

Encuesta Calidad de Vida para Estudiantes UC 2017

Caracterización de perfiles

SALUD ESTUDIANTIL



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. CONTEXTO	4
a. Antecedentes	4
b. Necesidad de Información	4
c. Objetivos del estudio	4
d. Referencias y continuidad	4
3. MARCO DE REFERENCIA	5
a. Marco teórico-conceptual	5
b. Marco geográfico	5
4. DISEÑO ESTADÍSTICO	6
a. Universo	6
b. Población objetivo y cobertura	6
c. Unidad estadística	6
d. Metodología muestral	6
i. Marco muestral	6
ii. Diseño muestral	6
iii. Tamaño de la muestra	7
iv. Método de selección	8
v. Clasificación de estratos	8
vi. Factores de expansión	9
vii. Estimadores	9
5. METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	12
a. Métodos de recolección de datos	12
b. Diseño de formulario	12
c. Métodos de procesamiento de datos	13
6. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS	14
a. Análisis de información para la mejora de resultados	14
b. Análisis de comportamiento de resultados	14
7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	15
a. Caracterización de los estratos	15
b. Alumnos PPA inferior a 4	18

c. Alumnos saludables	20
d. Grupo de riesgo: Infecciones de Transmisión Sexual	21
e. Grupo de Riesgo: Alumno suicida	22
f. Grupo de estudiantes Madres y Padres UC	23
g. Grupo de riesgo: Alumno con lesiones	24
h. Grupo de riesgo: Alumno ansioso	24
i. Grupo de riesgo: Alumno alérgicos	26
j. Grupo de riesgo: Alumno con Sobrepeso	27

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente documento tiene por objeto mostrar los aspectos metodológicos más importantes de la Encuesta de Calidad de Vida para Estudiantes UC, año de referencia 2017, junto con los principales resultados observados. La encuesta se enmarca en el plan de trabajo de Salud Estudiantil, dependientes de la Prorectoría UC.

2. CONTEXTO

a. Antecedentes

b. Necesidad de Información

La encuesta está enfocada en nutrir las fuentes de información de Salud Estudiantil, con la finalidad de reconocer el perfil de los alumnos, bajo la mirada de la calidad de vida de ellos, con aspectos asociados a trastornos de ansiedad, estrés, antecedentes físicos, hábitos alimenticios y percepción sobre la calidad de vida propia. La información es y será utilizada como insumo para la generación de nuevas reformas y proyectos para mejoras en el programa actual, y para respaldar las decisiones que se estimen convenientes.

c. Objetivos del estudio

El objetivo general es evidenciar las cifras que representen a la comunidad estudiantil en cuanto a la percepción de su calidad de vida habitual, bajo ciertas características a medir.

Los objetivos específicos de la encuesta se cuentan:

- Configurar un marco muestral representativo para los estudiantes de la encuesta, con la finalidad de expandir los resultados a nivel población universitaria.
- Caracterizar a la población estudiantil en hábitos que definan la calidad de vida.
- Exponer análisis estadístico a los resultados obtenidos del cuestionario, junto con su fiabilidad, descripción, expansión y conclusiones.

d. Referencias y continuidad

3. MARCO DE REFERENCIA

a. Marco teórico-conceptual

Según las recomendaciones planteadas por el equipo de DATA UC, junto con la recepción y trabajo de Salud Estudiantil, la encuesta se compone de la siguiente forma:

- Reconocer el perfil de los alumnos encuestados.
- Conocer las principales características de la calidad de vida.

A partir de ello, se elabora una hoja de ruta, definida por los siguientes puntos:

- Utilizar el cuestionario para la creación de la encuesta general.
- Aplicar la encuesta a través en formato electrónico, con la colaboración de Informática UC, por mail masivo.
- Recepcionar la información para su análisis.

De donde se decide observar a todos los alumnos que componen la UC, en todos los campus, debido a que todos están expuestos a las problemáticas del programa.

b. Marco geográfico

Corresponde al territorio respectivo de la UC, considerando los cuatro campus de Santiago y la Sede Villarrica, junto con todas las facultades y unidades.

4. DISEÑO ESTADÍSTICO

a. Universo

Se compone de todos aquellos alumnos y alumnas que cursan pregrado o postgrado, pertenecientes a la Pontificia Universidad Católica de Chile durante el segundo semestre del año 2017, y que posean activo su correo UC.

b. Población objetivo y cobertura

La población objetivo está constituida por el alumnado pertenecientes a la UC, que están expuestas a los problemas usuales que configuren su calidad de vida.

La cobertura temática corresponde a hombres y mujeres de diferentes facultades, que sean alumnos de diversos rangos etarios.

La cobertura geográfica comprende a los cinco campus, resuelta a través de cobertura electrónica (correo UC).

c. Unidad estadística

La unidad estadística, de muestreo y de observación es aquel alumno que pertenece a la UC y tiene activado su medio de comunicación digital, es decir, el correo UC.

Las variables de interés que se consideran para realizar el estudio de muestra están enfocadas en el diagnóstico de calidad de vida y representatividad poblacional.

d. Metodología muestral

i. Marco muestral

El marco muestral se construyó con la información proporcionada por Salud Estudiantil, con la lista completa de los alumnos a Agosto de 2017, segmentados por edad, género y unidad de pertenencia.

ii. Diseño muestral

La elaboración del diseño muestral se efectúa de un muestreo probabilístico estratificado en varias etapas, empleando como variable de

estudio los diagnósticos de los cuestionarios, utilizando la varianza máxima empleada como variable dicotómica. Los estratos considerados son Género, Programa y Rango Etario, descritos posteriormente.

La encuesta se realizó vía correo electrónico a todo el marco muestral, y luego a través de un proceso de expansión que da origen a los resultados con sus respectivos errores de estimación.

iii. Tamaño de la muestra

El cálculo del tamaño muestral fue obtenido a través de las fórmulas propuestas para muestreo estratificado, con un nivel de confianza del 95%, y un error máximo estimado de un 4%.

Para determinar el tamaño muestral de cada estrato, se distribuyó proporcionalmente según los tamaños de cada estrato conocidos.

Luego, el tamaño final de la muestra se calcula como

$$n = \frac{\sum_{i=1}^L N_i^2 p_i (1 - p_i) / w_i}{\frac{N^2 \epsilon}{4} + \sum_{i=1}^L N_i p_i (1 - p_i)}$$

Donde,

n : Tamaño de muestra

L : Número de estratos

N : Tamaño de la población

N_i : Tamaño del estrato i

p_i : Varianza esperada del estrato.

w_i : tamaño proporcional del estrato, calculado como $w_i = N_i/N$

ϵ : Indicador de error máximo.

De donde se obtiene que cada estrato muestral será calculado como

$$n_i = n * w_i$$

Se considerará el tamaño del estrato como el redondeo superior del valor obtenido, con el fin de encontrar al menos un dato en cada estrato.

Los tamaños muestrales usualmente están sujetos a los costos operacionales de la toma de muestra. En este caso, se considera utilizar método bootstrap en caso de no conseguir el tamaño esperado.

iv. Método de selección

La tabla 1 contiene la información completa de la metodología muestral, que conforma la información con la que se trabajó las respuestas. En este caso, se encontró la información suficiente para construir los factores de expansión.

Tamaño del Marco Muestral (N)	27471
Error máximo (ε)	4%
VARIABLES A ESTRATIFICAR	3
Número total de estratos posibles	$2 \times 4 \times 56 = 448$
Número total de estratos válidos	331
Tamaño de muestra estimado	157,6
Tamaño de muestra específico	451
Tamaño de muestra válida	4045

Tabla 1: Valores de diseño muestral

v. Clasificación de estratos

Se han especificado tres estratos estudiados en encuestas similares, que pueden mostrar resultados interesantes para expandir los resultados, y limitar los errores muestrales.

Estrato 1: Género	
Masculino	Femenino

Tabla 2: Categorías del primer estrato

Estrato 2: Rango Etario	
17 – 19 años	23 – 24 años
20 – 22 años	25 años o más

Tabla 3: Categorías del segundo estrato

Estrato 3: Programa	
Actuación	Música
Agronomía e Ingeniería Forestal	Nutrición y Dietética
Antropología	Odontología
Arquitectura	Pedagogía Básica
Artes	Pedagogía en Religión
Astronomía	Pedagogía Media
Ciencia Política	Psicología
Ciencias Biológicas	Química - Farmacia

College Artes	Sociología
College Cs. Sociales	Teología
College Matemáticas y Cs. Naturales	Trabajo Social
Comunicaciones	Postgrado en Agronomía
Construcción Civil	Postgrado en Arquitectura/Diseño
Derecho	Postgrado en Artes
Diseño	Postgrado en Ciencias Biológicas
Educación Parvularia	Postgrado en Ciencias Económicas y Administrativas
Enfermería	Postgrado en Ciencias Sociales
Filosofía y Estética	Postgrado en Comunicaciones
Física	Postgrado en Derecho
Fonoaudiología	Postgrado en Educación
Geografía	Postgrado en Filosofía
Historia	Postgrado en Física
Ingeniería Civil	Postgrado en Hist, Geo y Cs. Pol
Ingeniería Comercial	Postgrado en Ingeniería
Kinesiología	Postgrado en Letras
Letras	Postgrado en Matemática
Matemática - Estadística	Postgrado en Medicina
Medicina	Postgrado en Química

Tabla 4: Categorías del tercer estrato

vi. Factores de expansión

La información recolectada en la tabla 1 permite realizar las correcciones por población, lo que conduce a representaciones de la muestra. En efecto, para obtener una visión completa de las opiniones de toda la población universitaria, se debe realizar una expansión de la información a levantar.

La expresión algebraica del factor de expansión de los individuos pertenecientes a la muestra aleatoria estratificada se calcula como sigue:

$$F(x_i) = \frac{N_i}{n_i}$$

Calculado como la proporción entre el tamaño real del estrato, dividido por el tamaño del estrato en la muestra.

vii. Estimadores

La estimación de los indicadores se realiza a través de los métodos de muestras complejas habituales para este tipo de casos. De este modo, la estimación de cada indicador numérico debe considerar los tamaños y

varianzas de cada estrato, que afectará directamente al cálculo del error. Por otro lado, cada valor se verá afectado por el factor de expansión.

Por tanto, la estimación está dada por:

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^L FE(x_i) * x_i}{N}$$

Donde \bar{X} será la estimación de la media para la variable, de ello se desprende que el error estándar de estimación está dado por:

$$\sigma_e^2 = Var(\bar{X})$$

Y el error relativo de estimación está dado por:

$$CV_e = \frac{\sqrt{\sigma_e^2}}{\bar{X}}$$

Finalmente, el error relativo a un nivel de confianza del 95% se obtiene a partir de:

$$e_s = z_{1-\frac{\alpha}{2}} * \sigma_e^2$$
$$e_r = z_{1-\frac{\alpha}{2}} * CV_e$$

Donde,

$FE(x_i)$: Factor de expansión de la unidad i .

x_i : Valor que toma la variable en la unidad i .

\bar{X} : Media aritmética de la variable.

σ_e^2 : Varianza de la variable X .

CV_e : Coeficiente de variación.

e_s : Error estándar respecto a la varianza.

e_r : Error relativo respecto al coeficiente de variación.

z : Estadístico normal estándar correspondiente a un nivel de confianza 95%.



5. METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

a. Métodos de recolección de datos

La siguiente tabla muestra los aspectos relativos a la recolección de datos:

Recolección de datos de la Encuesta	
Inicio de la encuesta:	24 de Noviembre de 2017
Período de recolección:	120 días
Periodicidad de recolección de datos:	No aplica
Tipo de entrevista:	Cuestionario electrónico de auto llenado
Medio de recolección de información:	Correo electrónico
Plataforma de recolección de datos:	Survey Monkey
Equipo de trabajo:	Equipo Salud Estudiantil
Método de incentivo para la respuesta:	iPad mini (7,9") de 16Gb
Resolución de dudas:	

Tabla 5: Resumen de métodos de recolección¹

b. Diseño de formulario

El instrumento utilizado fue creado por el equipo del programa de *Manejo de la Ansiedad y Buen Dormir*, de Salud Estudiantil, y aplicado por DATA UC.

Del cuestionario se pueden desprender las siguientes secciones:

- **Sección 0:** Consentimiento.
- **Sección 1:** Salud. (Preguntas 1-2)
- **Sección 2:** Enfermedad. (Preguntas 3 – 5)
- **Sección 3:** Bienestar subjetivo (Preguntas 6 – 7)
- **Sección 4:** Autopercepción del impacto académico y sueño. (Preguntas 8 – 10)
- **Sección 5:** Salud mental (Preguntas 11 – 17) .
- **Sección 6:** Calidad del sueño. (Preguntas 18 – 22)
- **Sección 7:** Nutrición, peso y actividad física. (Preguntas 24 – 32)
- **Sección 8:** Alimentación (Preguntas 33 – 36)
- **Sección 9:** Otras actividades. (Preguntas 37 – 38)
- **Sección 10:** Afectividad y sexualidad. (Preguntas 39 – 52)
- **Sección 11:** Tabaco, alcohol y drogas. (Preguntas 53 – 56)
- **Sección 12:** Conductas de autocuidado. (Preguntas 57 – 58)

¹ Método propuesto por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

- **Sección 13:** Violencia. (Pregunta 59)
- **Sección 14:** Caracterización. (Preguntas 60 – 66)

Además, el cuestionario en la plataforma permite validar la consistencia numérica, y completados a través de alternativas determinadas.

c. Métodos de procesamiento de datos

Los analistas del equipo de trabajo revisan y supervisan las respuestas para que sean válidamente analizadas y consistentes con la información paralela del marco muestral, con el fin de seleccionar correctamente los estratos, con ayuda del algoritmo informático disponible y, en casos necesarios, con revisión manual.

