

¿Qué pruebas demuestran que la promoción de la salud en las escuelas mejora la salud o previene las enfermedades y, específicamente, qué tan eficaz es el enfoque de escuelas promotoras de la salud*?

Marzo de 2006

RESUMEN

Este informe es una síntesis de la Red de Evidencia en Salud que busca determinar la efectividad de la promoción de la salud en el ámbito escolar y, de manera más específica, la efectividad del enfoque “escuelas promotoras de la salud”.

La revisión de las pruebas incluye la salud mental, el comportamiento agresivo, los hábitos alimenticios saludables, la actividad física, el uso y abuso de sustancias, la educación para la conducción de automóviles, y los enfoques de educación entre pares. El informe muestra la variación en la efectividad de los diferentes tipos de programas. Entre los programas escolares más eficaces están los que promueven la salud mental, los hábitos alimenticios saludables y la actividad física, mientras que los destinados a prevenir el uso de sustancias y el suicidio están entre los programas menos eficaces de promoción de la salud en el ámbito escolar.

Iniciada y coordinada por la Oficina Regional Europea de la OMS, la Red de Evidencia en Salud es un servicio informativo para quienes toman decisiones sobre salud pública y atención sanitaria en la Región Europea de la OMS. Otras partes interesadas también pueden beneficiarse de esta red.

Este informe sobre pruebas de la Red de Evidencia en Salud es un trabajo comisionado y su contenido es responsabilidad de los autores. No refleja necesariamente las políticas oficiales de la OMS en Europa. Los informes fueron sometidos a una revisión internacional coordinada por el equipo de la Red de Evidencia en Salud.

Cuando se haga referencia a este informe, agradeceremos la inclusión del texto siguiente:

* Título original en inglés: “What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?” Traducción al castellano de Roberto Páramo Gómez del Campo (rparamo@cable.net.co), para el Instituto PROINAPSA de la Universidad Industrial de Santander (Bucaramanga, Colombia), Centro Colaborador de la OPS/OMS en Promoción de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva.

Stewart-Brown S (2006). *¿Qué pruebas demuestran que la promoción de la salud en las escuelas mejora la salud o previene las enfermedades y, específicamente, qué tan eficaz es el enfoque de escuelas promotoras de la salud?* Copenhagen, Oficina Regional Europea de la OMS (informe de la Red de Evidencia en Salud; <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>, publicado en la web el primero de marzo de 2006).

¿Qué pruebas demuestran que la promoción de la salud en las escuelas mejora la salud o previene las enfermedades y, específicamente, qué tan eficaz es el enfoque de las escuelas promotoras de la salud? *Red de Evidencia en Salud de la Oficina Regional Europea de la OMS, marzo de 2006.*

Resumen

El tema

Hallazgos

Consideraciones de política

Tipo de evidencia

Colaboradores

Introducción

Promoción de la salud en el ámbito escolar

Escuelas promotoras de la salud

Magnitud del problema

Fuentes de evidencia

Hallazgos

Análisis de revisiones sobre promoción de la salud en el ámbito escolar

Promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental

Prevención del consumo de sustancias

Promoción de hábitos alimenticios saludables y actividad física

Otros temas

Escuelas promotoras de la salud

Discusión

Brechas en la evidencia

Evidencia contradictoria

Consideraciones de género

Costo-efectividad

Fuerza de la evidencia

Investigación apropiada para estudiar la promoción de la salud

Conclusiones

Promoción de la salud en el ámbito escolar

Escuelas promotoras de la salud
Generalización de los hallazgos
Consideraciones de política
Anexo 1 Métodos de búsqueda y definición de conceptos claves
Criterios de inclusión
Criterios de inclusión
Definición de escuela
Definición de promoción de la salud en el ámbito escolar
Definición de la iniciativa de escuelas promotoras de la salud
Anexo 2 Detalles de los estudios incluidos
Referencias

Resumen

El tema

Con base en una amplia variedad de investigaciones y experiencias, la promoción de la salud en el ámbito escolar se ha desarrollado durante los últimos cincuenta años, junto con la promoción de la salud en otros ámbitos. Durante la década de los 90 la OMS, en colaboración con la Comisión Europea y el Consejo de Europa, desarrolló la iniciativa escuelas promotoras de la salud. Es un enfoque multifactorial que incluye la enseñanza de conocimientos y habilidades en el aula, la modificación de los ambientes escolares sociales y físicos, y la creación de alianzas con la comunidad en general. Esta síntesis busca determinar la efectividad de la promoción de la salud en el ámbito escolar y, de manera más específica, la efectividad del enfoque “escuelas promotoras de la salud”. La síntesis se apoya en la última revisión amplia de este tema publicada en 1997.

Hallazgos

Esta síntesis identificó revisiones sistemáticas de buena calidad que incluyen la salud mental, el comportamiento agresivo, los hábitos alimenticios saludables, la actividad física, el uso y abuso de sustancias, la educación para la conducción de automóviles, y los enfoques de educación entre pares.

Las revisiones de los programas escolares de promoción de la salud mental (incluidos los de prevención de la violencia y agresión) muestran que estos programas se encuentran entre los programas más efectivos de promoción de la salud. De estos programas, los más efectivos son los de larga duración e intensidad alta y en los que participa toda la institución escolar. Revisiones recientes centradas en la promoción de hábitos alimenticios saludables y la actividad física confirmaron los hallazgos de una revisión anterior, que mostraron que las intervenciones multifactoriales, particularmente las que involucran cambios en el entorno escolar, son efectivas. Cuatro nuevas revisiones de programas enfocados en la prevención del uso de sustancias confirmaron hallazgos anteriores que muestran que estos programas son relativamente poco efectivos. Los programas orientados a la prevención del suicidio disminuyeron el riesgo suicida, la depresión, el estrés y la ira, aunque algunos estudios menos rigurosos sugieren un efecto potencialmente dañino en hombres jóvenes. En algunos estudios se encontró que las actividades de promoción de la salud realizadas entre pares son efectivas, en comparación con las que son lideradas por el personal docente, y que dichas actividades son valoradas muy bien por la gente joven que participa en ellas.

La revisión sistemática que evaluó los resultados en salud de los programas que involucraron elementos del enfoque de escuelas promotoras de la salud, incluyó

estudios pequeños de calidad variable. Dicha revisión encontró beneficios aparentes en los ambientes escolares sociales y físicos, y algunos estudios también mostraron un efecto positivo en comportamientos relacionados con la salud, como el tipo de dieta que se consume y la aptitud física. Ninguna de las revisiones evaluó el costo-beneficio de los programas o las intervenciones.

Consideraciones de política

La promoción de la salud en el ámbito escolar puede mejorar la salud y el bienestar de la población en edad escolar. Entre los programas más efectivos se encuentran los que promueven la salud mental, los hábitos alimenticios saludables y la actividad física. Los programas para prevenir el abuso de sustancias no han demostrado ser efectivos y quizá este problema pueda afrontarse mejor mediante programas más holísticos de promoción de la salud mental. Los programas para prevenir el suicidio pueden reducir el riesgo suicida, pero deben tenerse en cuenta los posibles efectos negativos en los varones jóvenes. Aunque los programas de promoción de la salud que se basan en las actividades entre pares son valoradas muy bien por la gente joven, su efectividad es variable.

