	57	23,4%	26	26,8%	54	25,7%	35	36,8%	111	24,4%	61	31,8%
<b>3 a 9 veces</b>	39	16,0%	9	9,3%	36	17,1%	14	14,7%	75	16,5%	23	12,0%
<b>10 o más veces</b>	109	44,7%	27	27,8%	79	37,6%	14	14,7%	188	41,4%	41	21,4%
<b>Total</b>	244		97		210		95		454		192	
Durante el último año, ¿Tomaste algún medicamento (remedio) tranquilizante tales como alprazolam, diazepam, clonazepam, lorazepam, bromazepam? Sí	54	15,0%	16	12,2%	55	17,9%	15	11,1%	109	16,4%	31	11,7%
<b>Total</b>	359		131		307		135		666		266	
¿Tomas algún medicamento para la concentración? Sí	60	16,6%	9	6,8%	39	12,5%	10	7,1%	99	14,7%	19	7,0%
<b>Total</b>	361		132		311		140		672		272	

En términos de consumo de sustancias, los estudiantes expuestos al PACE USACH, registran mayor proporción de haber alguna vez consumido sustancias (55,4%,  $p < 0,05$ ) que los estudiantes no expuestos al PACE USACH (46,9%,  $p < 0,05$ ), sobre todo con alta frecuencia (41,3% consumiría 10 o más veces en el mes,  $p < 0,05$ ) Por último, los estudiantes PACE USACH declaran consumir en mayor proporción medicamentos para la concentración (14,7%) que los estudiantes no intervenidos por PACE USACH (7%). Sin embargo, la mayoría de los estudiantes declara no usarlos.

**Tabla 12: Consumo de tabaco de participantes en el estudio “Efecto de la política PACE USACH sobre la salud de los estudiantes de establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad”. Chile 2017**

	HOMBRE				MUJER				AMBOS SEXOS			
	PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>¿Has fumado cigarrillo alguna vez en tu vida?</b>	232	64,3%	75	56,8%	228	71,9%	85	62,5%	460	67,8%	160	59,7%
<b>Total</b>	361		132		317		136		678		268	
<b>¿Qué edad tenías la primera vez que probaste un cigarrillo?</b>												
<b>7 años de edad o menos</b>	14	5,8%	1	1,4%	0	0%	1	1,2%	14	3,0%	2	1,3%
<b>8 o 9 años</b>	13	5,4%	6	8,1%	8	3,5%	2	2,3%	21	4,5%	8	5,0%
<b>10 u 11 años</b>	27	11,2%	6	8,1%	26	11,4%	3	3,5%	53	11,3%	9	5,6%
<b>12 o 13 años</b>	57	23,7%	20	27,0%	71	31,0%	19	22,1%	128	27,2%	39	24,4%
<b>14 o 15 años</b>	85	35,3%	24	32,4%	94	41,0%	38	44,2%	179	38,1%	62	38,8%
<b>16 o más años</b>	45	18,7%	17	23,0%	30	13,1%	23	26,7%	75	16,0%	40	25,0%
<b>Total</b>	241		74		229		86		470		160	
<b>Durante el último mes, ¿Cuántos días fumaste cigarrillos?</b>												
<b>0 día</b>	104	43,3%	42	56,8%	105	45,9%	36	41,4%	209	44,6%	78	48,4%
<b>1 o 2 días</b>	41	17,1%	11	14,9%	30	13,1%	21	24,1%	71	15,1%	32	19,9%
<b>3 a 5 días</b>	21	8,8%	3	4,1%	16	7,0%	5	5,7%	37	7,9%	8	5,0%
<b>6 a 9 días</b>	21	8,8%	3	4,1%	13	5,7%	5	5,7%	34	7,2%	8	5,0%
<b>10 a 19 días</b>	14	5,8%	6	8,1%	19	8,3%	13	14,9%	33	7,0%	19	11,8%
<b>20 a 29 días</b>	14	5,8%	3	4,1%	13	5,7%	4	4,6%	27	5,8%	7	4,3%
<b>Los 30 días</b>	25	10,4%	6	8,1%	33	14,4%	3	3,4%	58	12,4%	9	5,6%
<b>Total</b>	240		74		229		87		469		161	
<b>Durante el último año, ¿Alguna vez has intentado dejar de fumar cigarrillos?</b>	152	65,8%	47	65,3%	133	61,3%	48	59,3%	285	63,6%	95	62,1%
<b>Total</b>	231		72		217		81		448		153	