Una vez finalizada la revisión de los datos obtenidos por el formulario, el equipo de análisis estudia las variables seleccionadas para generar los estratos, y se procede a utilizar los algoritmos, de elaboración propia, para obtener los factores de expansión para la generación de resultados.

Los procesos de imputación se omiten, debido a que se filtran los resultados para obtener una matriz de datos completa.

Paralelo a esto, se calculan los errores relativos, y se procede a validar resultados a partir de los parámetros establecidos por el equipo de trabajo. Si los resultados cumplen las expectativas a nivel de precisión, se procede a levantar la información y cruzar con otras variables, para poder discutir y tomar decisiones.

6. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS

a. Análisis de información para la mejora de resultados

Finalizada la validación de la toma de los datos, de la consistencia de las respuestas y de la completitud de la información por cada cuestionario contestado, se realiza el análisis estadístico correspondiente para darle forma a los resultados a exponer. Este proceso está sujeto a los errores calculados y obtenidos dentro del margen permitido, para cada indicador que se desee publicar. Este punto es más bien estático, debido al filtro generado por el error permitido.

Por otra parte, el componente dinámico del análisis refiere la observación y el cruce de la información, con la finalidad de evidenciar perfiles de percepción que sean significativas. A partir de ello, se buscan características o variables que expliquen las relaciones demostradas para confirmar el aumento, disminución o diferencia entre una o más categorías de interés, pudiendo corregir en algunos casos los resultados según su factor de expansión o un factor de corrección por población finita.

A destacar, se aplicará todas las herramientas de muestreo complejo, para cada iteración realizada con éxito, obteniendo estimadores robustos para su análisis final.

Cada gráfico considera un margen de error de los resultados. En el caso en que la banda de confianza se superponga con la de otra categoría, se considerará diferencia no significativa.

b. Análisis de comportamiento de resultados

El estudio posee una segunda finalidad, asociada a un análisis longitudinal futuro. Como parte del formulario, se le solicita a los encuestados aprobar una segunda instancia para realizar una nueva percepción en el futuro, lo que implica un estudio comparativo temporal en una siguiente solicitud.

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La encuesta de Calidad de Vida para estudiantes fue visitada por 5636 alumnos de la UC, equivalente al 20,5% de los alumnos. De este total de formularios, el 72% corresponden a completados y válidos para el estudio, como muestra la figura 1.

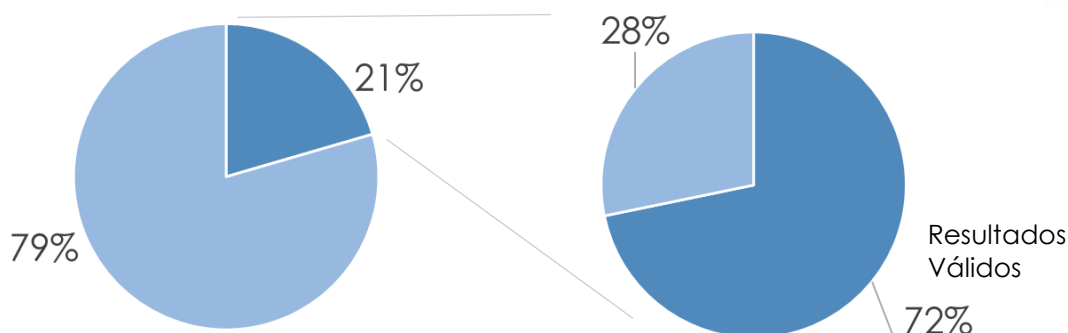


Figura 1: Información de la muestra

Dicho porcentaje corresponde a 4045 encuestas con resultados válidos y completos para analizar. Este número es una cantidad suficiente para desarrollar el algoritmo final sobre la participación en la encuesta, y así levantar los siguientes resultados.

a. Caracterización de los estratos

Las siguientes imágenes realizan un resumen comparativo de la representatividad de la encuesta. La figura 2 muestra la distribución del sexo en la encuesta, donde se aprecia que una alta participación femenina, mientras que la ponderación de las respuestas hace que dicha participación disminuya al 52%, más cercano a la realidad de los estudiantes.

La figura 3 realiza la misma comparativa, pero por rango etario. En este caso, las diferencias no son tan extremas, pero queda de manifiesto que los más jóvenes (17 a 22 años) respondieron más de los esperados, mientras que con los más adultos se tuvo que expandir sus resultados para la representación.

En el caso de los programas y carreras, las figuras 4 y 5 no se aprecia grandes diferencias entre lo observado y lo expandido.

En adelante, todos los resultados serán expandidos por estos tres factores.

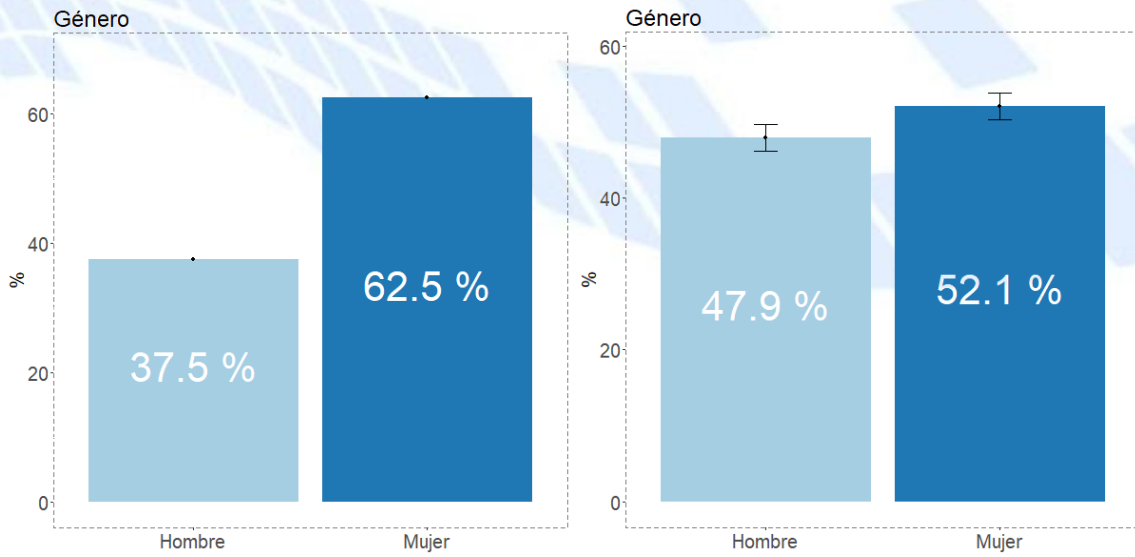


Figura 2: Distribución del género en (izquierda) encuesta, (derecha) respuesta expandida.

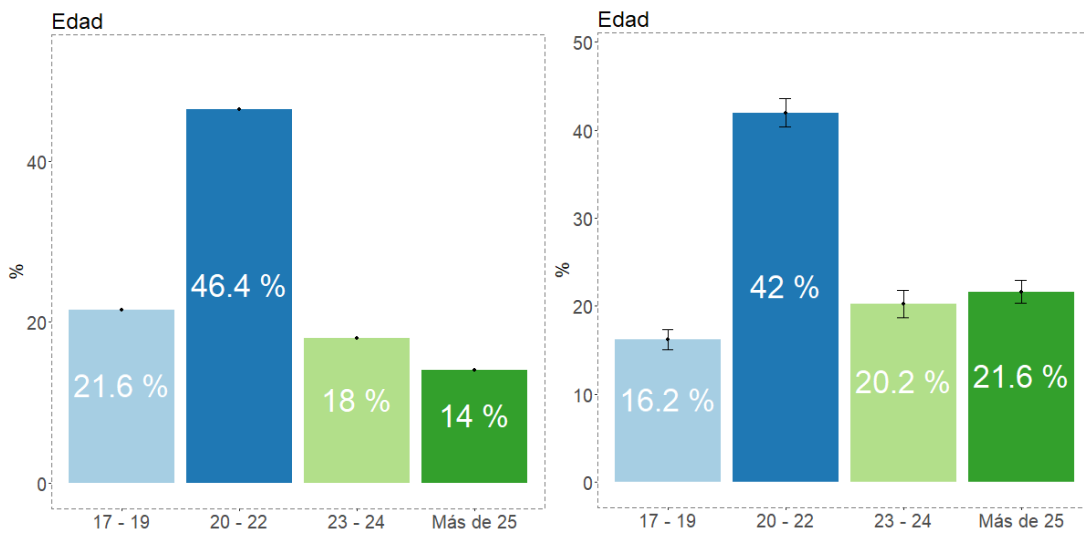


Figura 3: Distribución de la edad en (izquierda) encuesta, (derecha) respuesta expandida.

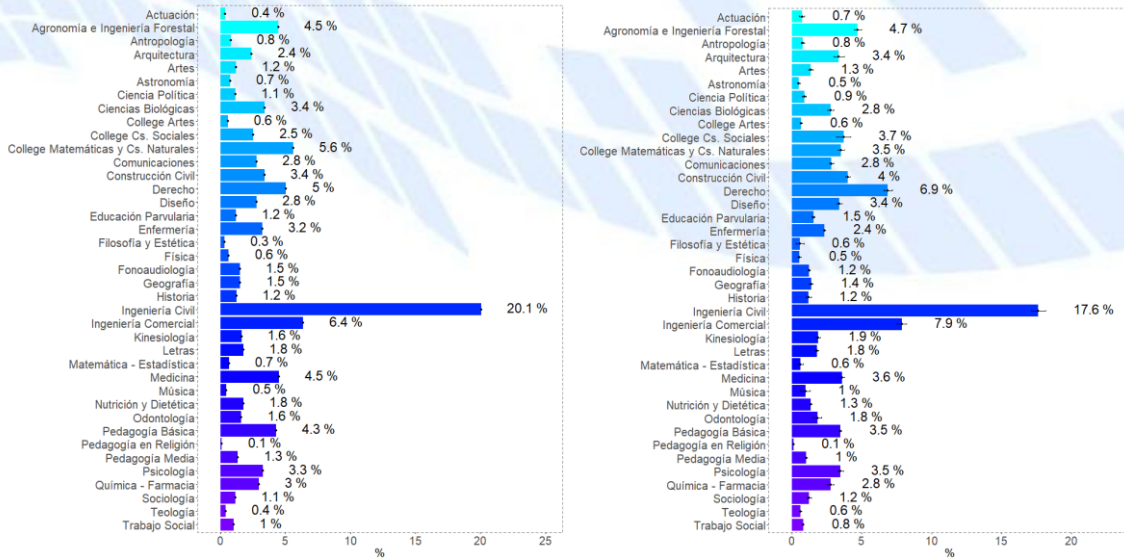


Figura 4: Distribución de programa de pregrado en (izquierda) encuesta, (derecha) respuesta expandida.

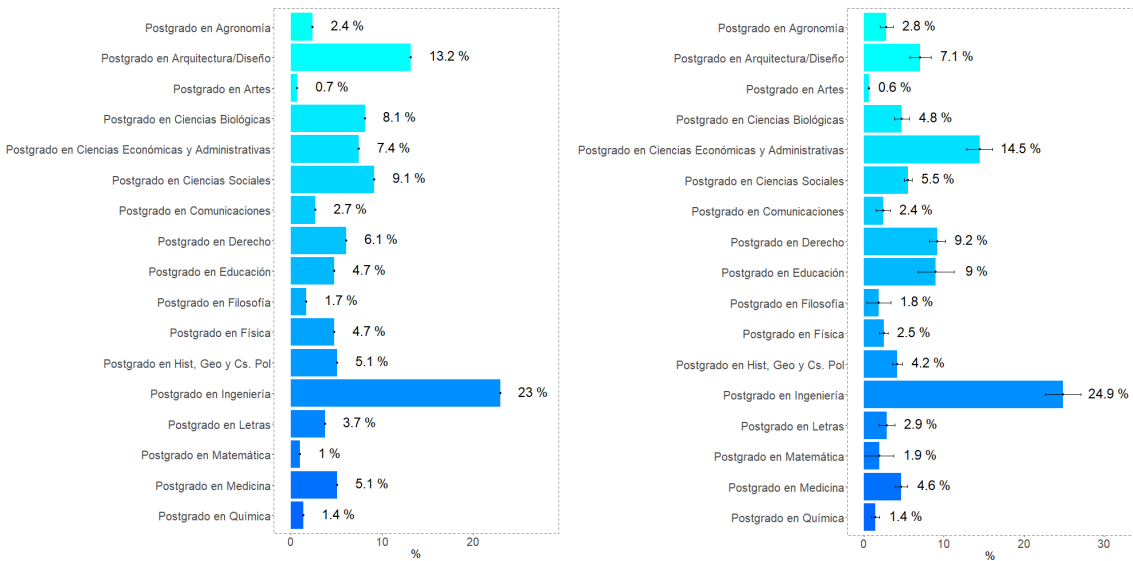


Figura 5: Distribución de programa de postgrado en (izquierda) encuesta, (derecha) respuesta expandida.

b. Alumnos PPA inferior a 4

Para considerar los efectos de calidad de vida en el rendimiento de alumno, se considerará el promedio ponderado acumulado (PPA) informado por el alumno, de donde se desprenden las siguientes características.