Hay evidencia que apoya aspectos claves del enfoque de escuelas promotoras de la salud, especialmente que los programas deben mantenerse durante un buen tiempo, deben ser multifactoriales, deben incluir a toda la institución educativa y brindar formación apropiada. No obstante, hace falta mayor evidencia sobre todos los elementos que contribuyen a la efectividad de un programa de promoción de la salud en el ámbito escolar y sobre el enfoque de escuelas promotoras de la salud como un todo. Se requieren evaluaciones holísticas de programas en ambientes locales.

Tipo de evidencia

Esta revisión se fundamenta en revisiones sistemáticas sólidas de estudios controlados de iniciativas de promoción de la salud en el ámbito escolar. No se incluyeron revisiones de servicios escolares de salud ni de programas de tamizaje.

Colaboradores

Autora

Sarak Steart-Brown
Profesora de Salud Pública
División de Salud en la Comunidad
Escuela de Medicina Warwick, LWMS

Universidad de Warwick
Coventry CV4 7AL
Reino Unido
Tel: 00 44 (0) 24 765 74510
Fax: 00 44 (0) 24 765 28373
Correo electrónico: sarah.stewart-brown@warwick.ac.uk

Editores técnicos

Profesora Karen Facey, Dra. Leena Eklund y Profesora Alicia Granados, Red de Evidencia en Salud (Health Evidence Network), Oficina Regional para Europa de la OMS.

Revisores entre pares

Profesor Matti Rimpelä, Centro Nacional para la Investigación y el Desarrollo del Bienestar y la Salud (STAKES), Finlandia, y
Dra. Vivian Rasmussen, Programa de Infancia y Adolescencia, Oficina Regional para Europa de la OMS.

Introducción

Promoción de la salud en el ámbito escolar

Desde la década de los cincuenta las escuelas han sido un entorno popular para la promoción de la salud y la educación para la salud. Los primeros programas se centraron en educar a la población escolar en salud y sus determinantes, pero pronto se reconoció la importancia de facilitar el desarrollo de habilidades para evitar los estilos de vida no saludable. Ahora la mayoría de programas enseña estas habilidades.

El desarrollo de programas de promoción de la salud en el ámbito escolar ha estado influenciado en general por los avances en la política de promoción de la salud. La Declaración de Alma Ata en 1978, que buscaba proporcionar un marco de referencia para el desarrollo de estrategias sanitarias en los Estados Miembros de la OMS, propuso enfoques multisectoriales para la promoción de la salud y la participación de la gente en el desarrollo y ejecución de programas de salud.

Escuelas promotoras de la salud

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (3) llamó la atención sobre los efectos de los entornos en la salud y la promoción de la salud, y sobre la importancia del desarrollo de habilidades personales. Este último aspecto (el desarrollo de habilidades personales) destacó la importancia del enfoque de entornos o ambientes en la promoción de la salud, y sirvió de base para que durante la década de los noventa la OMS, en colaboración con la Comisión Europea y el Consejo de Europa, liderara el desarrollo de la iniciativa escuelas promotoras de la salud.

En 1995 la OMS produjo una serie de directrices sobre las cuales debían trabajar las instituciones educativas que quisieran convertirse en escuelas promotoras de la salud (4). Las directrices cubrían seis áreas:

1. políticas escolares sobre salud
2. el entorno físico de la escuela
3. el entorno social de la escuela
4. las relaciones entre la escuela y la comunidad
5. el desarrollo de habilidades personales para una vida saludable
6. los servicios escolares de salud

Las instituciones educativas que aspiran a convertirse en escuelas promotoras de la salud se enfocan en el desarrollo de programas para promover la salud, ampliando el proceso educativo más allá de los conocimientos y las habilidades necesarias para una vida saludable, para tomar en cuenta los entornos escolares

sociales y físicos y el desarrollo de alianzas con la comunidad.

El concepto de enfoques escolares integrales se ha enfatizado en el contexto de la implementación de la iniciativa escuelas promotoras de la salud en Europa y Australia (5). El estudio describe la importancia del llamado currículo oculto en el reforzamiento de las actitudes deseables o contradictorias para la salud que se enseñan en el currículo explícito o formal. Este currículo oculto incluye:

- La cultura establecida por la atmósfera escolar
- El código de disciplina escolar
- Los estándares de comportamiento predominantes
- Las actitudes adoptadas por el personal hacia la población escolar
- Los valores que se afirman implícitamente por la forma como funciona la comunidad escolar

Directrices posteriores sobre las escuelas promotoras de la salud (6) han enfatizado algunos asuntos relacionados, como los siguientes:

- El desarrollo de buenas relaciones dentro de la institución escolar
- La promoción de la salud y el bienestar del personal
- La promoción de la autoestima de la población escolar
- La consideración de la importancia del ejemplo del personal en los asuntos relacionados con la salud.

En concordancia con la Declaración de Alma Ata, la iniciativa escuelas promotoras de la salud enfatiza los enfoques participativos. El compromiso y la participación de la institución educativa son considerados aspectos fundamentales del éxito, a la vez que se alienta a las escuelas para que desarrollen los programas de conformidad con sus propias estrategias y planes de trabajo.

La iniciativa escuelas promotoras de la salud es popular. Treinta y siete países han participado en la Red Europea de Escuelas Promotoras de la Salud desde 1997 (8), y una encuesta realizada en Inglaterra en ese mismo año encontró que tres cuartas partes de las Autoridades Locales estaban implementando un modelo de escuelas promotoras de la salud. En 2006 el número de países participantes es de cuarenta y tres. Algunos gobiernos han respaldado el desarrollo de escuelas promotoras de la salud. El Departamento de Educación y Habilidades y la Agencia para el Desarrollo de la Salud del Reino Unido, han desarrollado Estándares Nacionales para las Escuelas Saludables con base en el enfoque de escuelas promotoras de la salud. Australia (10,11), la región del Pacífico Asiático (12) y Sudáfrica (13) también han implementado iniciativas de escuelas promotoras de la salud.

Magnitud del problema

Las primeras iniciativas de promoción de la salud en las escuelas se desarrollaron de acuerdo con el modelo médico tradicional de prevención de enfermedades específicas o problemas de salud. Desde entonces se han desarrollado programas para abordar todos los problemas principales de salud pública de los siglos XX y XXI, incluidos el abuso de sustancias y alcohol, el tabaquismo, los hábitos alimenticios, la actividad física, las enfermedades mentales, la obesidad, la salud sexual y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (HIV/sida), y las lesiones. Muchos de los programas escolares actuales de promoción de la salud, incluidas todas las iniciativas de escuelas promotoras de la salud, tienen objetivos holísticos que buscan promover la salud y el bienestar de estudiantes, el personal e incluso los padres y las madres de familia, además de prevenir la enfermedad. En este sentido, no es posible medir sus efectos solo por la magnitud de los problemas o enfermedades.

Esta síntesis revisa la efectividad de iniciativas que, en general, promueven la salud en el ámbito escolar y, de manera específica, el enfoque de escuelas promotoras de la salud.