La proporción de estudiantes que ha fumado alguna vez es alta en ambos grupos. Incluso, la edad de iniciación del consumo tabáquico entre los 14 y 15 años es el rango etario donde ambos grupos coinciden. No obstante, el consumo de mayor frecuencia, es decir, los 30 días del mes lo lideran los estudiantes PACE USACH (12,6%)

Violencia escolar

**Tabla 13: Percepción de intimidación de participantes en el estudio “Efecto de la política PACE USACH sobre la salud de los estudiantes de establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad”. Chile 2017.**

	HOMBRE				MUJER				AMBOS SEXOS			
	PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Durante el último año, ¿Cuántas veces participaste en una pelea?</b>												
<b>Ninguna vez</b>	229	63,4%	81	61,8%	253	80,1%	110	78,0%	482	71,2%	191	70,2%
<b>Muy pocas veces</b>	119	33,0%	45	34,4%	60	19,0%	29	20,6%	179	26,4%	74	27,2%
<b>Casi siempre</b>	13	3,6%	5	3,8%	3	,9%	2	1,4%	16	2,4%	7	2,6%
<b>Total</b>	361		131		316		141		677		272	
<b>Durante el último año, ¿Cuántas veces te han agredido físicamente?</b>												
<b>Ninguna vez</b>	292	80,7%	108	81,2%	271	85,5%	119	85,0%	563	82,9%	227	83,2%
<b>Muy pocas veces</b>	63	17,4%	24	18,0%	40	12,6%	21	15,0%	103	15,2%	45	16,5%
<b>Casi siempre</b>	7	1,9%	1	,8%	6	1,9%	0	0%	13	1,9%	1	,4%
<b>Total</b>	362		133		317		140		679		273	
<b>Durante el último mes, ¿Cuántas veces fuiste intimidado/a o molestado/a?</b>												
<b>Ninguna vez</b>	273	75,8%	107	81,1%	245	77,3%	111	78,7%	518	76,5%	218	79,9%
<b>Muy pocas veces</b>	73	20,3%	23	17,4%	59	18,6%	27	19,1%	132	19,5%	50	18,3%
<b>Casi siempre</b>	14	3,9%	2	1,5%	13	4,1%	3	2,1%	27	4,0%	5	1,8%
<b>Total</b>	360		132		317		141		677		273	
<b>¿En qué lugar ocurrió la última agresión que sufriste?</b>												
<b>No he sufrido agresión</b>	247	69,0%	93	72,1%	251	81,0%	105	76,6%	498	74,6%	198	74,4%
<b>En el colegio o liceo</b>	40	11,2%	12	9,3%	30	9,7%	11	8,0%	70	10,5%	23	8,6%
<b>En la calle</b>	34	9,5%	14	10,9%	4	1,3%	4	2,9%	38	5,7%	18	6,8%
<b>En la casa</b>	15	4,2%	2	1,6%	13	4,2%	8	5,8%	28	4,2%	10	3,8%
<b>En otro lugar</b>	22	6,1%	8	6,2%	12	3,9%	9	6,6%	34	5,1%	17	6,4%
<b>Total</b>	358		129		310		137		668		266	
<b>Durante el último mes, ¿Cuántas veces fuiste intimidado/a o molestado/a?</b>												
<b>Ninguna vez</b>	273	75,8%	107	81,1%	245	77,3%	111	78,7%	518	76,5%	218	79,9%
<b>Muy pocas veces</b>	73	20,3%	23	17,4%	59	18,6%	27	19,1%	132	19,5%	50	18,3%
<b>Casi siempre</b>	14	3,9%	2	1,5%	13	4,1%	3	2,1%	27	4,0%	5	1,8%
<b>Total</b>	360		132		317		141		677		273	