- Existen evidencias que enfocan principalmente a **novatos**, abarcando alumnos de primer y segundo año en gran medida.
- De los alumnos con PPA sobre 4, un 20% promedio ha consultado por un especialista en **psiquiatría**. Este porcentaje aumenta a un **48%** en los alumnos con PPA menor a 4, entre los cuales han consultado tanto dentro como fuera de la universidad. Además, las proporciones se mantienen al considerar si han sido diagnosticados con Depresión.
- Pese a las diferencias no significativas, se logra evidenciar una **tendencia** a una relación **inversa** en la **satisfacción con la vida**; alumnos con bajo PPA están más insatisfechos con la vida. En la misma línea, el grupo de riesgo posee diferencias con el resto de los alumnos respecto a las frases sentir que su vida no está cerca del ideal, la satisfacción y, si volviesen a nacer, no cambiarían cosas, principalmente poseen más frecuencia en la negación.
- Respecto a lo último, existe evidencia en caracterizar al grupo de riesgo en problemas críticos relacionados con la calidad de vida; alto porcentaje indica que ha **reprobado un ramo** por **depresión, estrés** y problemas de **relaciones interpersonales**. Algo similar, pero no significativo, es una tendencia al uso excesivo de PC e internet.
- Dentro de los alumnos con peor rendimiento, el **32%** declara que le ha **costado calmarse** con alta frecuencia en la semana de referencia, mientras que en el otro grupo es un 5% promedio. De forma análoga, un **38%** del grupo indica que se ha sentido muchas veces **nervioso**, mientras que, de los alumnos con buen rendimiento, solo llega a un 10%. La sensación de intranquilidad también es clave; el 66% de alumnos con mal PPA indica que le ha ocurrido bastante o muchas veces dicha sensación, mientras que aquellos con buen rendimiento, sólo el 30% aproximado posee dicho problema. En la misma línea, el 35% de los alumnos del grupo de riesgo declara que se le ha hecho **difícil relajarse** casi siempre, mientras que, en alumnos con buen rendimiento, este porcentaje llega sólo a los 12 puntos promedio. Finalmente, también hay diferencias al considerar si le **tiemblan las manos**, ya que en los del grupo de riesgo hay un 33% que no le ha pasado nunca, mientras que en alumnos con mejor rendimiento abarcan un 65%.

- El 64% de alumnos con PPA superior a 5.5 nunca ha **deseado estar muerto**. Entre aquellos con PPA entre 4.0 y 5.5, el porcentaje disminuye a 56%, significativo, mientras que, en el grupo de riesgo, sólo un **28%** indica que nunca lo ha deseado. Así mismo, un **38%** del grupo de riesgo indica nunca haber **pensado en terminar con su vida**, mientras que con PPA alto, el porcentaje aumenta hasta un 70%. Finalmente, un **28%** de los alumnos con PPA bajo ha tenido al menos un **intento de suicidio**, mientras que con PPA alto, sólo un 7% promedio lo ha intentado.
- El **40%** de alumnos del grupo de riesgo **consume medicinas**, comparado al 17% del resto de alumnos.
- Sólo un **40%** de alumnos con PPA bajo realiza algún tipo de **deporte**, mientras que con PPA alto este porcentaje crece a 60%.
- Al estudiar la **orientación sexual**, no se encontraron principales diferencias significativas. Cabe destacar, sin embargo, que de alumnos con PPA bajo, un 11% indica no estar seguro de su sexualidad, mientras que con PPA alto sólo alcanza un 3%. **No hay evidencia** para indicar que el primer porcentaje es mayor que el segundo, pero la tendencia muestral puede generar un estudio.
- El 65% de los alumnos con PPA bajo se han sentido angustiados y no ha pedido ayuda, mientras que en alumnos con PPA alto, al 40% le ha ocurrido lo mismo. De forma similar, al 65% del grupo de riesgo se ha sentido enfermo y no ha consultado con especialistas, mientras que, con PPA sobre 4.0, este fenómeno se repite solo en un 39% de alumnos.
- Pese a que **no hay evidencia** suficiente para otorgar diferencias, un **14%** de alumnos del grupo de riesgo indican que se han visto **expuestos a conductas sexuales sin consentimiento** y bajo efectos del alcohol, marihuana u otros. En el caso de alumnos con PPA mayor a 4.0, este porcentaje llega a 2% promedio.
- Tampoco se encuentra evidencia para ver si hay efecto de previsión de salud, aunque cabe destacar que a nivel muestral, el **50%** de alumnos del grupo de riesgo pertenece a **ISAPRE**, mientras que en los otros alumnos este porcentaje llega a **66%**.

c. Alumnos saludables

A partir de la información establecida, denominaremos **alumnos saludables** a aquellos que cumple las siguientes características:

- Sobre la utilización de métodos de barrera y protección, un 74.3% opta por métodos de protección, un 5.4% por abstinencia, y un 20.3% restante no utiliza ningún método. La edad no es influyente para definir estas diferencias, sin embargo, los alumnos **mayores de 25 años tienden a utilizar menos el condón o la abstinencia**.
Por carrera no hay diferencias significativas, a excepción de las carreras de filosofía y teología, que prefieren no utilizar protección o la abstinencia respectivamente. Además, **no hay diferencias de género**.
- Respecto a relaciones bajo influencia del alcohol, hay un comportamiento similar por carreras, siendo nuevamente filosofía quien más lo hace y pedagogía en religión junto con teología quienes menos lo aplican. Junto con esto, **los hombres tienden a tener más relaciones bajo la influencia del alcohol que las mujeres**, un 54.6% versus 45.4%, respectivamente.
- Sobre el uso de bloqueador en días nublados, no hay diferencia entre carreras, y en edad, solo hay diferencia entre los mayores de 25, que son más los que utilizan versus los que no. Sin embargo, la diferencia es notoria en género; **Las mujeres tienen un cuidado mucho mejor que los hombres**, siendo un 73.6% de mujeres que lo utilizan vs un 26.4% de hombres.
- Aquellos que andan en bicicleta, no hay diferencia significativa respecto a la edad, y son **los alumnos de música y pedagogía en religión los que suelen ser más precavidos** y utilizan casco, no existiendo diferencia por género.
- Respecto a la satisfacción con la vida, los jóvenes de 17 a 19 años tienden a presentar menor satisfacción de manera predominante, y las otras edades tienden a presentar comportamiento neutro. Por carrera, pedagogía en religión presenta una concentración más baja que el resto, mientras que **Sociología, Física, Ingeniería comercial y matemática/estadística muestran altos niveles de satisfacción con la vida**. El género no presenta diferencias
- Al observar las **relaciones con los familiares, no hay diferencias significativas** por estrato de edad ni carrera, salvo una deficiencia en pedagogía en religión. Tampoco hay diferencia por género, aunque hay algunas diferencias por opciones de satisfacción, sin determinar un patrón.

- Con relaciones de amigos, los mayores a 25 tienden a tener menos satisfacción con dicha relación, y lo mismo ocurre con 23-24 años. Con las carreras, hay en general buen nivel, a excepción de pedagogía en religión y predomina el nivel 7 en la carrera de física. No hay diferencias significativas respecto al género.

En conclusión, un alumno saludable no es influenciado generalmente por edad. Las mujeres son quienes presentan mejor nivel de cuidado de piel, y algunas carreras presentan mejores niveles de satisfacción que otras. Además, los alumnos menores a 25 años tienden a ser más responsables en su vida sexual.

d. Grupo de riesgo: Infecciones de Transmisión Sexual

Se define a este grupo de riesgo como aquellos alumnos que no han utilizado ningún método de barrera en su última relación sexual. A partir de ello, se desprenden las siguientes conclusiones:

- **El 20.5% de los alumnos no utiliza ningún método de barrera**, quienes son los más propensos a recibir algún riesgo de ITS. No hay diferencias estadísticamente significativas por la orientación sexual, es decir, **de aquellos que no utilizan ningún método de barrera, podrían tener cualquier orientación sexual.**
- En el caso de la caracterización, no se observa por año de ingreso una alta relación, **pero tiene a aumentar el número de personas en el grupo de riesgo a medida que la edad aumenta**, aunque no es significativa dicha relación. Por carrera se destaca que pedagogía en religión y filosofía tienden a no utilizar métodos de protección, y teología tiende a la abstinencia. Las otras carreras utilizan condón de manera general.
- El sistema previsional se concluye que, de los que **no tienen ningún sistema, el 30% no utiliza método de barrera**, mientras que de aquellos que están en **Isapre, sólo el 18%** declara ser parte del grupo de riesgo, siendo significativa esta diferencia.
- El uso de alcohol o drogas si presenta grandes cambios: Aquellos alumnos que están en dicho estado, tienden a tener mayor relación con el uso de métodos de barrera, sin embargo, los que no están bajo dicha influencia, tienden a la abstinencia. Notar que de aquellos que **no utilizan método de protección, el 53% ha tenido relaciones sexuales bajo influencia de alcohol o drogas**, mientras que los que aplican la abstinencia, sólo el 31% lo ha realizado.

En síntesis, el 20.5% de los alumnos que no utiliza métodos de protección, no hay distinción por orientación sexual, son aquellos que han sido influenciados por el alcohol o drogas al momento de tener relaciones, principalmente con Fonasa u sin previsión.

e. Grupo de Riesgo: Alumno suicida

Para analizar este grupo, se divide el estudio entre aquellos que tienen un resultado en el test de Okasha alto (Mayor a 5) y resultado bajo (Menor a 5).

- El nivel de satisfacción de vida para aquellos alumnos con Okasha alto, tiende a ser notorio en los **casos extremos de satisfacción con la vida** en general. El nivel más bajo (Muy en desacuerdo) es de un 4.1%, mientras que alumnos con alto Okasha corresponden a un 2.5% en dicha categoría. Así mismo ocurre con En desacuerdo siendo un 7.8% versus un 5.9%, respectivamente. Sin embargo, tienden a tener mayores porcentajes de los niveles más altos, ya que en general el 62% posee alta satisfacción, mientras que aquellos que poseen alto Okasha, este porcentaje aumenta a 78%, por lo que se deduce que presentan mayores extremos con su nivel de satisfacción con la vida.
- Los alumnos con test alto, tienden a consultar menos a **profesionales de salud mental**; el **77% de alumnos con nivel alto de Okasha no consultan**, mientras que disminuye a 73% en aquellos con bajo nivel. De los alumnos con nivel alto que consultan a un profesional de salud mental, lo hacen principalmente fuera de la universidad.
- El 7% de los alumnos en el grupo de riesgo tiende a ser diagnosticados con bulimia, mientras que sólo el 2.7% de aquellos con bajo nivel de Okasha son diagnosticados con el mismo trastorno. También, se presenta el diagnóstico de **Ansiedad**, sobre todo en los últimos 12 meses, de un **36.4% del grupo de riesgo versus un 12.3% de aquellos con test de Okasha menor a 5**. Además, tienden a tener trastorno de sueño, depresión, TOC, trastorno adaptativo, post traumático, bipolar y déficit atencional, en la misma relación. El trastorno de espectro autista no es significativo, así como tampoco lo son los problemas relacionados al alcohol u drogas.
- **Aspectos significativos que aumentan el nivel de Okasha** son: Estar en **causal de eliminación**, tener problemas relacionados con la **orientación sexual**, ser diagnosticado de una **enfermedad física o mental**, divorcio o separación de los **padres** y contraer **matrimonio** con una alta variabilidad. En todos los casos, existe diferencias significativas entre el grupo de riesgo, y aquellos que no pertenecen al grupo.
- En **relación a los amigos** en escala de 1 a 10, se **presenta diferencias** entre los dos grupos, ya que aquellos que poseen alto nivel, valoran

significativamente con un 1, un 5, o sobre 7 dicha relación, mientras que del grupo con bajo Okasha posee una elección más lineal.

- Aquellos que poseen alto nivel de Okasha, sólo aparecen personas heterosexuales, y un porcentaje de bisexuales, similar al del grupo completo.
- Sobre algunas situaciones sociales, aquellos alumnos que han pasado por una relación sexualmente o físicamente abusiva, tienden a subir sus niveles de Okasha. Por otro lado, los alumnos que en una situación social beben más de 10 vasos o no participan de situaciones sociales, suelen tener más nivel de Okasha que otros.

f. Grupo de estudiantes Madres y Padres UC

Los siguientes puntos reflejarán las características descriptivas de los alumnos que ya poseen hijos.

- El nivel de **satisfacción con la vida** de los padres, en escala de 1 a 10, tiende a centrarse **entre 7 a 9**. Notar que no hay principales diferencias con el resto del alumnado.
- Un **2.9%** de este grupo afirma haber **reprobado un ramo** por situación familiar. Por otro lado, un **9,1%** indica haber **faltado a clases** por la misma razón. En la misma, un **12.3%** de estos alumnos indica haber **sacado menor nota de la esperada** por preocupaciones familiares.
- Se deduce que el 38.8% del grupo posee **problemas financieros**, mientras que este porcentaje disminuye a un 24% en el caso de alumnos que no son padres.
- La mayoría de los padres/madres dicen no haber sido afectados en el rendimiento académico por hechos de **violencia sexual**. Sin embargo, un **3.1%** si lo declara.
- Al considerar si trabajar remuneradamente ha afectado el **rendimiento académico**, el 50% indica que no, mientras que en el caso de aquellos que no son padres, este porcentaje aumenta a 63%. Del 50% restante del grupo a estudiar, el **31% indica que indica que ha trabajado**, pero no le ha afectado, mientras que un **14% indica que sí** ha afectado, versus un 9% de los que no son padres.
- En el grupo observado, el **55.1% está casado**, mientras que aquellos que no tienen hijos, sólo el 1.8% cumple dicho estado civil.

- **Aquellos que financian los estudios en los padres y madres tienden a ser ellos mismos**, en un 40.9%, mientras que los que no son padres, sólo el 5.1% cumplen dicho rol. De manera análoga, un 49.3% de los que no pertenecen a este grupo señalan que sus padres les financian los estudios, mientras que, si son padres, un 6.3% les financian sus estudios sus progenitores.

g. Grupo de riesgo: Alumno con lesiones

Sobre los alumnos que han sido diagnosticado con fractura, luxación o esguince, se puede concluir las siguientes características.