Fuentes de evidencia

Esta síntesis es un análisis amplio de revisiones sistemáticas sólidas sobre el impacto de iniciativas de promoción de la salud en las escuelas en algunos aspectos de la salud o el bienestar. Se apoya en un análisis amplio de revisiones de alta calidad encargadas por el Programa del Reino Unido para la Evaluación de la Tecnología en Salud (14), para el que se realizaron búsquedas en 1997. Los detalles del proceso de búsqueda, los criterios de selección y las definiciones de conceptos claves se presentan en el Anexo 1.

Hallazgos

Se identificaron quince revisiones sistemáticas rigurosas, la mayoría de las cuales estaban enfocadas en un tema de salud o enfoque específico. Cinco revisiones se centraban en la promoción de la salud mental, tres en la prevención del uso de sustancias, dos en la promoción de hábitos alimenticios saludables, y dos en los enfoques liderados entre pares. No obstante, ninguna de las revisiones usó los mismos criterios de inclusión y la superposición entre los estudios fue relativamente pequeña. Una de las revisiones (15) cubría dos revisiones: una sobre intervenciones de promoción de la salud mental y otra acerca de intervenciones para promover hábitos alimenticios saludables y la actividad física. Este mismo trabajo también analizó revisiones sobre promoción de la salud mental en la juventud, y examinó de manera sistemática la literatura científica disponible sobre

las barreras y los factores facilitadores de la promoción de la salud en la gente joven. Los resultados de esta revisión se describen en las secciones sobre salud mental y actividad física de esta síntesis. Tres revisiones (15-17) cubrieron intervenciones para promover la salud de la gente joven en cualquier entorno. Se incluyen aquí porque la mayoría de estudios se centran en iniciativas en el ámbito escolar.

El punto de inicio para esta síntesis sobre el enfoque de escuelas promotoras de la salud fue la revisión realizada por el Programa del Reino Unido para la Evaluación de Tecnología en Salud (14). Dicho estudio incluyó una revisión de investigaciones sobre iniciativas que adoptaron elementos del enfoque de escuelas promotoras de la salud, la cual se incluye en esta síntesis. Aunque se identificaron otras dos revisiones que abordaron el enfoque de escuelas promotoras de la salud, no reunieron los criterios de selección para incluirse en esta síntesis. Una de éstas (8) es una revisión no sistemática que analizó de manera crítica el contenido y los resultados en salud informados en 11 estudios sobre intervenciones que usaron el enfoque de escuelas promotoras de la salud en instituciones de educación primaria. La otra investigación (18) incluyó una revisión sistemática de 86 estudios de intervenciones en promoción de la salud en el ámbito escolar para prevenir el tabaquismo o el abuso del alcohol, o para promover la protección de la exposición excesiva a la luz solar. Este estudio examinó hasta qué grado las intervenciones incorporaron componentes de la iniciativa escuelas promotoras de la salud, pero no examinó los resultados en salud.

La sección a continuación resume los hallazgos del análisis de las revisiones del Programa del Reino Unido para la Evaluación de Tecnología en Salud (14), y luego presenta una reseña de los hallazgos de las 15 revisiones más recientes, las que se agrupan de acuerdo con el área del tema o el enfoque. El Anexo 2 contiene una tabla que resume el foco de cada revisión y sus hallazgos.

Análisis de revisiones sobre promoción de la salud en el ámbito escolar

Promoción de la salud en el ámbito escolar y escuelas promotoras de la salud: dos revisiones sistemáticas (14)

Se incluyeron treinta y dos revisiones que cubren estudios sobre intervenciones en nutrición y ejercicio, seguridad, salud mental y sexual, abuso de sustancias, salud oral y protección solar. Hubo muchas más revisiones sobre programas relacionados con el abuso de sustancias, la nutrición y la actividad física que cualquier otro tipo de programas. Solo se identificó una revisión de iniciativas para la promoción de la salud mental. La mayoría de intervenciones se basaron en enfoques centrados exclusivamente en el aula de clase con el fin de desarrollar conocimientos y habilidades en los estudiantes. Algunas intervenciones combinaron

un enfoque relacionado con el currículo con cambios en la cultura y el ambiente escolar, o con la participación de la familia y la comunidad. Aunque los enfoques de entornos variaron en diferentes áreas relacionadas con las necesidades en salud, las intervenciones que los incluyeron fueron mucho más efectivas que las que no incluyeron este componente. Las intervenciones con participación de las familias variaron en intensidad y enfoque y se describieron de manera inadecuada en muchas revisiones. En general, dichas intervenciones fueron más exitosas que las que no incluyeron la participación de las familias. Aunque casi todas las intervenciones en las que se informó participación de la familia demostraron mejoras en los conocimientos sobre salud, los cambios positivos en las actitudes, el comportamiento y la salud fueron menos confiables.

Se identificaron algunas intervenciones efectivas, o parcialmente efectivas, en la mayoría de áreas. No obstante, muchas intervenciones parecen no tener efectividad y unas pocas pueden tener efectos adversos. Las intervenciones para promover hábitos alimenticios saludables y la actividad física, para prevenir lesiones y para promover la salud mental parecen ser las más efectivas. Las intervenciones orientadas a prevenir el abuso de sustancias o para promover el sexo seguro o la higiene oral fueron las menos efectivas.

Promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental

Dos revisiones se centraron en estudios de intervenciones para promover la salud mental y tres en estudios de intervenciones para prevenir la violencia y la agresión. Los últimos tres se incluyeron porque la violencia y la agresión no son comportamientos saludables mentalmente, pueden ser manifestaciones de problemas de salud mental o conducir a trastornos, y tienen efectos bien reconocidos en la salud mental de las demás personas (19).

Una revisión sistemática de enfoques universales para la promoción de la salud mental en el ámbito escolar (20)

Esta revisión identificó diecisiete estudios que evaluaron intervenciones que incluyeron a toda la población escolar y se orientaron a promover algún aspecto positivo de la salud mental o prevenir alguno de enfermedad mental. La revisión solo incluyó estudios controlados por lo menos con 40 personas en cada grupo (intervención o control), y con menos de 30% de deserción durante el seguimiento. Las intervenciones que se estudiaron variaron desde programas que solo ofrecieron desarrollar algunas habilidades más bien tradicionales (mediante la participación en actividades de ayuda comunitaria y cambios en el entorno escolar social), hasta programas integrales con duración de varios años y con la participación de toda la comunidad educativa, orientados a la modificación de la cultura escolar y la enseñanza en el aula de clase. Las intervenciones incluyeron la

resolución de conflictos, el comportamiento antisocial, la prevención de la depresión y el suicidio, y la promoción de la autoestima y la educación emocional.

Se obtuvo evidencia de la efectividad de las intervenciones en programas escolares integrales que incluyeron elementos claves del enfoque de escuelas promotoras de la salud, como cambios en los entornos escolares, el desarrollo de habilidades personales, la participación de los padres y otros miembros de la comunidad, y el compromiso activo de la institución educativa. Los hallazgos de la revisión sugieren que los programas que distan de tener un enfoque integral que involucre a toda la comunidad educativa, podrían ser más efectivos si se implementaran sin interrupción durante más de un año y se orientaran a la promoción de la salud mental en vez de la prevención de enfermedades mentales.