Con respecto a violencia escolar, hay una leve tendencia a que los jóvenes intervenidos por PACE USACH reportan mejor convivencia escolar que los no intervenidos por PACE USACH.

## Trastorno de ánimo

**Tabla 14: Resultado de la escala de depresión de Zung en participantes del estudio “Efecto de la política PACE USACH sobre la salud de los estudiantes de establecimientos educacionales con alto índice de vulnerabilidad”. Chile 2017**

	HOMBRE				MUJER				AMBOS SEXOS			
	PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE		PACE USACH		Sin PACE	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Depresión (Escala de Depresión de Zung)</b>												
<b>Rango normal</b>	325	87,8%	124	91,9%	231	72,2%	107	75,9%	556	80,6%	231	83,7%
<b>Ligeramente deprimido</b>	35	9,5%	10	7,4%	65	20,3%	26	18,4%	100	14,5%	36	13,0%
<b>Moderadamente deprimido</b>	9	2,4%	1	0,7%	22	6,9%	8	5,7%	31	4,5%	9	3,3%
<b>Severamente deprimido</b>	1	0,3%	0	0%	2	,6%	0	0%	3	0,4%	0	0%
<b>Total</b>	370		135		320		141		690		276	

Al aplicarles la escala de depresión de Zung a los estudiantes, la mayoría de ellos en ambos grupos manifiesta estar libre de depresión. Sin embargo, la distribución de estudiantes expuestos al PACE USACH y no expuestos al PACE USACH con algún tipo de trastorno de ánimo que va entre un rango de ligeramente deprimido y moderadamente deprimido es cerca de un 19,1% en los estudiantes PACE USACH y 16,2% en estudiantes sin la intervención PACE USACH.

## Limitaciones del estudio

- Dificultades para establecer y mantener acuerdos con los establecimientos: si bien los contactos iniciales fueron facilitados por Jairo Estay, la mantención de contacto con las direcciones de los establecimientos fue muy difícil. En general, fue posible tener una primera reunión con la dirección del establecimiento, pero en los contactos consecutivos no fue posible para los establecimientos definir alguna persona a cargo de recibir los consentimientos y asentimientos o estar pendientes de la fecha de aplicación de cuestionarios. Correos electrónicos y/o teléfonos no fueron mecanismos efectivos de comunicación, por lo que se acudió en reiteradas ocasiones a los establecimientos para las diferentes acciones a realizar.
- Dificultad en la recolección de información: Lo antes mencionado impactó negativamente en el porcentaje de participación de los estudiantes. Otra dificultad fue la ausencia al establecimiento de los estudiantes el día de la aplicación del instrumento. Además, se evidenció desinterés de participar activamente por quienes aceptaron ser parte del estudio, dejando preguntas en blanco.
- Baja participación de establecimientos sin intervención de PACE de ninguna Universidad. Básicamente, la disponibilidad de establecimientos sin intervención PACE en la región Metropolitana con IVE similares era baja. Y de ese universo acotado, la voluntad de ser sometidos al estudio fue aún más baja.
- Eso afectó directamente al poder y potencia de la muestra. En ese sentido, es posible observar que los resultados para PACE USACH tienden a ser sobre-representados dado que hubo mayor cantidad de participantes en ese grupo versus el grupo de los no intervenidos por PACE USACH. Eso no permitió realizar análisis de asociaciones estadísticas.
- Por razones presupuestarias y de capacidad técnica, no hubo opción de recolectar variables confundentes que pudieran contribuir a encontrar algún tipo de asociación a la exposición del PACE USACH con la salud de sus estudiantes.