- Los alumnos con **IMC con sobrepeso** tienden a sufrir fractura, luxación o esguince en mayor medida que aquellos de peso normal o bajo, sin una diferencia significativa.
- No hay diferencia significativa en los alumnos con descripción propia de sobrepeso.
- Los alumnos que tienen **30 minutos de actividad moderada**, 3 o más veces a la semana, son los que más suelen ser diagnosticados con algún tipo de lesión.
- Los alumnos que tienen **30 minutos de actividad intensa**, 3 o más veces a la semana, son los que más suelen ser diagnosticados con algún tipo de lesión.

h. Grupo de riesgo: Alumno ansioso

Para los alumnos que han sido diagnosticado con Ansiedad por un profesional, se puede observar comportamientos descritos a continuación. Los gráficos de cada característica se presentan en el ANEXO G.

- Casi un **31%** de alumnos han sido **diagnosticados por ansiedad**, quienes serán los pertenecientes al grupo de riesgo.
- De dicho grupo de riesgo, poseen más **sobrepeso** u **obesidad** que aquellos que no han sido diagnosticados.
- En el caso de trastornos del peso diagnosticados, un 30% de alumnos sin ansiedad ha sido diagnosticado con sobrepeso, y un 8% con obesidad. Para alumnos del grupo de riesgo, **47%** ha sido diagnosticado con **sobrepeso**, y un **14%** con **obesidad**, siendo diferencias significativas.

- De aquellos que no pertenecen al grupo, un 15% ha sido diagnosticado con **asma**, mientras que, en el grupo, ese porcentaje sube a casi un **22%**. Este perfil se repite con otros problemas; en el caso de dolor de espalda, casi un **32%** del grupo ha sido diagnosticado, versus un 19% de casos diagnosticados con **dolor de espalda** en aquellos que no poseen ansiedad.
- Sobre otros problemas, aquellos diagnosticados con ansiedad, están más **propensos** a tener diagnósticos de **resistencia a la insulina, colesterol alto, colon irritable** y **cefalea**, mostrando diferencias significativas con el grupo que no posee diagnóstico de ansiedad.
- De las personas que **reprobaron un ramo por estrés**, el **66% pertenece al grupo de riesgo**. Por otro lado, el trastorno de sueño ha afectado el desempeño en los alumnos diagnosticados por ansiedad, donde el **64%** de los que **reprobaron un ramo por trastornos del sueño**, pertenecen al grupo de riesgo.
- Existe una **relación directa** entre la **sequedad de la boca** y el grupo de riesgo, evidenciando que aquellos que les ha pasado recurrentemente dicho fenómeno, están más presentes en el diagnóstico de ansiedad. De igual forma, los **problemas para respirar**, sentirse **tembloroso**, estar preocupado por **sentir pánico** y hacer el ridículo, estar a punto de tener una **crisis** de pánico, sentir **latidos** del corazón **sin esfuerzo** físico o sentir **miedo** sin razón, poseen el mismo comportamiento; a mayor frecuencia, más chances de pertenecer al grupo de riesgo.
- El 41% de los alumnos que se fueron a **vivir con su pareja**, el 37% de los que **reprobaron un ramo** y el 36% de los que poseen una **enfermedad** grave de **un cercano** están diagnosticados con ansiedad, lo que indica más porcentaje del esperado originalmente. En la misma relación, 56% de los que han estado en **causal de eliminación**, el 49% de los que han **perdido beca** y el 43% de los que han tenido **conflictos** con sus **padres**, también pertenecen a dicho grupo.
- De los alumnos que no han sido diagnosticados, el 21% ha pensado en que su **vida no vale la pena**. Cuando se observa el grupo de riesgo, este porcentaje aumenta a un **37%** en aquellos que han sido **alguna vez diagnosticados**, y hasta un **51%** en aquellos diagnosticados por ansiedad durante los **últimos 12 meses**. Al considerar si han intentado terminar con su vida, entre los que no pertenecen al grupo de riesgo, el 9% lo ha intentado, mientras que, de aquellos diagnosticados en el último año, un **30%** ha **intentado terminar con su vida**.
- En general, el grupo de riesgo tiende a calificar su **calidad de sueño** como **mala**, a diferencia de los otros alumnos.

- Los alumnos del grupo de riesgo **tienden a practicar menos deporte**, en comparación con aquellos no diagnosticados, sin embargo, la diferencia no es significativa.
- Existe una tendencia no significativa a que el **grupo de riesgo ve más televisión** que aquellos que no lo hacen.
- Un **1.1%** de los alumnos no diagnosticados ha pasado por una **penetración sin consentimiento**. Este porcentaje se duplica en el caso de aquellos diagnosticados alguna vez por ansiedad, mientras que, al considerar los **diagnosticados durante el último año**, el porcentaje se triplica, llegando a **3.4%** significativamente mayor que en el primer caso.

i. Grupo de riesgo: Alumno alérgicos

El grupo de riesgo definido en esta categoría responden a haber sido diagnosticados por algún especialista en alguna alergia.

- Existe evidencia al **relacionar** con el diagnóstico de **ansiedad**, el **34%** de aquellos diagnosticados **alguna vez** en la vida con alergia ha sido diagnosticado por ansiedad, mientras que el **45%** de los diagnosticados en los **últimos 12 meses** por alergia ha tenido el mismo diagnóstico. En el caso de aquellos que **no han sido diagnosticados** por alergia, sólo el **23%** ha sido diagnosticado por ansiedad.
- El 54% de los alumnos que no pertenecen al grupo de riesgo, nunca han sido diagnosticados por **infección** en el **tracto respiratorio**. Este porcentaje disminuye a un 33% aproximado en el caso de aquellos que si poseen diagnóstico de alergia. Dentro del mismo grupo, el 25% ha sido diagnosticado con **migraña** o **cefalea**, mientras que aquellos que no poseen diagnóstico de alergia, solo un 16% ha sido diagnosticados por estos malestares. En todos los casos, las diferencias son significativas, y por tanto hay una **relación**.
- De aquellos no diagnosticados por alergia, el **30%** declara que ha **sufrido ansiedad** y **afectado** en su **rendimiento**. Este porcentaje, en el caso del grupo de riesgo, aumenta a un 38% en aquellos diagnosticados alguna vez en la vida, y a un 50% en aquellos diagnosticados en el último año. Cabe resaltar que un 17% de los diagnosticados por alergia en el **último año**, indica que se ha sacado una **menor nota** por ansiedad.

- Sobre el nivel de **actividad física**, **no** se logra ver **diferencias** significativas entre alumnos del grupo de riesgo, y aquellos que no han sido diagnosticados. Tampoco se ve influencia de la intensidad de la actividad.
- Finalmente, al considerar la frecuencia de **consumo** de **agua**, pareciera que los alumnos diagnosticados de alergia consumen más agua, en promedio. Sin embargo, **no hay evidencia** significativa para respaldar la información.

j. Grupo de riesgo: Alumno con Sobrepeso

Los alumnos con sobrepeso están definidos a partir de la información proporcionada en peso y altura, categorizada a través del cálculo del IMC. A continuación, se presentan las principales características de este grupo.

- De los alumnos con **sobrepeso u obesidad**, tienen **más chance** de ser diagnosticados con **colesterol alto**. Notar que el 24% de ellos ha tenido alguna vez un diagnóstico, mientras que en los obesos este porcentaje aumenta a 33%. Para aquellos que poseen un peso bajo o normal, este porcentaje disminuye entre un 10% a 14%. Por otro lado, el 20% de los sobrepesos ha sido diagnosticado con **resistencia a la insulina**, mientras que el 32% de obesos cumple con el diagnóstico. En el caso del grupo complemento, el porcentaje baja aproximadamente a un 6%, significativamente menor que el grupo de riesgo.
- Al considerar el nivel de **actividad física**, cerca del 50% de todos los alumnos declara haber disminuido su actividad. Al ver la distribución dentro del grupo, este porcentaje **no ha variado significativamente**. Los que practican actividad física **moderada**, el 69% de las personas con peso normal realiza al menos una vez a la semana, mientras que de los sobrepesos sólo el 62%, y en los obesos el 56%. Llama la atención que, en el caso de alumnos con **bajo peso**, sólo el 47% realiza al menos una actividad moderada física a la semana. La relación anterior se repite al considerar actividad física **intensa**, pero este caso no se observa que la diferencia sea significativa.
- Del grupo de riesgo de sobrepeso, el **55.6%** realiza **algún deporte** con frecuencia, y en el caso de obesos, disminuye a un **43%**, significativamente menor, considerando que personas con peso normal ascienden al 62% de práctica. Los alumnos con peso bajo poseen un comportamiento similar a los obesos. De aquellos que no realizan actividad, la mayoría declara que

es porque no le alcanza el tiempo, tanto en peso normal como en el grupo de riesgo. También resalta que alumnos con **bajo peso**, un **23%** indica que no realiza deporte porque **no le gusta**.

- Sobre la alimentación, el **45%** de obesos declara **no desayunar** diariamente. Este porcentaje desciende a un 30% en todas las otras categorías. En el caso del almuerzo diario, sólo un 18% de alumnos con sobrepeso indica no hacerlo, y no hay diferencias significativas con otras categorías de peso.
- En el caso de alimentación de **fruta**, un **12%** de los **obesos** informa **no** comer ni beber regularmente, mientras que en los otros alumnos baja a un 6% promedio. Similar con las **verduras**, los obesos que **no la consumen** llegan al **6%**, mientras que el otro grupo se mueve entre un 1%. Con los lácteos no hay principales diferencias, aunque se ilustra una tendencia a que es menos común en obesos el alto consumo diario. Con **legumbres**, el **55%** de obesos indica **no** comer regularmente, mientras que en otras categorías se reduce al **40%**, significativamente menor. Finalmente, se observa una **tendencia** a indicar que aquellos que comen regularmente **carnes** rojas y blancas, **tienden a aumentar el peso**, puesto que, de aquellos de bajo peso, normal, sobrepeso y obesos, indican porcentualmente comer a diario carne un 23%, 25%, 28% y 31%, respectivamente. Pese a que va en aumento, no hay evidencia de diferencias significativas. Con los **carbohidratos** ocurre el mismo fenómeno, pero es más notorio en aquellos que indican comer 3 o más veces al día. En pescados no hay principales diferencias, aunque los obesos indican comer menos regular que el resto.
- Para la **comida rápida**, se muestra la tendencia de ser más frecuente a medida que aumenta el peso, aunque **no hay evidencia** significativa. Lo mismo ocurre con el consumo de comida chatarra en colaciones.
- Al considerar la frecuencia con que los alumnos consumen vasos de **agua**, es difícil determinar un patrón que identifique la situación. La principal diferencia significativa es que, de aquellos con bajo peso, el 20% declara hacerlo una vez al día, mientras que, en las otras categorías, este porcentaje llega entre 9% y 10%. En dos veces al día, está más abajo el grupo de riesgo, en tres veces a día está más abajo los obesos, y luego 4 o más veces se ilustra un avance lineal que, a más peso, más consumo de agua.
- Para disminuir de peso, el grupo de riesgo ha realizado diversos mecanismos. El 50% indica hacer **ejercicio**, aunque no es significativo frente a los de peso normal. El 37% indica realizar **dietas por iniciativa propia**, el

15% de los obesos realiza **dieta indicada por especialista**, un 4% toma **pastillas** para perder apetito o eliminar grasa, casi un 2% usa **laxante**, aunque de los alumnos con bajo peso, este porcentaje es similar. Finalmente, en los obesos, el 4% declara inducir vómitos.