Barreras y factores facilitadores de la salud de la gente joven (15)

Esta revisión sintetizó estudios de intervenciones para promover la salud mental en jóvenes, especialmente en quienes provienen de ambientes caracterizados por exclusión social. El objetivo de la revisión fue identificar barreras y factores facilitadores de una buena salud mental en este grupo de edad. Identificó 30 estudios y 7 revisiones sistemáticas. De las siete revisiones sistemáticas que se identificaron, cuatro estaban relacionadas con la promoción de la salud mental en general, dos con la prevención del suicidio, y una con la promoción de la eficacia personal (la habilidad de afrontar las exigencias ambientales de una situación estresante) y el concepto de sí mismo (un aspecto de la autoestima que se centra en el concepto que las personas tienen de sí mismas).

Dieciséis del grupo de treinta estudios identificados se incluyeron en estas cuatro revisiones sistemáticas. De los catorce estudios restantes, solo se incluyeron 5 en la nueva revisión. Dos de estos cinco estudios buscaban prevenir la depresión, uno prevenir el suicidio y dos evaluaron intervenciones para la promoción de la autoestima. Los enfoques que se usaron en estas intervenciones variaron desde tres conferencias, hasta un programa de ocho sesiones para el desarrollo de destrezas para la promoción de la salud.

Los resultados de estos estudios y revisiones fueron diversos. Las intervenciones enfocadas en prevención primaria mostraron efectos moderados a considerables, en tanto que aquéllas orientadas al desarrollo de la autoestima produjeron resultados modestos. Los programas centrados en la adquisición de conocimientos no fueron efectivos. La revisión de programas escolares para la prevención del suicidio identificó una reducción del riesgo suicida, la depresión y la percepción del estrés y la ira; no obstante, los efectos en los conocimientos y las actitudes fueron limitados, a la vez que se identificaron algunos efectos perjudiciales, especialmente en varones jóvenes.

Efectos de los programas escolares en el comportamiento agresivo: un meta-análisis (21).

Esta revisión identificó 221 estudios. El meta-análisis demostró que las intervenciones disminuyeron el comportamiento agresivo. Los estudios con un diseño metodológico más sólido revelaron reducciones mayores que las de otros diseños. Las mayores disminuciones en el comportamiento agresivo se presentaron en jóvenes de alto riesgo, en comparación con los de bajo riesgo. Los programas fueron más efectivos en niños y niñas de cinco años o menos y en adolescentes mayores de 14 años que en otros grupos de edad. De igual manera los programas implementados pobremente fueron menos efectivos, aunque una gran variedad de tipos distintos de programas mostraron grados similares de efectividad. Lo que es más, se encontraron mayores efectos benéficos en los estudios de programas demostrativos que en los programas de rutina.

Violencia escolar en niños y adolescentes: un meta-análisis de la efectividad de intervenciones actuales (22)

Esta revisión identificó 16 estudios que cubrieron programas escolares para la prevención de la violencia. Los programas se fundamentaron en enfoques cognoscitivos, del comportamiento o combinados, para todos los grupos de edad. Los resultados de estudios individuales sugieren que tanto las estrategias cognoscitivas como las del comportamiento pueden ser efectivas. Los programas implementados en distintos entornos y con enfoque de prevención primaria fueron los más efectivos. La presencia de líderes del programa calificados y un periodo más prolongado de implementación fueron algunos de los factores que contribuyeron a la efectividad de los programas.

Programas escolares para la prevención de la violencia (23)

Esta revisión incluyó 44 estudios controlados en forma aleatoria de intervenciones que, al menos parcialmente, se desarrollaron en el ámbito escolar. Treinta y ocho de los estudios compararon la intervención con un grupo de control en el que no hubo ninguna intervención. Los estudios que informaron sobre comportamiento agresivo de acuerdo con inventarios estandarizados, mostraron una disminución pequeña o moderada en el comportamiento agresivo. Los pocos estudios que informaron sobre la respuesta de la escuela u otras instituciones al comportamiento agresivo (como detenciones y suspensiones), mostraron un beneficio moderado de escaso significado. Tanto los programas de entrenamiento para no responder como los de entrenamiento en relaciones interpersonales fueron efectivos. Los efectos de las intervenciones fueron similares en las escuelas primarias y secundarias. Aunque la mayoría de programas se centraron en el trabajo con muchachos, los mayores beneficios se produjeron en los programas mixtos.

Prevención del consumo de sustancias

Tres revisiones se centraron en estudios de intervenciones para prevenir el consumo de sustancias: una cubrió únicamente el uso de sustancias ilícitas, otra el consumo de tabaco, y otra cubrió dos combinaciones de alcohol, tabaco y el uso de sustancias ilícitas. Una de estas tres revisiones también analizó revisiones de programas.

Programas escolares para la prevención del tabaquismo (24)

Esta revisión identificó 76 estudios controlados aleatorizados (con y sin componentes familiares y comunitarios) que midieron las tasas de tabaquismo antes y después de las intervenciones. Dieciséis de los estudios se clasificaron como los de mayor validez, y las intervenciones fueron clasificadas de la siguiente manera: de tipo informativo, competencia social, influencias sociales, combinación de influencias y competencia social, y programas multimodales. La mitad de los estudios de las intervenciones orientadas a trabajar en las influencias sociales mostraron resultados positivos. Así mismo, se encontró evidencia limitada de la efectividad de los enfoques multifactoriales, incluidos los que involucraron la comunidad. Lo que es más, faltó evidencia de buena calidad acerca de los efectos de combinar programas centrados en las influencias sociales con aquéllos centrados en el desarrollo de competencia social.

Programas escolares para la prevención del consumo de sustancias en adolescentes: un meta-análisis de 1998 (25)

Este meta-análisis identificó 207 estudios de programas escolares de tipo preventivo para estudiantes de los grados 6° a 12° (en Estados Unidos de Norteamérica). Los estudios cubrieron programas educativos únicamente para el alcohol o el tabaco, o para todas las drogas. Los programas se clasificaron en varios tipos: de conocimientos; de educación afectiva; de decisiones, valores y actitudes; de conocimientos y educación afectiva; del tipo DARE (educación para resistirse al abuso de sustancias); de influencias sociales; integrales de habilidades para la vida; y de cambios sistémicos amplios. El análisis de regresión mostró que los programas preventivos que se centran en la transmisión de conocimientos mediante conferencias que no son interactivas, son menos efectivos que las conferencias interactivas. Aunque los programas interactivos que promueven el desarrollo de habilidades personales mostraron mayores beneficios, la magnitud de los mismos fue pequeña. Los programas pequeños fueron casi dos veces más efectivos que los grandes, pero su impacto varió solo entre leve a muy leve.