## Conclusiones

Con respecto a la caracterización de la salud de los estudiantes expuestos PACE USACH, los estudiantes PACE USACH declaran percibir tener una salud que va de regular a buena y que se autoperciben como sujetos sanos (la mayor prevalencia se observa entre los jóvenes intervenidos por PACE USACH). Sin embargo, los problemas de salud mental, consumo de alcohol y drogas y sobrepeso y obesidad son las condiciones de salud que más autoreportan experimentar.

Los estudiantes PACE USACH indican que la edad de inicio de la primera relación sexual es de 15 años. No obstante, menos del 40% de los estudiantes PACE USACH que están sexualmente activos ocupa algún tipo de método anticonceptivo y de prevención de enfermedades de transmisión sexual. **Adicionalmente, las mujeres intervenidas por PACE USACH declaran haber tenido menos prevalencia de embarazo que las mujeres no intervenidas por el mismo.**

Con respecto al consumo de alcohol, los estudiantes expuestos al PACE USACH tienen una alta prevalencia de consumo de alcohol, es decir, 1 de 5 estudiantes consume más de 5 vasos semanales de alcohol.

Al explorar el consumo de sustancias, los estudiantes PACE USACH reportan que más de la mitad de ellos ha probado algún tipo de sustancia y cerca del 40% de estos son consumidores habituales de drogas.

Al observar el consumo de tabaco, cerca del 70% de los estudiantes PACE USACH ha declarado haber consumido tabaco alguna vez. Luego, cerca del 13% indica ser consumidor habitual de tabaco, pero aproximadamente el 60% de estos ha querido dejarlo en el último año.

En referencia a violencia escolar, el 26% de los estudiantes PACE USACH ha recibido algún tipo de agresión física en el colegio, en la calle, en la casa, entre otros. El 27% declara haber participado en una pelea. Sin embargo, hay una leve tendencia observada en que los jóvenes intervenidos por PACE USACH tendrían

mejor convivencia escolar atribuible a que participan de menos eventos violentos en sus establecimientos educacionales.

Por último, los estudiantes PACE USACH declaran tener una salud mental en rango normal. Sin embargo, cerca del 20% de los estudiantes reportan tener algún tipo de trastorno de ánimo, lo que es coincidente con las tasas de trastornos de salud mental registradas a nivel nacional.

Con todo este estudio, los objetivos específicos 1 y 2 son completados y reportados a cabalidad. Es decir, se pudo obtener una caracterización lo más completa posible del estado de salud de los estudiantes PACE USACH de los establecimientos escogidos en la muestra de la región Metropolitana y, además, se puede establecer como línea base de conocimiento para las próximas intervenciones del programa en el ámbito escolar municipal.

No obstante, el objetivo específico 3, destinado a determinar alguna asociación entre la exposición de los estudiantes al PACE USACH comparando con estudiantes no expuestos al mismo no pudo ser llevada a cabo, debido a las limitaciones antes mencionadas (presupuestarias, técnicas y de voluntad de participación)

El PACE USACH, al no tener líneas de intervención dirigidas a trabajar o a influir en la salud de los estudiantes, es probablemente difícil poder ver alguna incidencia global en este ámbito en el universo total de los estudiantes expuestos al programa. Quizás, la percepción declarada de la mejoría de algunos indicadores de salud de estudiantes tenga mayor relación o asociación en aquellos que pertenecen al 15% promovido para ofrecerle acceso efectivo a educación superior y no se asocie al resto de sus compañeros.

Ahora bien, al contar con esta línea base de caracterización de la salud de los estudiantes, en un período prospectivo, se puede volver a aplicar el cuestionario y conocer diferencias que pudieran ser atribuibles a las intervenciones del PACE USACH.