8. Anexos

a. Anexo 7B

Anexo b

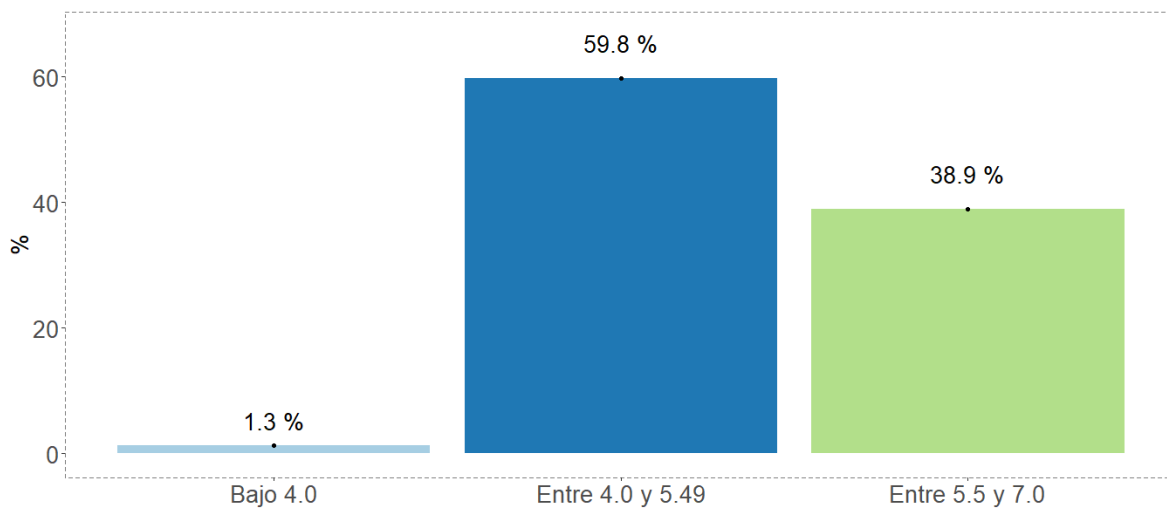


Figura 6: Distribución PPA

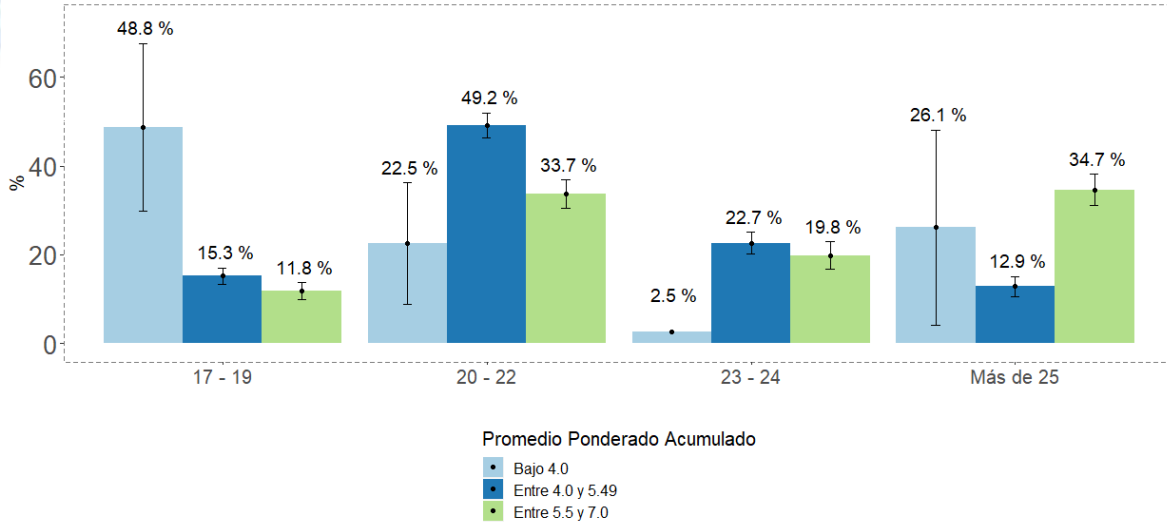


Figura 7: Edad vs PPA

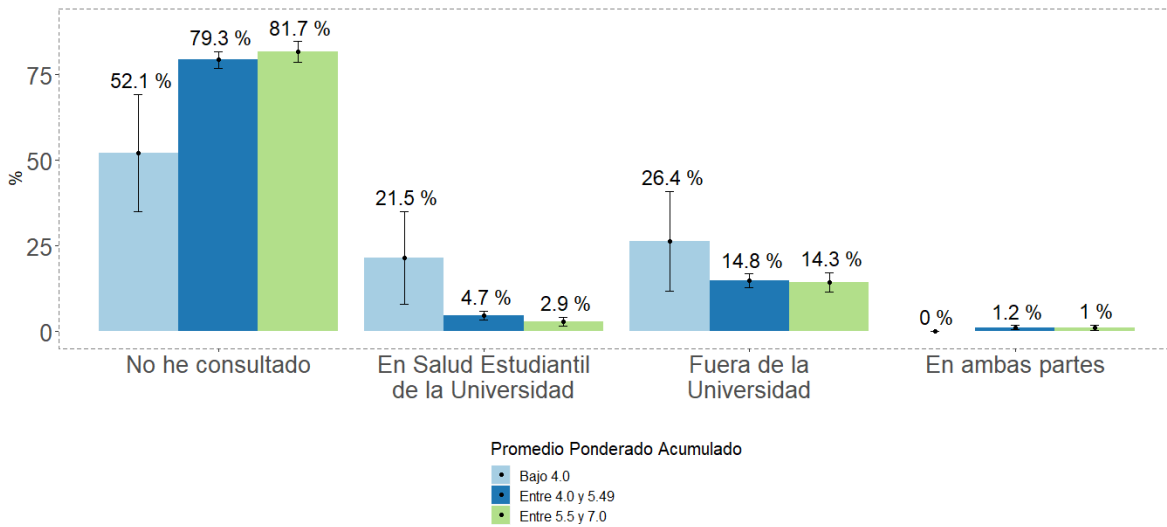


Figura 8: Consulta a psiquiatría vs PPA

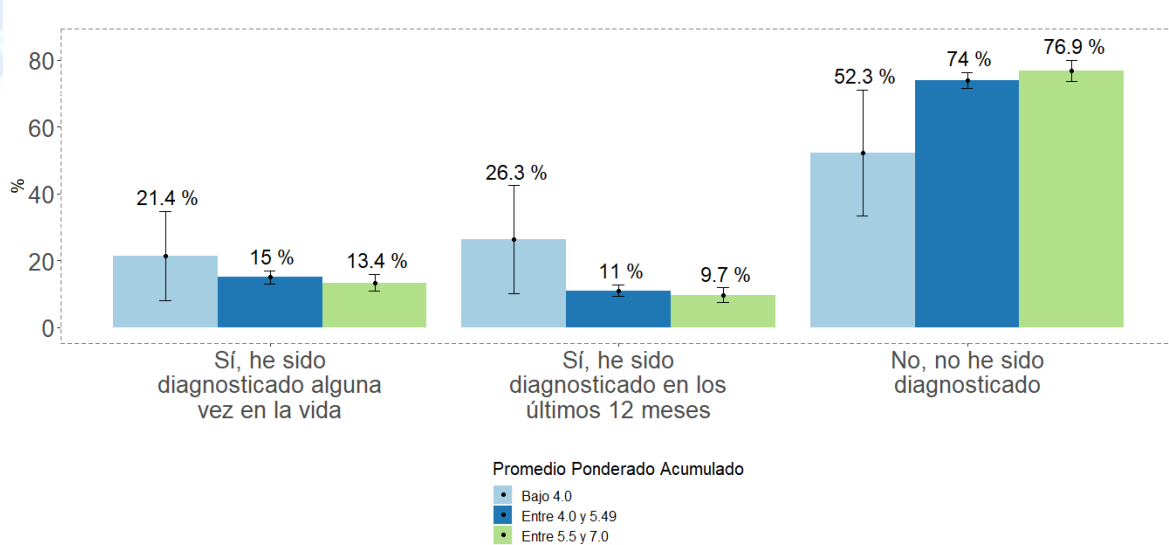


Figura 9: Diagnóstico por depresión vs PPA

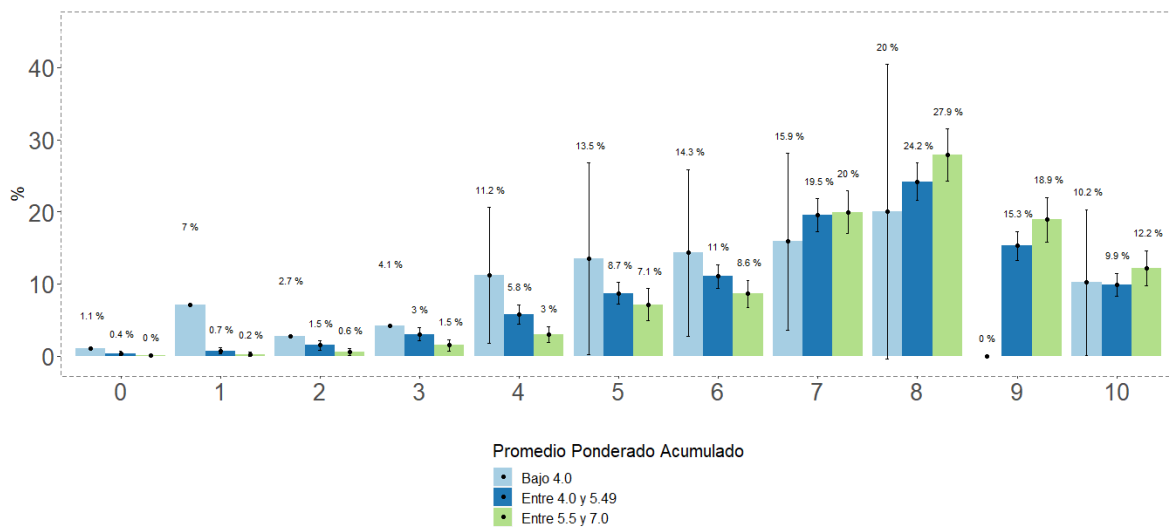


Figura 10: Satisfacción con la vida vs PPA

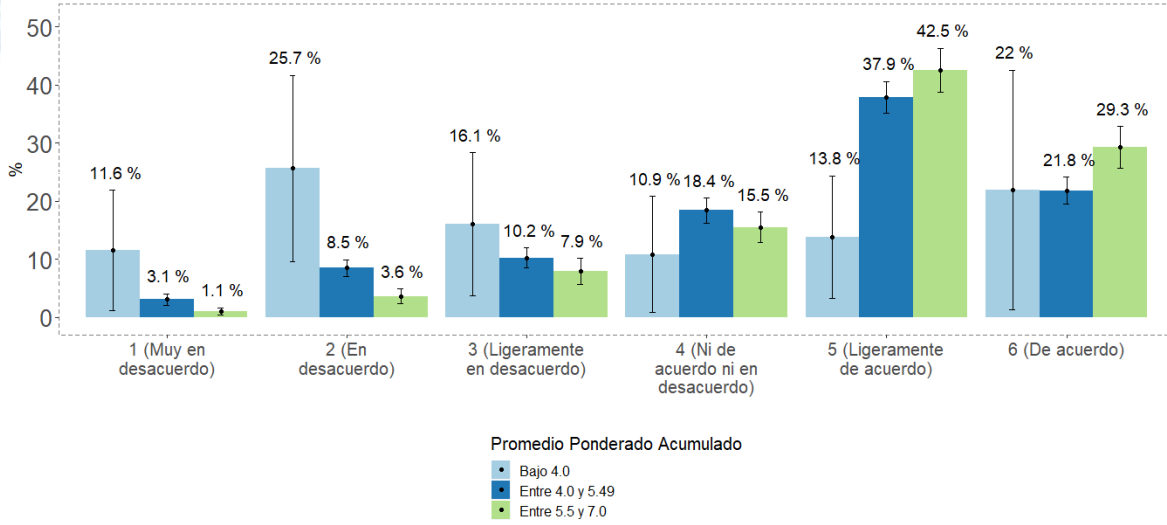


Figura 11: "Mi vida está cerca de mi ideal" vs PPA

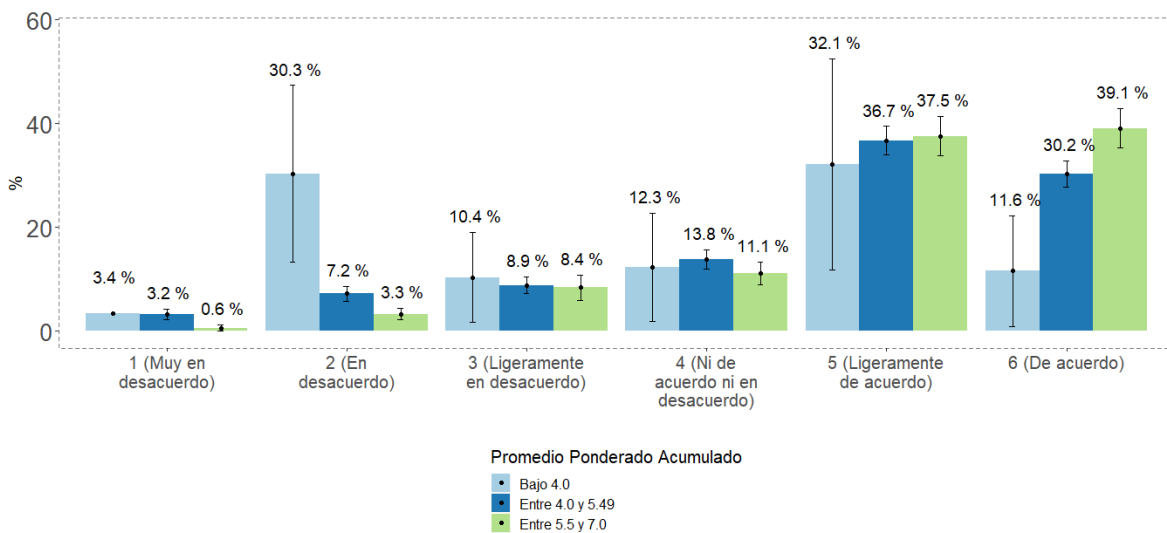


Figura 12: "Estoy satisfecho con mi vida" vs PPA

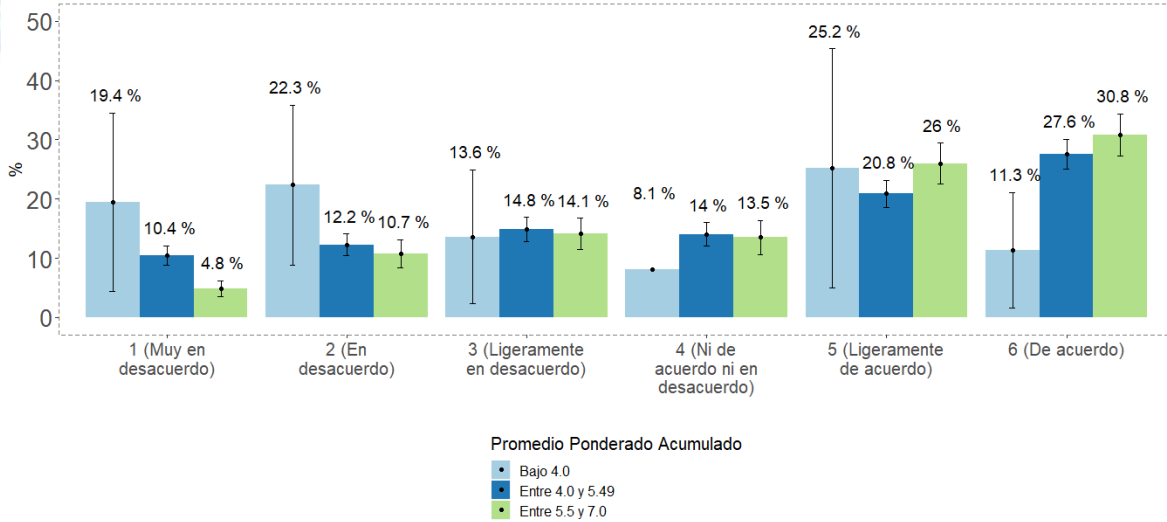


Figura 13: "Si volviese a nacer, no cambiaría nada" vs PPA

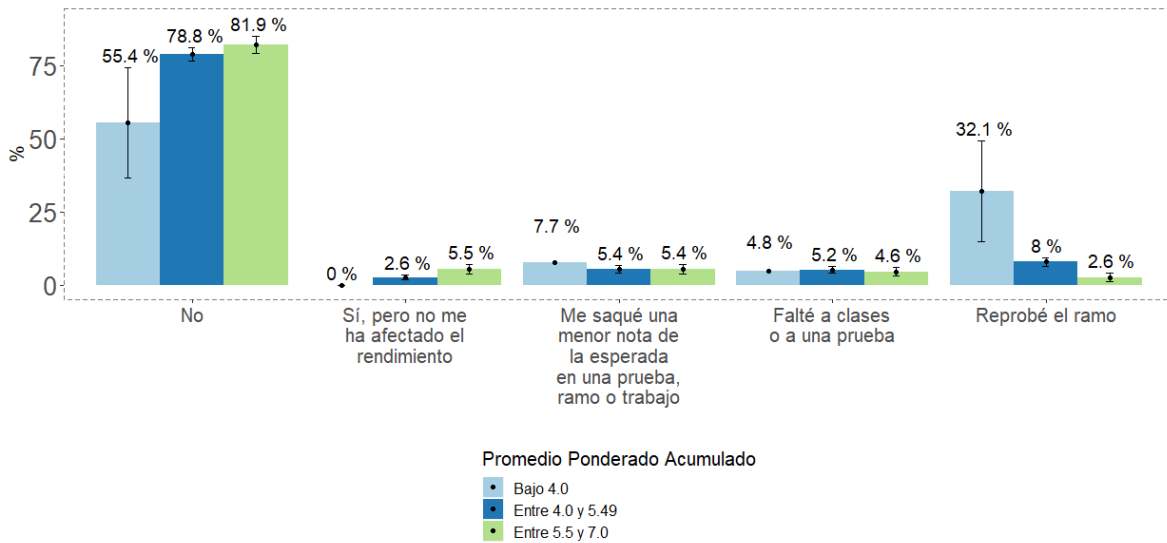