Educación de jóvenes sobre las drogas: una revisión sistemática (16)

Esta revisión identificó 62 estudios de intervenciones psicoeducativas diseñadas para prevenir o retardar el inicio del consumo de sustancias, o disminuir los efectos nocivos del consumo de drogas en la gente joven entre 8 y 25 años de edad. Dieciocho estudios mostraron alguna evidencia de efectividad, pero solo dos de ellos proporcionaron evidencia sólida acerca del efecto en el consumo de sustancias. Un meta-análisis mostró un efecto pequeño en favor de los grupos intervenidos después de un año de seguimiento. El beneficio fue incluso menor en los estudios con dos años de seguimiento. Los autores concluyeron que, en el mejor de los casos, los programas pueden lograr un retraso a corto plazo en el inicio del consumo de sustancias y una disminución a corto plazo en la cantidad que se consume.

Promoción de hábitos alimenticios saludables y de la actividad física

Se identificaron dos revisiones de estudios de intervenciones para promocionar hábitos alimenticios saludables y la actividad física, uno de los cuales se centró exclusivamente en la actividad física y el otro en la actividad física y los hábitos alimenticios saludables.

Barreras y factores facilitadores de la salud de la gente joven (15)

Esta revisión sintetizó estudios de programas de intervención en hábitos alimenticios saludables y actividad física en jóvenes, especialmente en quienes provienen de ambientes que se caracterizan por exclusión social. Veintidós estudios de intervenciones para promover hábitos alimenticios saludables y doce estudios de intervenciones para promover la actividad física reunieron los criterios de inclusión. Después de una valoración crítica, se consideró que de éstos solo siete estudios tenían un diseño metodológico riguroso. De los siete estudios, cuatro abordaban la actividad física y la alimentación sana y tres de ellos se centraban en este último aspecto exclusivamente. Todos los programas se desarrollaron en escuelas secundarias y todos consistieron en intervenciones multifactoriales. La mayoría de programas fueron efectivos, aunque se observaron efectos debidos a la edad y el género, y los mayores beneficios se presentaron en las mujeres y estudiantes de más edad. Los programas efectivos tuvieron un enfoque integral con participación de toda la comunidad educativa e incluyeron la oferta de alimentos sanos en las cafeterías escolares. Las intervenciones lideradas entre pares fueron efectivas en mujeres jóvenes, especialmente en términos de alimentarse de forma saludable. No obstante, en los casos en que el personal docente estuvo involucrado el entrenamiento fue un factor importante.

Efectos de las intervenciones de promoción de la actividad física en jóvenes: revisión y síntesis (17)

Esta revisión y síntesis identificó 14 estudios controlados terminados y 8 investigaciones en curso. La mayoría de estudios se realizaron en el ámbito escolar y se centraron en estudiantes en los últimos años de la escuela primaria. Hubo pocos estudios de intervenciones comunitarias y los resultados fueron diversos. No obstante, los estudios que mostraron los mayores beneficios usaron intervenciones más prolongadas. Algunos estudios mostraron beneficios persistentes a largo plazo de la participación en la actividad física.

Otros temas

Se identificaron otras cuatro revisiones: una centrada en programas de prevención de trastornos de la alimentación, otra en programas de educación para conducir automóviles, y otras dos en los efectos de las intervenciones entre pares.

Programas escolares para la prevención de trastornos de la alimentación (26)

Se encontraron veintinueve estudios controlados: diecinueve que informaban sobre programas universales y diez sobre programas dirigidos a poblaciones específicas. Todos los estudios informaron enfoques centrados en el aula, algunos de ellos mediante técnicas cognoscitivas y enfoques basados en la disonancia. Este último enfoque busca ayudar a las personas a apreciar la brecha entre la percepción subjetiva y la objetiva del tamaño corporal. Los programas universales tuvieron efectos positivos en los conocimientos, pero solo dos mostraron impacto en el comportamiento. Los programas específicos fueron más efectivos, ya que cinco de los ocho informaron cambios positivos en el comportamiento.

Educación escolar sobre conducción de automóviles para la prevención de accidentes de tránsito (27)

Esta revisión identificó tres estudios controlados aleatoriamente. Estas investigaciones encontraron que la educación en el colegio para conducir automóviles, lleva a que la gente joven obtenga su licencia a una edad más temprana, pero no brindaron ninguna evidencia que demuestre que este tipo de educación disminuye los accidentes de tránsito.

Acciones de promoción de la salud lideradas entre pares: una revisión sistemática de estudios con diseños diferentes (28)

Esta revisión identificó 64 estudios controlados que se realizaron en la escuela y en la comunidad, en los que los encuentros cara a cara con los pares líderes fue el método principal de intervención. Se evaluó una gran diversidad de enfoques de educación entre pares, pero se excluyeron aquellos estudios en los que los pares solo estuvieron involucrados en la implementación de uno de los componentes de intervenciones multifactoriales, si ellos eran los ayudantes de otros facilitadores de programas, o si se usó la consejería entre pares. Tampoco se incluyeron estudios en los que se usó la mediación entre pares o si la principal forma de trabajo entre ellos consistió en videos, teatro o circulares informativas. Solo 12 de los estudios se consideraron con un buen diseño metodológico, de los cuales 7 encontraron que las intervenciones entre pares son efectivas. Cinco estudios con buen diseño metodológico y que compararon las intervenciones lideradas por pares con las lideradas por el personal docente, encontraron resultados

contradictorios. Las evaluaciones cualitativas de forma abrumadora informaron una valoración altamente positiva de las intervenciones lideradas por pares por parte de la gente joven.

Educación para la salud en las escuelas liderada por pares y liderada por personas adultas: una revisión crítica de la investigación comparativa disponible (29)

Esta revisión encontró 13 estudios controlados de programas escolares de educación para la salud liderados por pares, en comparación con aquéllos implementados por personas adultas. Las dificultades metodológicas de los estudios limitaron las conclusiones, aunque esta investigación sugiere que los pares que asumen una función de liderazgo son por lo menos tan efectivos que los adultos en el logro de objetivos relacionados con los conocimientos y el comportamiento.

Escuelas promotoras de la salud

Promoción de la salud en el ámbito escolar y escuelas promotoras de la salud: dos revisiones sistemáticas (14)

Esta revisión encontró 12 estudios controlados antes y después de la intervención que evaluaron programas escolares que involucraron actividades de promoción de la salud en tres áreas: la cultura escolar o el entorno, o ambos; el currículo y la familia o comunidad, o ambos; y demostraciones de la participación activa de la comunidad educativa. No se requirió que las instituciones educativas estuvieran inscritas en la iniciativa escuelas promotoras de la salud, y se incluyeron estudios de programas realizados antes de 1990. Solo dos estudios incluyeron grupos de control en el diseño y asignación aleatoria en los distintos grupos. Ninguna de las escuelas implementó todos los componentes del enfoque de escuelas promotoras de la salud. Este enfoque demostró efectos positivos en: los entornos social y físico de la escuela, el desarrollo del personal, la oferta de almuerzos escolares y programas de ejercicio, y la atmósfera social escolar. Algunos estudios encontraron una mejoría en comportamientos relacionados con la salud, como el tipo de dieta que se consume, y otros aspectos de la salud como la aptitud física. Hubo alguna evidencia de que el enfoque de escuelas promotoras de la salud tiene impacto en el bienestar mental y social, como por ejemplo, aumento en la autoestima y disminución del comportamiento abusivo entre estudiantes. Muchos de los estudios fueron pequeños y con una calidad variable.