En cualquier caso, se requieren estudios de mayor robustez en su diseño (experimental o cuasiexperimental) para poder establecer asociación o causalidad al trabajo que realiza el equipo PACE USACH sobre la salud de sus estudiantes.

## Bibliografía

- Aguilar Cordero, M.<sup>a</sup> J., González Jiménez, E., Padilla López, C. A., Guisado Barrilao, R., & Sánchez López, A. M. (2012): Sobrepeso y obesidad como factor pronóstico de la desmotivación en el niño y el adolescente. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4)
- Alfaro, J., Casas, F., & López, V. (2015). Bienestar en la infancia y adolescencia. *Psicoperspectivas*, 14(1), 1-5.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. *Colección Paidós Educador. México: Paidós Mexicana*.
- Asociación de Municipalidades de Chile (2016): Calidad de la educación en las comunas de Chile. Dirección de estudios. En: [http://www.amuch.cl/pdf/estudio\\_calidad\\_de\\_la\\_educacion\\_2015.pdf](http://www.amuch.cl/pdf/estudio_calidad_de_la_educacion_2015.pdf)
- Backlund E, Sorlieb PD, Johnson NJ (1999): A comparison of relationships of education and income with mortality: the national longitudinal mortality study. *Social Science and Medicine*; 49: 1373-1384.
- Bandura, A. (1982): Teoría del aprendizaje social. Madrid, Espasa Calpe.
- Blanco, G. (2006). La equidad y la inclusión social: uno de los desafíos de la educación y la escuela hoy. *Reice: Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*.
- Ball K, Crawford D. (2005): Socioeconomic status and weight change in adults: a review. *Social Science and Medicine* 2005; 60: 1987- 10.
- Benavides-Lara, M. A. (2015): Juventud, desarrollo humano y educación superior: una articulación deseable y posible. *Revista iberoamericana de educación superior*, 6(16), 165-173.
- Biblioteca del Congreso Nacional (2015): Datos de Resultados de la Educación Municipal, comparados con el Sector Particular Subvencionado y Particular Pagado. En: [www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21583/...Sector%20Municipal](http://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21583/...Sector%20Municipal)
- Blow, L. et al. (2005): Parental income and children's smoking behavior: evidence from the British household panel survey. Londres, Institute for Fiscal Studies.
- Carazo, P. C. M. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión: Revista de la división de Ciencias Administrativas de la Universidad del Norte*, (20), 165-193.
- Castro Heredia, J. A., Urrea Giraldo, F., & Viáfara López, C. A. (2011). Un breve acercamiento a las políticas de Acción Afirmativa: orígenes, aplicación y experiencia para grupos étnico-raciales en Colombia y Cali.
- Center of Disease Control (2014): Factores que contribuyen a las disparidades de salud vinculadas al cáncer. En: [http://www.cdc.gov/spanish/cancer/healthdisparities/basic\\_info/challenges.htm](http://www.cdc.gov/spanish/cancer/healthdisparities/basic_info/challenges.htm)
- Coffey, A., & Atkinson, P. (2005). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación*. Universidad de Alicante.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud. Salud de la población joven indígena en América Latina. Un panorama general. Santiago, Chile, [http://desarrolloci.ucr.ac.cr/enlace/sites/default/files/publicaciones/Agenda internacional AL. Maihold.pdf#page=96](http://desarrolloci.ucr.ac.cr/enlace/sites/default/files/publicaciones/Agenda_internacional_AL_Maihold.pdf#page=96) (2011).
- Costa, S., & Urbieto, M. D. C. T. (2012). Rendimiento académico y autoconcepto en estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria según el género. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 3(2), 175-193.