Figura 14: A afectado la depresión en rendimiento vs PPA

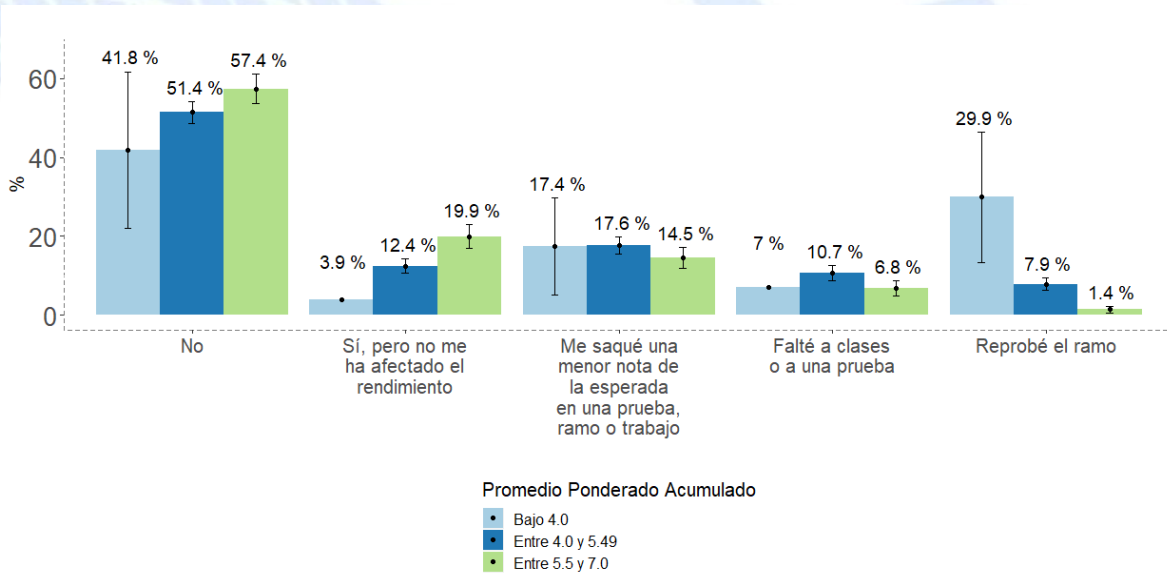


Figura 15: A afectado el estrés en rendimiento vs PPA

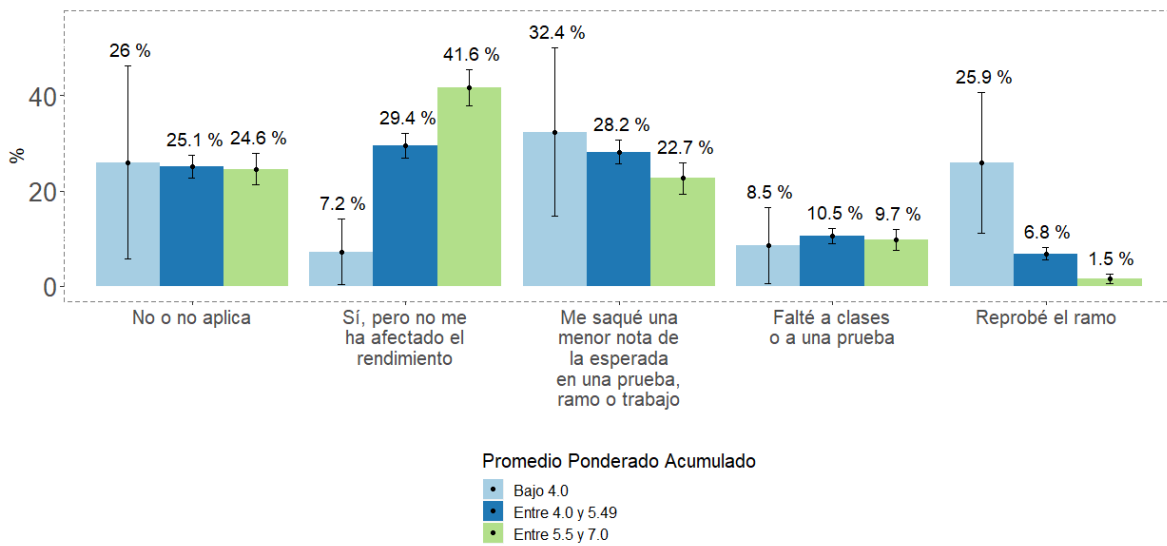


Figura 16: A afectado los problemas de relaciones interpersonales en rendimiento vs PPA

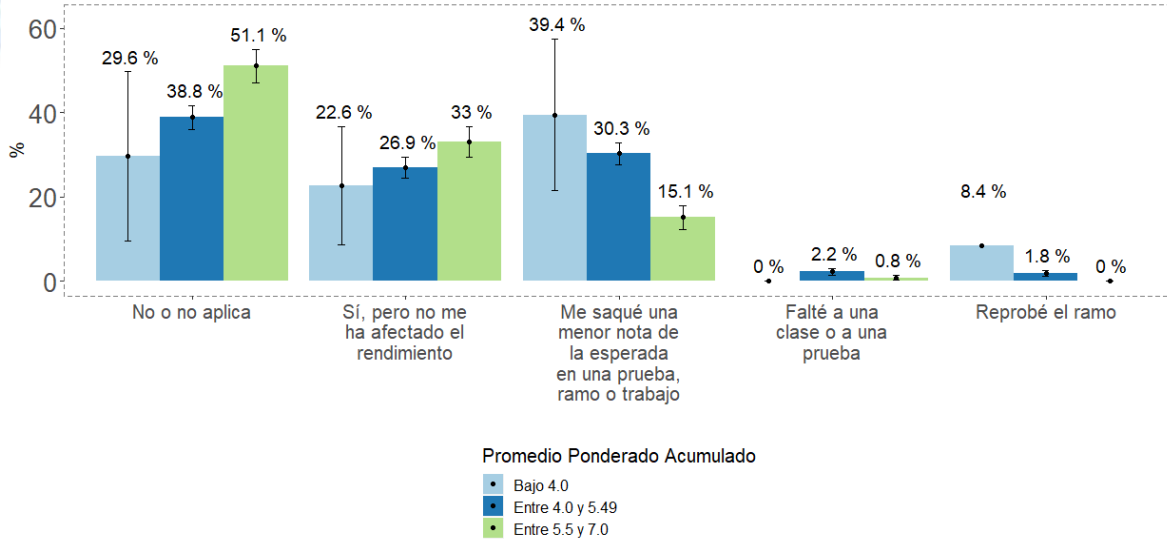


Figura 17: A afectado el uso excesivo de PC/internet en rendimiento vs PPA

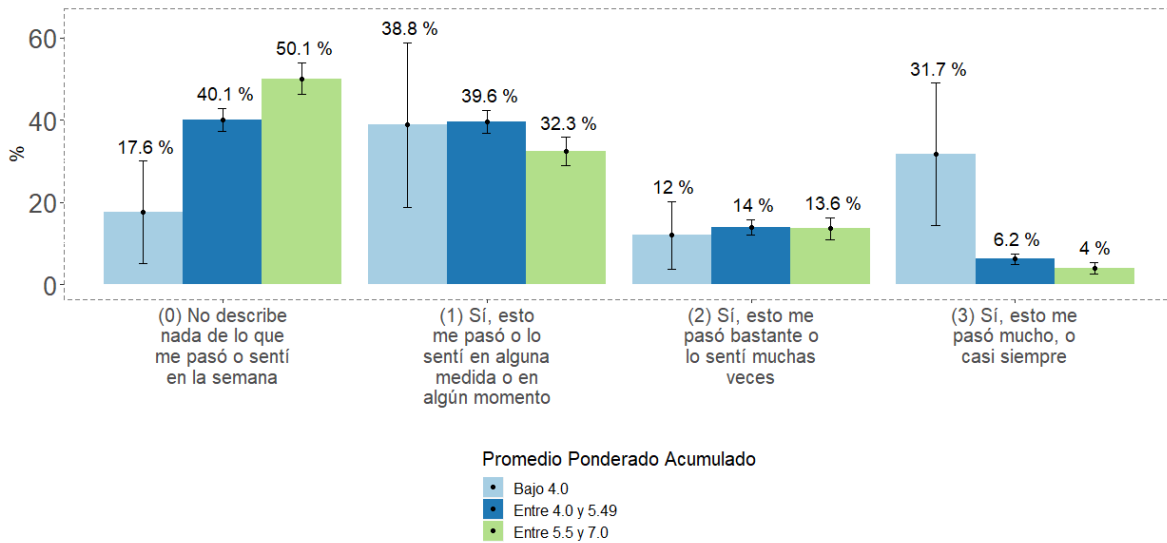


Figura 18: Durante la última semana te ha costado mucho calmarte vs PPA

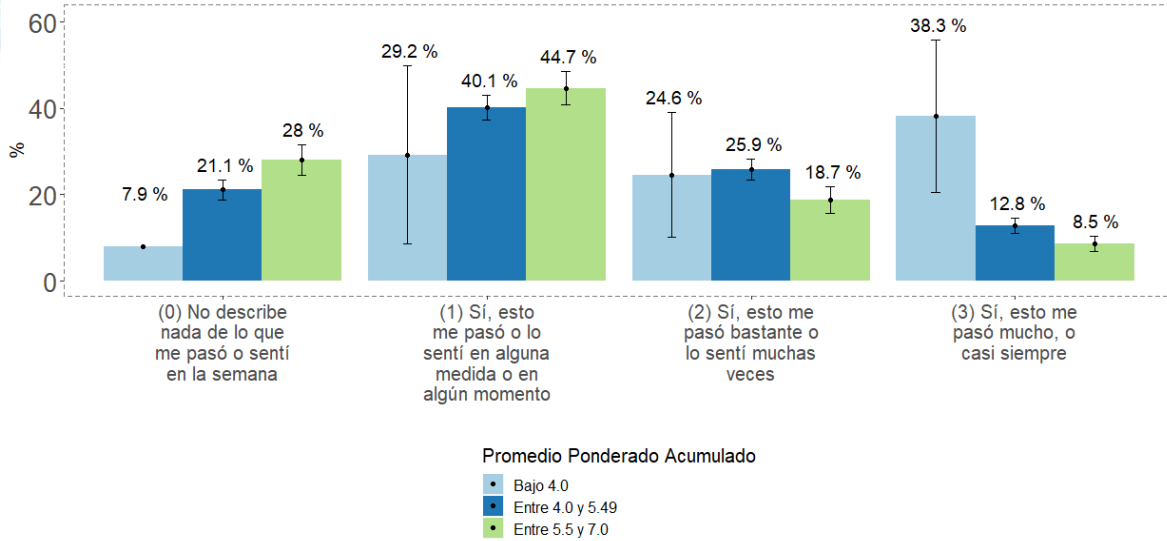


Figura 19: Durante la última semana sentiste que estabas nervioso vs PPA

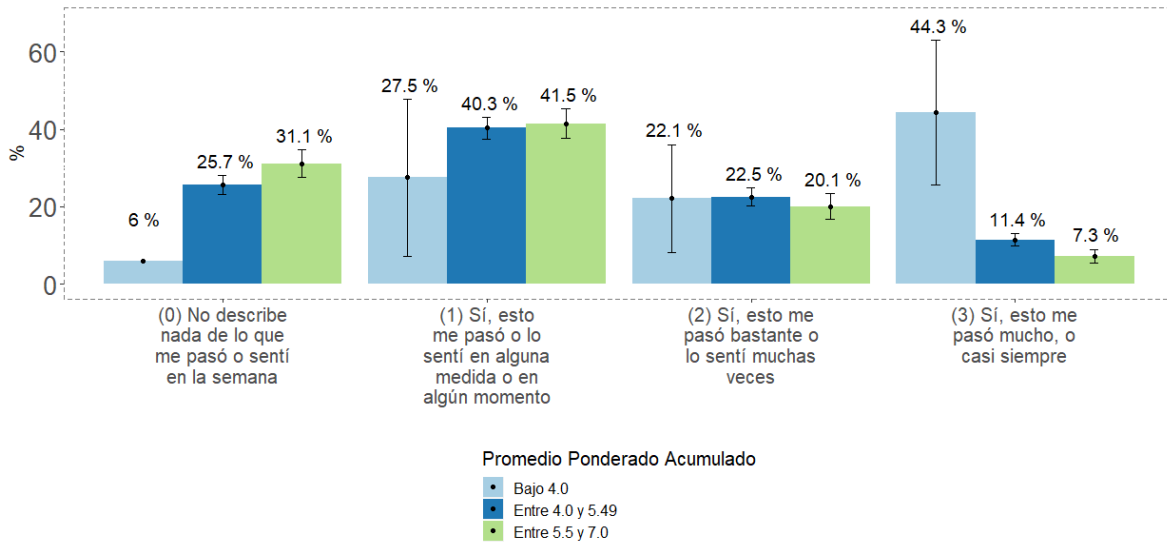


Figura 20: Durante la última semana sentiste que estabas poniéndote intranquilo vs PPA