Discusión

Brechas en la evidencia

A partir de la revisión que se centró en las iniciativas de escuelas promotoras de la salud (14), resulta claro que ningún estudio ha investigado iniciativas que hayan adoptado todos los componentes del enfoque. Este hallazgo fue corroborado por los de otras dos revisiones (8, 10) que no se incluyeron en esta síntesis, porque no eran sistemáticas o porque no describieron resultados en salud. Esta afirmación también fue confirmada por otra revisión sistemática sobre iniciativas de escuelas promotoras de la salud, que se publicó después de que las búsquedas para esta síntesis se habían realizado (30). No obstante, la revisión sobre iniciativas de escuelas promotoras de la salud que se incluyó (14), identificó una serie de estudios que investigaron enfoques similares a éste, aunque las instituciones no estaban inscritas formalmente en el programa nacional de escuelas promotoras de la salud, y por lo tanto no designaban sus programas con ese nombre. Algunos de los estudios incluidos en las revisiones de salud mental, en particular el realizado por Wells y sus colaboradores (20), prácticamente implementaron todos los componentes del enfoque de escuelas promotoras de la salud, sin que se hubieran desarrollado o designado como parte de esa iniciativa.

Evidencia contradictoria

Dos revisiones (15, 22) sugirieron que los enfoques universales de prevención primaria son más efectivos que los enfoques dirigidos a poblaciones específicas, aunque otras dos revisiones afirmaron lo contrario (21, 26). Tales diferencias pueden deberse a la selección de los indicadores de resultado en cada uno de los estudios. El efecto de las intervenciones en poblaciones específicas puede demostrarse más fácilmente por medio de indicadores de resultado que son válidos en poblaciones clínicas. Debido a los efectos techo algunos indicadores no registran cambios en la población general de jóvenes llamados “normales”. La selección de los indicadores de resultado tiene importancia en el diseño del estudio, y resulta claro que se requiere desarrollar indicadores de bienestar holístico que reflejen los efectos de algunos programas escolares de promoción de la salud.

Después de que se había realizado la búsqueda de la literatura científica, la Red de Evidencia en Salud produjo una síntesis que incluyó el trabajo en prevención del suicidio en las escuelas (31). Esta síntesis usó criterios de inclusión más estrictos que los empleados por Shepherd y sus colaboradores (15). La síntesis de la Red de Evidencia en Salud encontró que los programas para prevenir el suicidio en la población escolar general que se fundamentan en cambios de comportamiento y estrategias de afrontamiento son efectivos. También encontró que los programas que se basan en el desarrollo de habilidades y ofrecen apoyo social parecen disminuir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores en adolescentes considerados en alto riesgo. No se identificaron los efectos negati-

vos o potencialmente dañinos hallados en otros estudios menos rigurosos que no reunieron los criterios de calidad para inclusión en esta síntesis.

Consideraciones de género

Varias revisiones encontraron resultados relacionados con asuntos de género, en los que algunos programas fueron más efectivos en mujeres y otros en varones. Otras revisiones encontraron efectos relacionados con la edad, en los que algunos programas fueron más efectivos en estudiantes mayores y otros en los más jóvenes. Tales hallazgos pueden estar basados en análisis *post hoc* de subgrupos de los resultados de los estudios, y tener una validez limitada. Deben ponerse a prueba en nuevos análisis prospectivos.

Costo-efectividad

Ninguna de la revisiones proporcionó información sobre los costos o el análisis del costo-efectividad de los programas de promoción de la salud en el ámbito escolar.

Fuerza de la evidencia

Esta síntesis incluye solo revisiones sistemáticas sólidas de iniciativas de promoción de la salud en el ámbito escolar, algunas de las cuales solo incluyen estudios controlados aleatoriamente. En consecuencia, esta síntesis representa una visión parcial de la investigación en promoción de la salud en las escuelas. Las revisiones sistemáticas se centran en estudios experimentales, especialmente los controlados aleatoriamente, con resultados cuantitativos. Las ventajas y desventajas de los diferentes métodos de investigación están en debate entre los investigadores en promoción de la salud. Un grupo involucrado en investigación en la formulación de políticas en la OMS, concluyó que en el campo de la promoción de la salud los estudios controlados aleatoriamente son inapropiados, engañosos e innecesariamente costosos (32). No es posible esperar que las intervenciones en promoción de la salud funcionen a menos que se implementen bien, por lo que las evaluaciones de proceso se requieren tanto como los estudios controlados. No obstante es poco usual que se lleven a cabo evaluaciones de proceso, o que quienes reportan sobre estudios controlados incluyan información sobre el grado en que los programas se implementaron. Estos problemas se confunden en las revisiones en las que debido a las limitaciones de espacio, incluso la propia naturaleza de las intervenciones no siempre resulta clara en los informes de los estudios.

Muchos de los autores de las revisiones comentaron sobre la calidad deficiente de los estudios que encontraron, y las revisiones que exigieron criterios metodológicos rigurosos incluyeron solo una minoría de los estudios disponibles. Las di-

ficultades involucradas en la realización de estudios controlados en esta área y las ventajas y desventajas de esta metodología de investigación se discutieron en pocas ocasiones. Muchos de los revisores recomendaron que deberían hacerse más estudios controlados aleatoriamente de buena calidad, sin importar si corresponden o no al mejor diseño de investigación. Solo unos pocos revisores extrajeron datos o informaron sobre la calidad de la implementación de las intervenciones. Sus resultados, por lo tanto, representan el llamado enfoque de la caja negra en promoción de la salud, porque busca identificar si una intervención funciona sin interrogarse acerca de lo que realmente implica dicha intervención.

En muchos de los estudios que se incluyeron en estas revisiones, las muestras eran demasiado pequeñas para garantizar que los estudios fueran estadísticamente sólidos, y es posible que algunos hayan informado resultados negativos en intervenciones que hubieran demostrado efectividad en ensayos más amplios. No obstante, una revisión encontró que las iniciativas pequeñas, que brindan más oportunidad de prestar atención a los detalles de la implementación, son más efectivas que las iniciativas grandes. Algunos de los autores comentaron que, como podría esperarse, las iniciativas mal implementadas son menos efectivas, e informaron sobre proyectos demostrativos que fueron más efectivos que intervenciones con más experiencia. Se mencionaron muchos otros problemas metodológicos, incluidas las tasas alta de deserción durante los periodos de seguimiento e indicadores de resultado con escasa sensibilidad para medir los cambios esperados como consecuencia de la intervención.

La fortaleza de los ensayos controlados es que en ellos es menos probable que se atribuyan efectos a una intervención que podrían haber ocurrido en ausencia de ésta, o que no pueden reproducirse de manera confiable. En consecuencia, dichos estudios tienen un papel en el desarrollo de la base de evidencia científica de las iniciativas de promoción de la salud y es valioso considerar sus hallazgos. Sin embargo, los resultados que se presentan en esta síntesis deben interpretarse a la luz de las debilidades de los estudios reportados, y quienes formulan políticas deben ser conscientes de la necesidad de realizar estudios controlados más costosos y de mayor complejidad.