- Creswell, John (2013): *Research Design Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. 4th edition. University of Nebraska-Lincoln.
- Creswell, J. W., Klassen, A. C., Plano Clark, V. L., & Smith, K. C. (2011). *Best practices for mixed methods research in the health sciences*. Bethesda (Maryland): National Institutes of Health, 2094-2103.
- Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS MINSAL en [www.deis.cl](http://www.deis.cl).
- Di Pietro G, Page L, Silva Goncalves J. (2012): The effect of alcohol and drug consumption on academic performance: a treatment effect evaluation. En: [https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db\\_name=ESAM2012&paper\\_id=382](https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db_name=ESAM2012&paper_id=382)
- Engel G (1977): *The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. Science,
- Escolar: Revisión de la Investigación en Chile. *Psicoperspectivas*, 9(2), 82-104. New Series, Vol 196, No. 4286, 129 – 136.
- Escobar, J., & Bonilla-Jimenez, F. I. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 9(1), 51-67.
- Espíndola E y León A (2002): La deserción escolar en América Latina: un tema prioritario en la agenda global. En: <http://rieoei.org/rie30a02.htm>
- Espíndola, Viola (2011): Mapa de la Efectividad de la Educación Media en Chile: Factores de gestión asociados a la completación de estudios secundarios. Proyecto FONIDE N°: F511056-2010. En: [www.udp.cl/funciones/descargaArchivos.asp?seccion=documentos&id=131](http://www.udp.cl/funciones/descargaArchivos.asp?seccion=documentos&id=131)
- Fundación para la Superación de la Pobreza (2010): *Umbralés sociales para Chile. Hacia una futura política social*. Santiago. En: [http://www.superacionpobreza.cl/wpcontent/uploads/2014/02/UMBRALES\\_SOCIALES.pdf](http://www.superacionpobreza.cl/wpcontent/uploads/2014/02/UMBRALES_SOCIALES.pdf)
- Fletcher-Janzen, E. (2010): *The Relationship of Socioeconomic Status to Cognitive Ability in Ethnically Diverse Samples of Normal Children, as Measured by the KABC-II and WISC-IV*. University of Colorado.
- García, Isabel. (1998). Promoción de la salud en el medio escolar. *Revista Española de Salud Pública*, 72(4), 285-287. En: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271998000400001&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000400001&lng=en&tlng=es)
- Glaser y Strauss (1967): *The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Reprinted 2006.
- Hamui-Sutton y Varela-Ruiz (2013): La técnica de grupos focales. En *Metodología de investigación en educación médica*.
- Haveman, R., Wolfe, B., Spaulding, J. (1991): Childhood events and circumstances influencing high school completion. *Demography*, vol. 28, núm. 1, pp. 133-157.
- Ingram, A (2007): High school dropout determinants: The effect of poverty and learning disabilities. *The Park Place Economist*, vol. 14, pp. 73-79.
- Horn, Andrea, Marfán, Javiera. (2010): *Relación Entre Liderazgo Educativo y Desempeño*
- *Intervention and prevention?* Harvard University. En: <http://www.civilrightsproject.ucla.edu/research/dropouts/rumberger.pdf>
- Janosz, M., Leblanc, M., Boulerice, B., Tremblay, R. (1997): Disentangling the weight of school dropout predictors: A test on two longitudinal samples. *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 26, núm. 6, pp. 733-762.