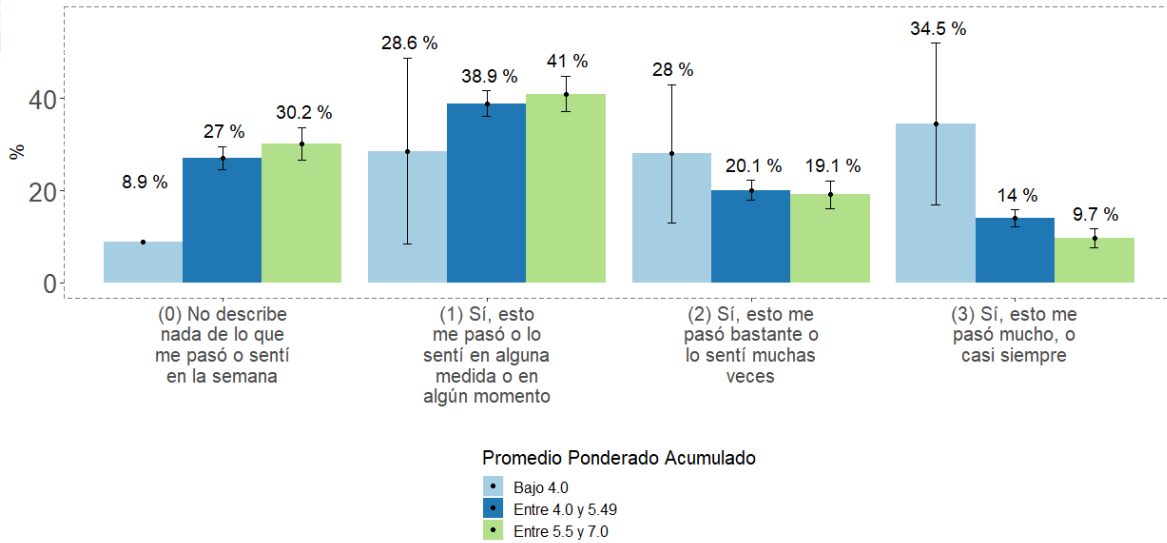


Figura 21: Durante la última semana sentiste que se te hizo difícil relajarte vs PPA