Alcance de esta síntesis

Esta síntesis puede ser criticada por excluir revisiones sobre la efectividad de los servicios escolares de salud y bienestar. La estrategia de búsqueda de esta síntesis identificó una de tales revisiones (33), y es posible que se hubieran identificado otras si existieran. El foco de la revisión que se excluyó fue la efectividad de los exámenes médicos que se realizan en la escuela en el momento del ingreso, y los autores concluyeron que la calidad de los estudios incluidos en sus revisiones era tan baja que hacía imposible extraer conclusiones sobre el impacto en la salud de este programa.

Investigación apropiada para estudiar la promoción de la salud

La base de evidencia científica de la promoción de la salud en el ámbito escolar ha aumentado durante los años, gracias a la contribución de las experiencias de los profesionales en ejercicio, los estudios de observación y la investigación cualitativa. En general, quienes formulan políticas consideran este conocimiento como de calidad inferior en comparación con los estudios experimentales.

Así mismo, la pertinencia de los estudios controlados aleatorizados en la investigación en promoción de la salud es cuestionable. Teniendo en cuenta que las intervenciones en el ámbito escolar casi siempre se realizan en grupos de gente joven, ya sea un aula de clase o una escuela, los diseños de estudios de conglomerados (34) generalmente resultan apropiados. No obstante, el tamaño de las muestras de los estudios de conglomerados puede ser grande y casi siempre se requiere una gran cantidad de unidades grupales (“clusters”). En consecuencia, es necesario que la intervención se implemente consistentemente en un gran número de escuelas o clases. Por lo tanto, el enfoque de escuelas promotoras de la salud, que permite a cada institución educativa cierto grado de autonomía en el desarrollo de sus programas, no encaja con comodidad en el paradigma de los estudios controlados aleatoriamente. Es bastante probable que cada escuela termine implementando iniciativas un poco diferentes, y las intervenciones pueden ser tan heterogéneas que no tiene sentido comparar sus resultados. Modificar la cultura escolar o el entorno escolar puede tomar mucho tiempo, así como lograr la participación activa del personal en las iniciativas de promoción de la salud. Los estudios amplios de conglomerados dependen de intervenciones que puedan implementarse en forma rápida, confiable y simultánea en un gran número de escuelas, lo cual puede ser imposible en el contexto de una intervención bien realizada.

Los estudios experimentales de iniciativas de promoción de la salud en el ámbito escolar también pueden ser criticados por su falta de atención a los detalles de la implementación, y la falta de comprensión de la teoría de la promoción de la salud que se desarrolla con la experiencia. Como resultado, con frecuencia los profesionales en ejercicio ignoran los resultados de los estudios experimentales.

Cada vez resulta más claro que la investigación en promoción de la salud requiere una variedad de enfoques metodológicos, incluidas las evaluaciones de proceso y de resultados y los métodos cuantitativos y cualitativos. Esta síntesis abarca algunas de las fuentes más sólidas de evidencia de un tipo de investigación (estudios cuantitativos controlados que informan efectos en los resultados de salud), y sus conclusiones deben leerse en combinación con las de síntesis de otros enfoques investigativos, como por ejemplo, la síntesis de la Red de Evidencia en Salud sobre los factores que influyen en la efectividad de los programas de promoción de la salud en niños y adolescentes (35).

Conclusiones

Promoción de la salud en el ámbito escolar

En respuesta a la primera parte de la pregunta de esta síntesis, sobre la existencia de evidencia de que la promoción de la salud en el ámbito escolar mejora la salud o previene la enfermedad, esta síntesis brinda evidencia sólida de que estos programas pueden ser efectivos, pero también de que no siempre lo son. También aporta evidencia de que los programas para promover algunos aspectos de la salud son más efectivos que los que promueven otros aspectos. El desarrollo más importante desde la publicación del último análisis de revisiones sobre la promoción de la salud en el ámbito escolar (14), es la proliferación de revisiones de iniciativas para la promoción de la salud mental, incluidos los programas para la prevención de la violencia y la agresión.

Aunque discutible, el hallazgo más importante de esta síntesis es que los programas escolares para promoción de la salud mental son efectivos, especialmente si se desarrollan usando enfoques similares al de las escuelas promotoras de la salud: participación de toda la institución educativa, cambios en el ambiente psicosocial, desarrollo de habilidades personales, participación de padres y madres de familia y la comunidad local, e implementación durante un tiempo prolongado. Las revisiones que emprendieron análisis cuantitativos informaron efectos moderados a grandes.

La efectividad de los tipos diferentes de programas varía. Los programas para mejorar la resolución de conflictos y disminuir la violencia y agresión se encontraron entre los más efectivos. Los programas de prevención del suicidio mostraron efectos benéficos en la disminución del riesgo suicida, pero los estudios menos rigurosos también identificaron efectos negativos o dañinos en los varones jóvenes. Los programas para desarrollar la autoestima fueron menos efectivos. La promoción de autoestima se ha combinado con muchos otros programas, por ejemplo, la prevención del abuso de sustancias. Una revisión informó que los programas que se centran solo en la autoestima, son más efectivos que los que la combinan con otros objetivos.

Esta síntesis confirmó los hallazgos de revisiones anteriores, en el sentido de que los programas para la prevención del abuso de sustancias son de los programas de promoción de la salud en el ámbito escolar menos efectivos. En el mejor de los casos, se informó que dichos programas retrasan el inicio del consumo de drogas y disminuyen la cantidad de drogas que se consumen, pero la mayoría de ellos no son efectivos. No se identificaron nuevas revisiones de intervenciones en salud sexual que cambiaran el hallazgo de falta de efectividad que se encontró

en la anterior revisión de revisiones (14). Los hallazgos de la revisión de programas para la prevención de lesiones contrastaron con los de la revisión anterior, que habían demostrado que dichos programas eran relativamente efectivos. Lo que es más, los programas de educación para conducir automóviles no fueron efectivos o fueron contraproducentes.

Como se había informado en la anterior revisión de revisiones (14), las intervenciones para promover hábitos alimenticios saludables y la actividad física son efectivas. Estos programas fueron de los más sofisticados, y los que resultaron más efectivos casi siempre involucraron cambios en el entorno escolar y la participación de los padres y madres de familia. En esta área, así como en la de promoción de la salud mental, una gran variedad de tipos de programas demostraron ser efectivos.

Escuelas promotoras de la salud

Los programas de promoción de la salud en el ámbito escolar que fueron efectivos en cambiar la salud de la gente joven o comportamientos relacionados con la salud, casi siempre fueron complejos, multifactoriales e involucraron actividades en más de una dimensión (currículo, entornos escolares y trabajo con la comunidad). Estas son características del modelo de escuelas promotoras de la salud, y en esa medida estos hallazgos respaldan dicho enfoque. Los hallazgos de esta síntesis también justifican las intervenciones de larga duración, que demostraron mayor efectividad que las intervenciones cortas y de baja intensidad. Esto también refleja el enfoque de escuelas promotoras de la salud, que es intenso y debe implementarse durante un periodo prolongado de tiempo.