- Jencks, C, Smith, M., Ackland, H. M., Cohen, J. D., Heyns, H. G. B. & Michelson, S. (1972): *Inequality: A reassessment of the effect of family and schooling in America*. New York: Basic Books.
- Krein, S.F. y Beller, A.H. (1988): Educational attainment of children from single-parent families: Differences by exposure, gender and race. *Demography*, vol. 25, núm. 2, pp. 221-234.
- Marín, M. (2003). *Función social de la educación y rol del profesor*. En: *La sociedad educadora*. Albacete: Servicios de publicaciones de la Universidad de Castilla la Mancha.
- Melotti, R. et al. (2013): Early life socioeconomic position and later alcohol use: birth cohort study. *Addiction*, vol. 108, no 3, pp. 516-525.
- Mella O, Ortiz I (1999): Rendimiento escolar, influencias diferenciales de factores externos e internos. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 1º trimestre, año/vol. XXIX, número 001. Centro de Estudios Educativos. Pp 69-92.
- Ministerio de Desarrollo Social: Encuesta CASEN 2013. Educación. Síntesis de resultados.  
En: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013\\_Educacion.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Educacion.pdf)
- Ministerio de Educación (2011 y 2012): Encuesta de Convivencia Escolar. Aplicada a través de prueba SIMCE a 8º básico y IIº medios.
- Ministerio de Educación (2013): Serie de Evidencias: Medición de la deserción escolar en Chile. Centro de Estudios. Año 2, N°15. En: [http://centroestudios.mineduc.cl/tp\\_enlaces/portales/tp5996f8b7cm96/upload/Imge/A15N2\\_Desercion.pdf](http://centroestudios.mineduc.cl/tp_enlaces/portales/tp5996f8b7cm96/upload/Imge/A15N2_Desercion.pdf)
- Ministerio de Educación (2015): Estudio de seguimiento a la implementación del Programa de Acompañamiento y Acceso Efectivo (PACE). Informe preliminar.
- Ministerio del Interior (2007 y 2009): Encuesta Nacional de Violencia en el Ámbito Escolar.
- Ministerio de Salud. Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.  
<http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf> (2013).
- Mitjans, A (1996): La escuela: un espacio de promoción de salud. En *Educación, salud y trabajo: Revista iberoamericana*, ISSN 1515-159X, N° 4, 2003, págs. 227-238
- Monteiro CA, Moura E, Conde W, Popkin B. (2004): Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of The World Health Organization* 2004; 82: 940-46.
- Morgan Dc, Chopa G, Fisher M. (1995): Psychosocial variables associated with teenager pregnancy. *Adolescence* 1995; 30: 277-89.
- Muñoz, Verner (2011): El derecho a la educación. Una mirada comparativa. Argentina, Uruguay, Chile y Finlandia. En: <http://portal.unesco.org/geography/es/files/15017/13230888961Estudio-comparativo-UNESCO-Vernor-Munoz.pdf/Estudio-comparativo-UNESCO-Vernor-Munoz.pdf>
- Musitu, G, Martínez, B. (2009): Familia y escuela. Una complicidad necesaria en la prevención de la drogodependencia. Ponencia Congreso Hablemos de Drogas. Familia y jóvenes juntos por la prevención. Barcelona, España.
- Musitu G, Jiménez T, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Rev Salud Pública México*;