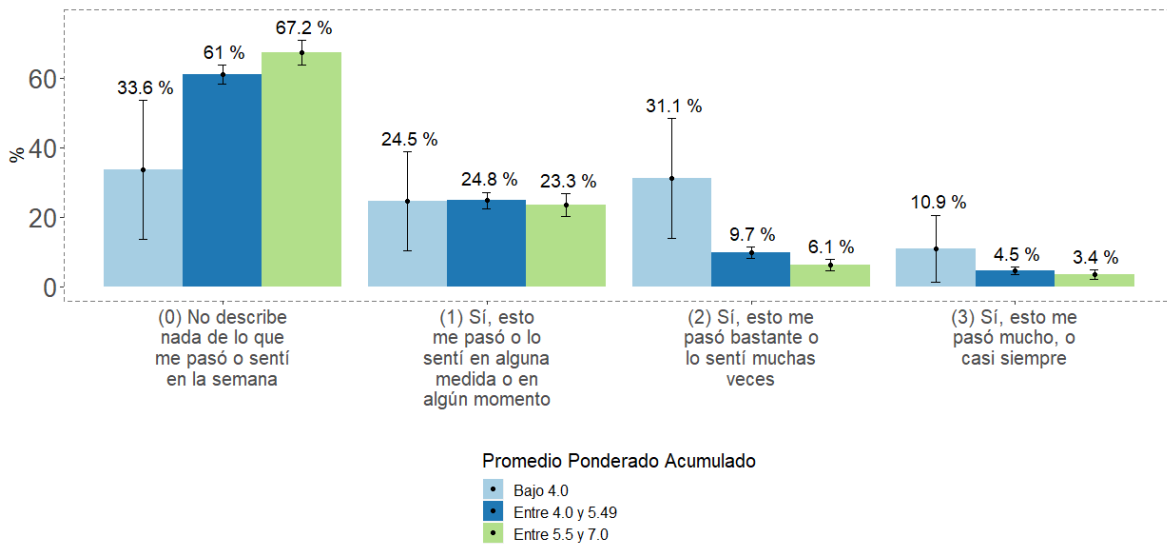


Figura 22: Durante la última semana sentiste que te temblaban las manos vs PPA

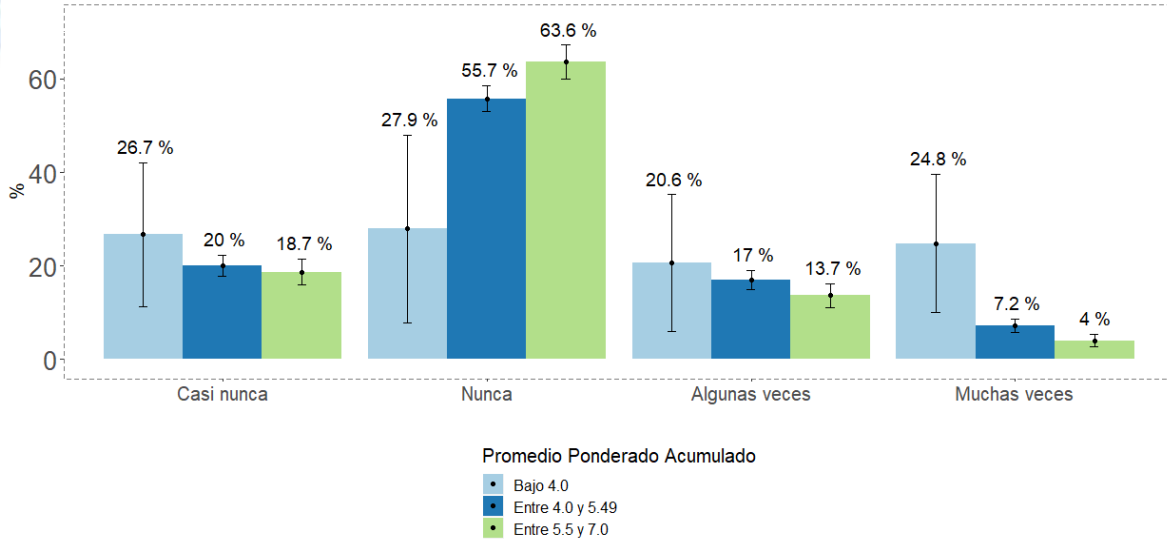


Figura 23: Has deseado alguna vez estar muerto vs PPA

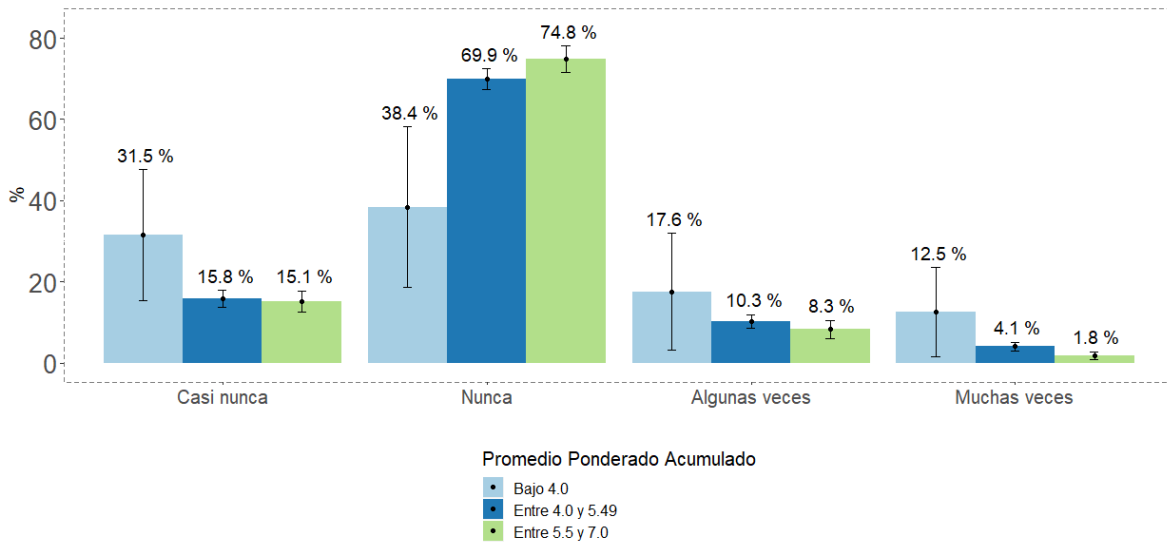


Figura 24: Has pensado alguna vez terminar con tu vida vs PPA

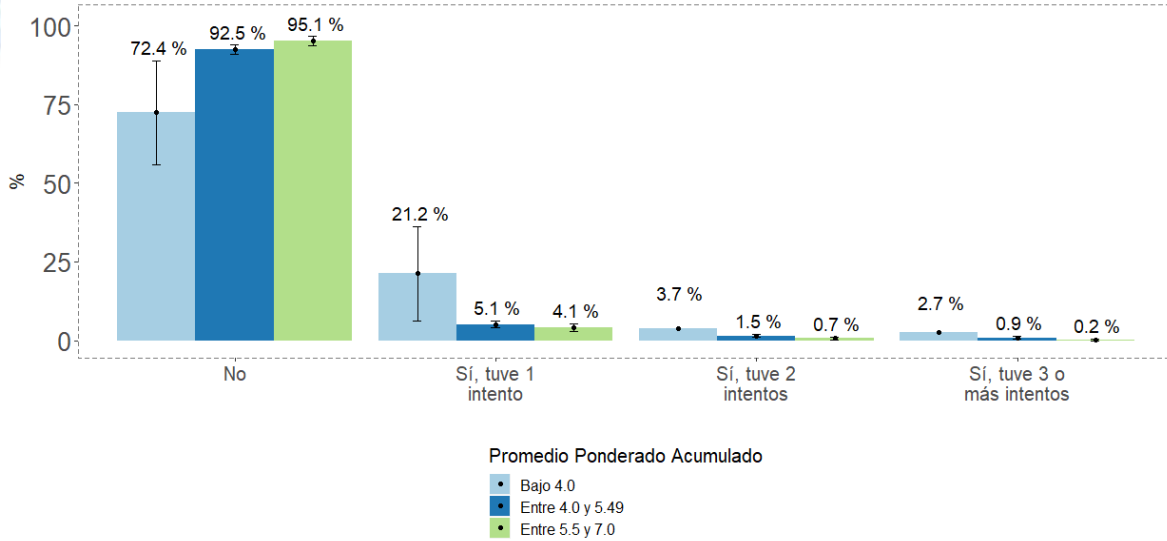


Figura 25: Has intentado suicidarte vs PPA

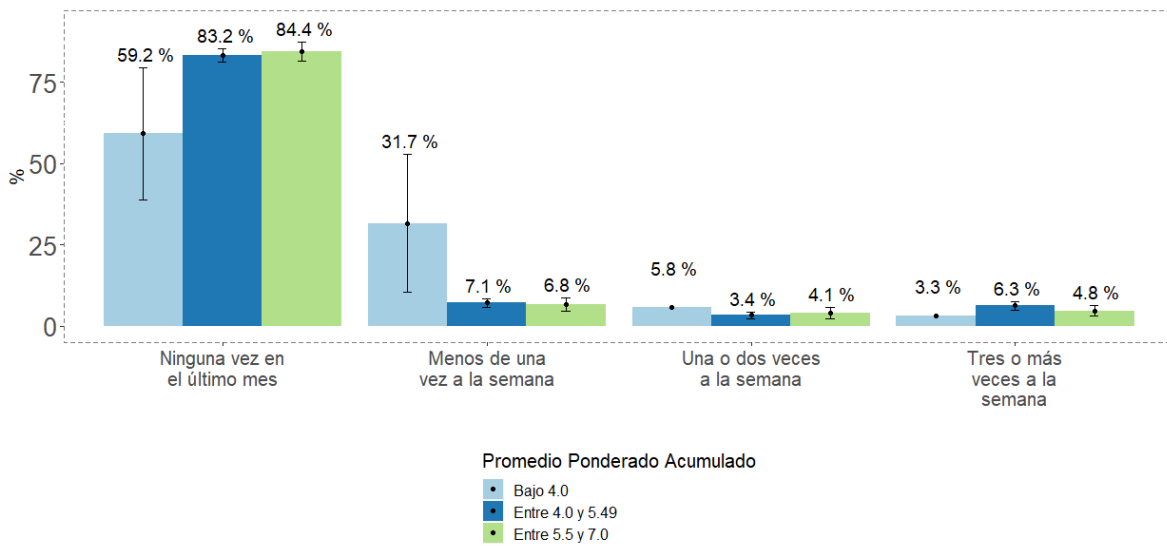


Figura 26: Frecuencia de consumo de medicinas vs PPA

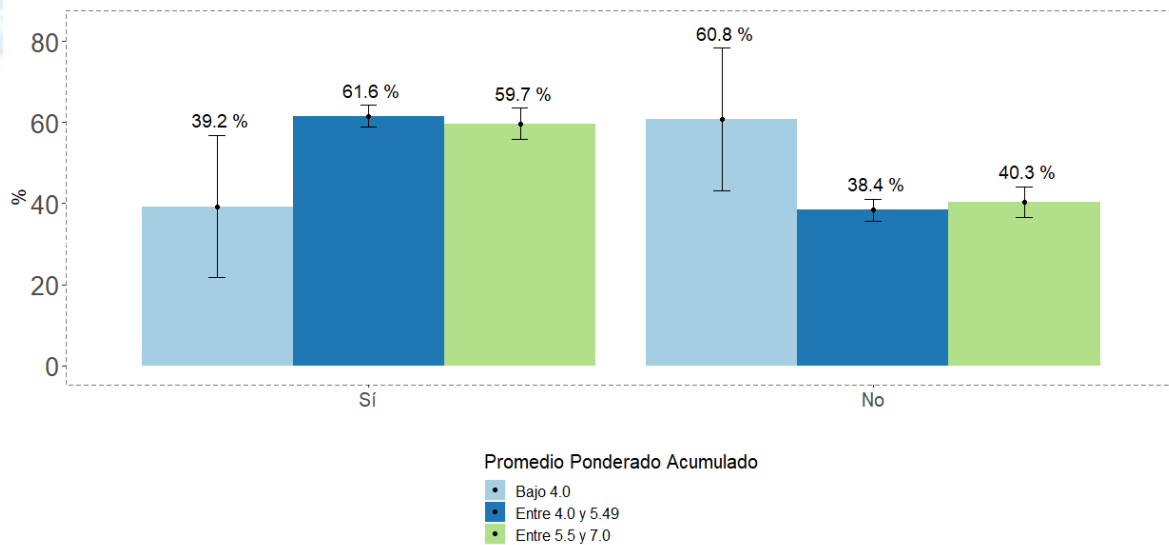


Figura 27: Realiza algún tipo de deporte vs PPA

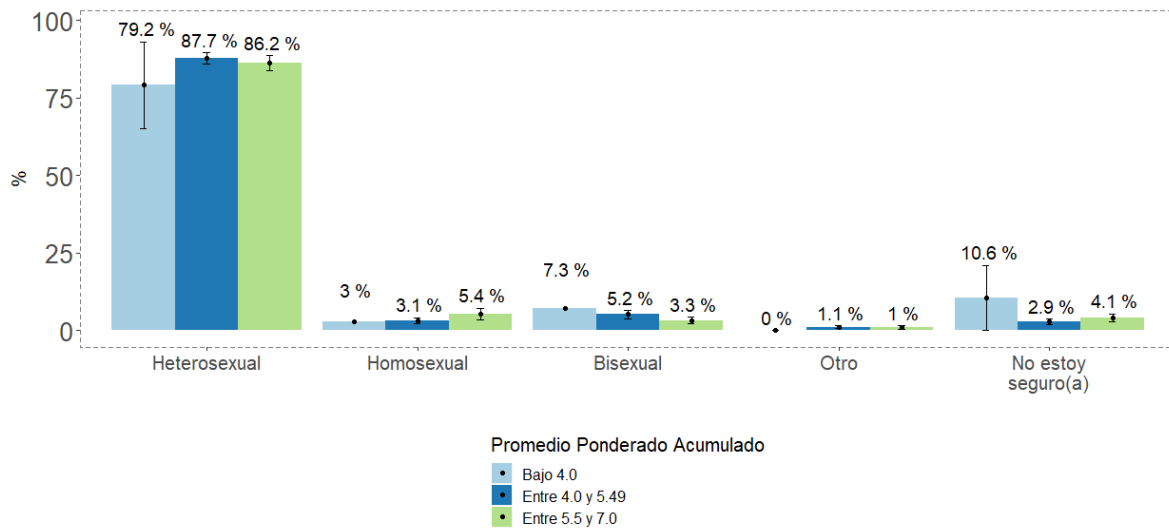


Figura 28: Orientación sexual vs PPA

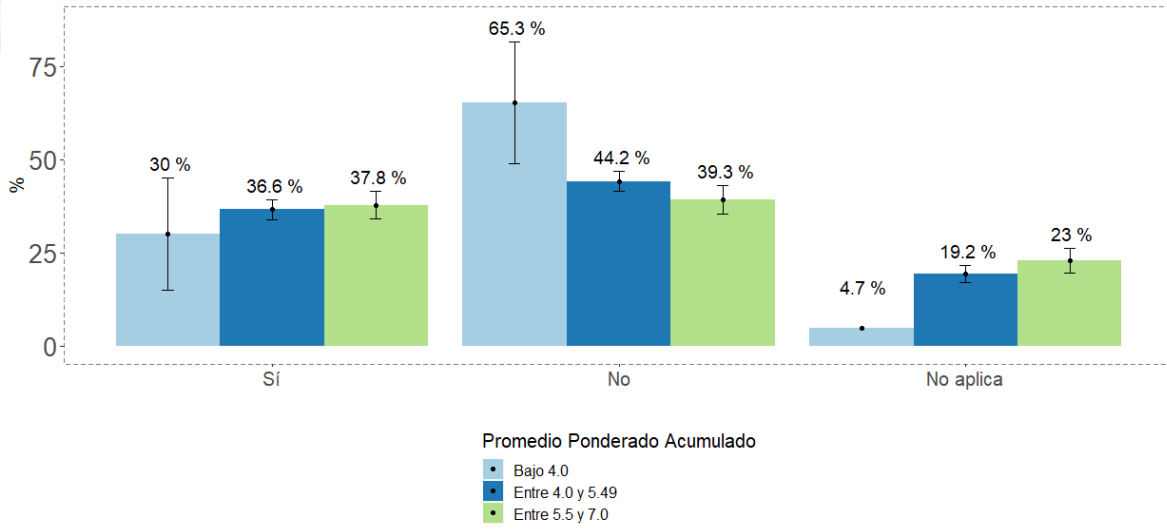


Figura 29: Si se ha sentido angustiado, ha pedido ayuda vs PPA

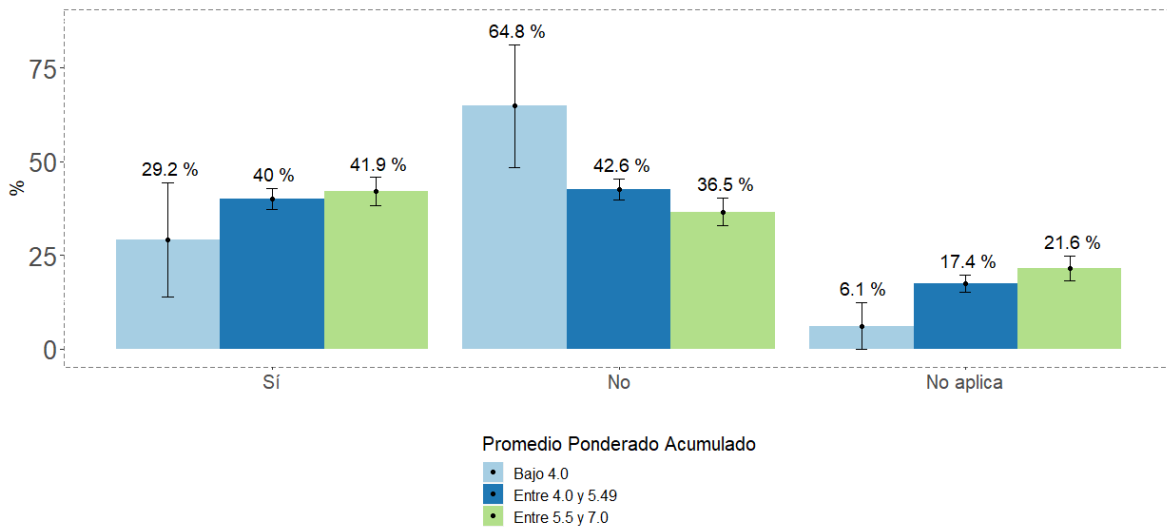


Figura 30: Si se ha sentido enfermo, ha consultado a un especialista vs PPA

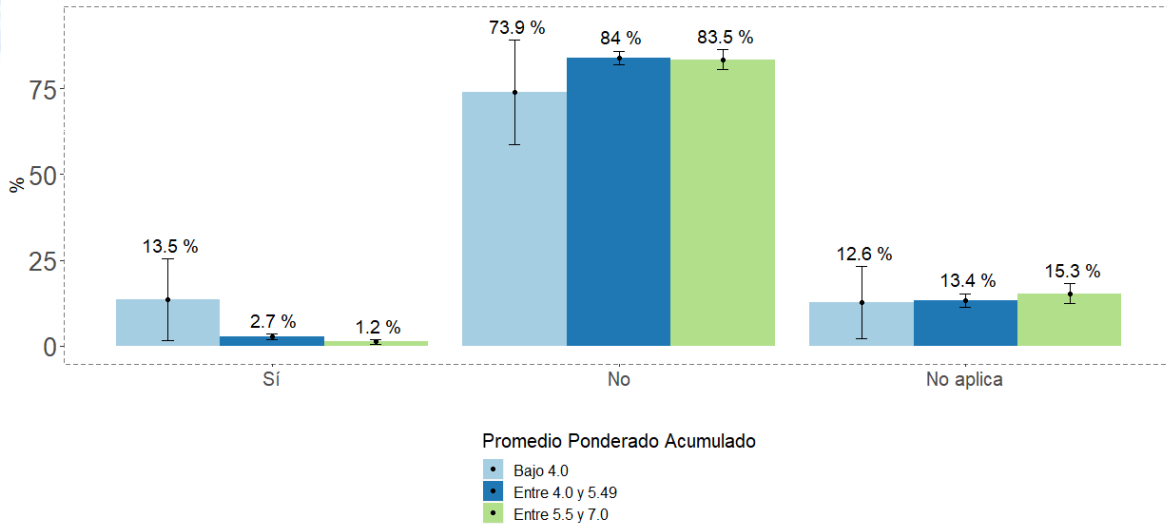


Figura 31: Me he visto expuesto a conductas sexuales sin consentimiento y bajo efectos de alcohol, marihuana u otro vs PPA

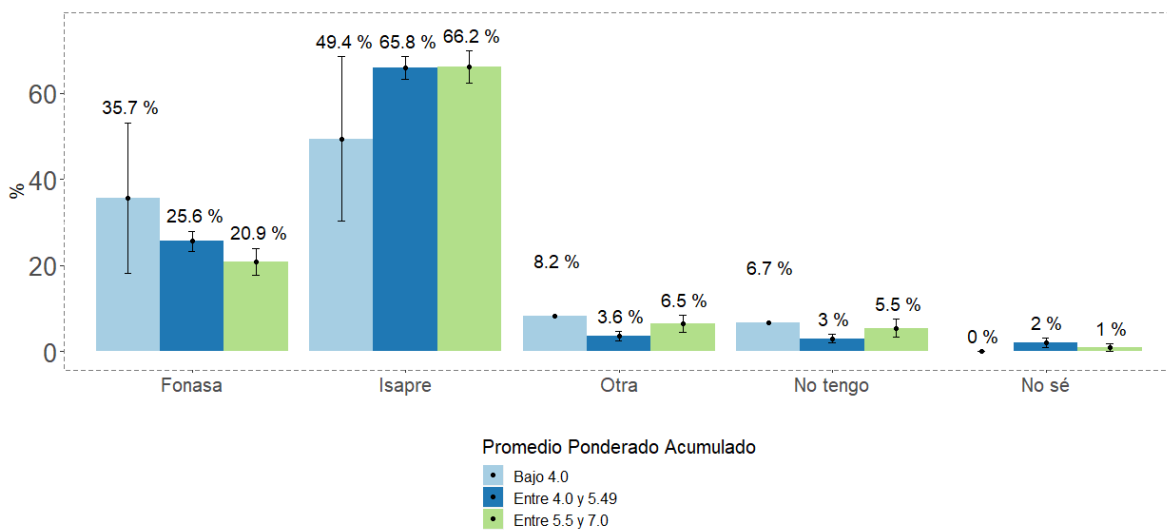


Figura 32: previsión de salud vs PPA

b. Anexo 7c

c. Anexo 7d

d. Anexo 7e

e. Anexo 7f

f. Anexo 7g

g. Anexo 7h

h. Anexo 7i

i. Anexo 7j