- 49: 3–10, <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007000100002> (2007).
- Observatorio de Niñez y Adolescencia. Infancia CUENTA en Chile. Segundo Informe. Santiago, 2014.
  - Observatorio Chileno de Drogas. Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. Santiago, <http://www.senda.gob.cl/media/2015/08/Informe-Ejecutivo-ENPG-2014.pdf> (2015).
  - Observatorio de Niñez y Adolescencia. Infancia CUENTA en Chile. Segundo Informe. Santiago, 2014.
  - Organización Mundial de la Salud, En: <http://www.who.int/topics/gender/es/>.
  - Organización Mundial de la Salud: Acerca de las Escuelas Promotoras de Salud. Disponible en [http://www.paho.org/saludyescuelas/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=98:about-health-promoting-schools&Itemid=179&lang=es](http://www.paho.org/saludyescuelas/index.php?option=com_k2&view=item&id=98:about-health-promoting-schools&Itemid=179&lang=es)
  - Organización Mundial de la Salud (1998): Promoción de la salud Glosario. En: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
  - Ortiz-Hernández, Luis, López-Moreno, Sergio, & Borges, Guilherme. (2007): Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1255-1272.
  - OMS/OPS (2011): Cerrando la brecha: La política de acción sobre Los determinantes sociales de la salud: Todos por la equidad, “Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud”.
  - Patel V, Araya R, De Lima M, Ludermir A, Todd C. (1999): Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med*; 49:1461-71.
  - Pong, S.-L. y Ju, D.B. (2000): The effects of change in family structure and income on dropping out of middle and high school. *Journal of Family Issues*, vol. 21, núm. 2, pp. 147-169.
  - Pont, B., Nusche, D. y Moorman, H. (2008): Improving School Leadership. Volume 1: Policy and Practice. En: <https://www.oecd.org/edu/school/40545479.pdf>
  - Plazas, E. A., Penso, R. A., & López, S. E. (2006). Relación entre estatus sociométrico, género y rendimiento académico. *Psicología Desde El Caribe*, (17) Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1436992137?accountid=14621>
  - Raczynski, D. y Muñoz, G. (2006): Factores que desafían los buenos resultados educativos de las escuelas en sectores de pobreza. En S. Cueto (Ed.), *Educación y brechas de equidad en América Latina* (pp. 275-352). Chile: PREAL.
  - Redondo, Jesús (2007): El derecho a la educación en Chile. Foro Latinoamericano para Políticas Educativas FLAPE. En: [http://www.opech.cl/bibliografico/Doc\\_Financiamiento/08Chile\\_Derecho.pdf](http://www.opech.cl/bibliografico/Doc_Financiamiento/08Chile_Derecho.pdf). Páginas 69 a 71.
  - Román, Marcela (2003): El difícil cambio en los procesos de enseñanza aprendizaje en escuelas vulnerables chilenas. Centro de Investigación y Docencias Económicas CIDE. En: <http://biblioteca.uahurtado.cl/ujah/reduc/pdf/pdf/txt815.pdf>
  - Rodríguez, J. M. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Revista de Investigación Silogismo*, 1(08).
  - Rumberger, R (2001): Why students dropout of school and what can be done. Trabajo presentado en la Conferencia Dropouts in America: How severe is the problem? What do we know about.
  - Sabelli, H. Carlson-Sabelli. (1989): Biological Priority and Psychological Supremacy. *APA Journal*. Vol 146.

- Sandín, M. (2003): Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones. *Madrid. Mc Graw and Hill Interamericana de España.*
- Santos, Humberto (2007): Dinámicas de la deserción escolar en Chile. Departamento de estudios de la División Social de MIDEPLAN. En: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/ser.estsoc-dinamdeserc.escolar.pdf>
- Turbay, Catalina (2000): El derecho a la educación. Desde el marco de la protección integral de los derechos de la niñez y de la política educativa. En: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/educacion.pdf>
- UNESCO (2010): Educación, Juventud y Desarrollo. Acciones de la UNESCO en América Latina y el Caribe. Documento preparado para la Conferencia Mundial de la Juventud en León Guanajuato México UNESCO (2014): Tercer Estudio Regional Comparativo y Explicativo. En: <http://www.unesco.org/new/es/santiago/terce-study/>
- Vera G, Gallegos M, Varela M. (1999): Salud Mental y embarazo en adolescentes: Contexto de la gestación y consecuencias biodemográficas tempranas. *Rev Méd Chile* 1999; 4: 437-43.
- Vernon, P. E. (1969): *Intelligence and cultural environment.* London, Methuen and Co. Ltd.
- Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, et al. (2012): Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry*; 53: 1026–1035.
- Williamson, G. (2007). Acción Afirmativa en Educación Superior: dilemas y decisiones en tiempos multiculturales de Globalización. *Ciencias Sociales On Line*, 4(1), 77-101.
- Wojtkiewicz, R.A. (1993): Simplicity and complexity in the effects of parental structure on high school graduation. *Demography*, vol. 30, núm. 4, pp. 701-717.
- Yáñez R, Olivares S, Torres I, et al. (2001): Consumo de alimentos de escolares. Su relación con las guías y la pirámide alimentaria. *Rev Chil Nutr* 2001; 28:422-28.