Ninguna de las revisiones extrajo datos o comentó sobre la contribución de otras características claves del enfoque de escuelas promotoras de la salud, como la participación activa de la comunidad educativa en el desarrollo del programa o la modificación de la cultura escolar. La mayoría de estudios incluidos en las revisiones, se centraron en programas más o menos de corto plazo implementados en el aula para mejorar conocimientos y habilidades, los que resultaron ser los menos efectivos.

La respuesta a la segunda parte de la pregunta de la síntesis, sobre la efectividad del enfoque de escuelas promotoras de la salud es, por lo tanto, sí y no. Hay evidencia que respalda algunos de sus componentes, pero no hay evidencia que demuestre que el enfoque en su totalidad es más efectivo que otros enfoques de promoción de la salud en el ámbito escolar.

Generalización de los hallazgos

La mayoría de estudios incluidos en las revisiones se han realizado en

Estados Unidos de Norteamérica, por lo que debe valorarse hasta qué punto los hallazgos de dichos estudios son relevantes en Europa. La mayoría de estudios cubrieron poblaciones completas de escuelas, así que en esta medida los hallazgos pueden generalizarse. Algunas revisiones sugieren que ciertas iniciativas pueden ser más efectivas en poblaciones de alto riesgo que en las de bajo riesgo, aunque en general las revisiones no discutieron la posible contribución de los factores culturales a la efectividad.

Consideraciones de política

La promoción de la salud en las escuelas puede ser efectiva, particularmente en el mejoramiento de la salud mental y en la promoción de hábitos alimenticios saludables y la actividad física. Sin embargo, no siempre es efectiva y los programas para prevenir el consumo de sustancias son de los menos efectivos. En consecuencia, los programas de promoción de la salud mental pueden representar una mejor inversión que los programas para prevenir las drogadicciones.

Puede discutirse que, sobre la base de la evidencia disponible, la salud mental debería ser una característica de todas las iniciativas de promoción de la salud en el ámbito escolar, y que es posible que la promoción efectiva de la misma contribuya a la disminución del consumo de sustancias y al mejoramiento de otros aspectos de los estilos de vida relacionados con la salud que pueden originarse en dificultades emocionales. Dada la evidencia de la falta relativa de eficacia de los programas de prevención del abuso de sustancias, los programas de promoción de la salud mental pueden representar una mejor inversión para las instituciones educativas y las autoridades de salud.

Los programas relacionados con los hábitos de alimentación y la actividad física también se encuentran entre los más efectivos de promoción de la salud. Aunque los programas para prevenir el suicidio pueden reducir el riesgo suicida, deben tenerse en cuenta los posibles efectos negativos en varones jóvenes. Las actividades de promoción de la salud lideradas entre pares también parecen un enfoque prometedor, aunque su eficacia no se ha demostrado de manera confiable.

No se han realizado estudios experimentales de iniciativas que implementen el enfoque de escuelas promotoras de la salud en su totalidad. No obstante, varias revisiones encontraron que algunas características de este modelo, como el abordaje multifactorial, contribuyen a la efectividad. Los cambios en los entornos escolares son de particular importancia. La duración e intensidad de los programas también son importantes en el éxito de las intervenciones.

Ya que esta síntesis se centró en las revisiones sistemáticas de estudios controlados, no es posible responder directamente a algunas preguntas que son impor-

tantes para el éxito de las iniciativas de promoción de la salud en las escuelas, como las siguientes: ¿Cómo funcionó esta iniciativa? ¿Por qué tuvo éxito en este contexto y no en ese? ¿Cómo podría ser más efectiva esta iniciativa? Sin embargo, hay evidencia que demuestra que los enfoques continuos en el tiempo, multifactoriales y que involucran a toda la comunidad educativa son efectivos. Estos son elementos importantes del enfoque de escuelas promotoras de la salud, pero no hay estudios que evalúen el modelo completo en su conjunto.

Se requiere más investigación en promoción de la salud en el ámbito escolar. Dicha investigación debe incluir una amplia variedad de métodos que permitan determinar qué funciona y qué no sirve. La investigación debe usar indicadores apropiados a la población sujeto de estudio (universal o específica), debe tener en cuenta aspectos relacionados con la implementación y, en lo posible, incluir evaluaciones del costo-efectividad.

Anexo 1: Métodos de búsqueda y definición de conceptos claves

Esta síntesis se basó en búsquedas sistemáticas orientadas a identificar revisiones sistemáticas sobre el impacto de iniciativas de promoción de la salud en las escuelas en algunos aspectos de la salud o el bienestar. Se consultaron las siguientes bases de datos de 1997 a finales de 2003:

- Medline (1996 hasta la segunda semana de noviembre de 2003)
- EMBASE (1996 hasta la semana 50 de 2003)
- PSYCINFO (1985 hasta la segunda semana de diciembre de 2003)
- ERIC (1997 a enero de 2004)
- CINAHAL (1982 hasta la primera semana de diciembre de 2003)
- ASSIA (desde su origen hasta noviembre de 2003)
- Índice de Educación Británica (1976 hasta septiembre de 2003)
- ISI Social Science Citation Index (1997 hasta 2003, búsqueda realizada el 5 de enero de 2004)
- EPPICENTRE y HDA PROMIS (búsqueda realizada el 5 de enero de 2004)

La estrategia de búsqueda se realizó como se describió para la revisión de revisiones en el informe de 1997 del Programa del Reino Unido para la Evaluación de Tecnología en Salud (14).

Criterios de inclusión

Se incluyeron las revisiones que reunieron los siguientes criterios:

- publicadas después de 1997;
- contenido relacionado con iniciativas de promoción de la salud en el ámbito escolar;
- análisis de iniciativas de promoción de la salud con jóvenes en las que la mayoría de intervenciones se realizaron en el ámbito escolar;
- revisiones sistemáticas, es decir, que de manera explícita describen la intervención, el ámbito en que se desarrolla la misma, los puntos de comparación y resultados a analizar;
- especificación de los detalles de la búsqueda, incluidas las fuentes de literatura científica;
- presentación *a priori* de criterios de inclusión y exclusión de los estudios, con base en la calidad de la metodología;
- inclusión de por lo menos un estudio experimental (estudio controlado aleatorizado, estudio controlado, o estudio antes y después de la intervención); y

- inclusión de estudios que valoraran el impacto de la promoción de la salud en las escuelas en algún aspecto de la salud y el bienestar.

Criterios de exclusión

Se excluyeron las revisiones que reunieron los siguientes criterios:

- contenido relacionado solo con iniciativas basadas en programas de tamizaje, o el análisis de iniciativas restringidas a individuos con enfermedades o problemas específicos de salud;
- centradas en clínicas escolares; y
- publicación antes de 1997.

Definición de escuela

Teniendo en cuenta que la promoción de la salud en el ámbito escolar puede extenderse a la comunidad local y abarcar instituciones educativas como las universidades, es importante definir el significado de “escuela”. Para los propósitos de esta revisión, las escuelas se definen como instituciones que atienden a gente joven entre 4 y 19 años de edad, y ofrecen educación primaria o secundaria. Se incluyeron todas las revisiones que cubrieron programas que de alguna manera estaban basados en escuelas, sin importar el entorno en que se implementaron. Tales programas pueden involucrar, o ser implementados, por cualquier persona asociada con la escuela, como por ejemplo el personal, los padres y madres de familia o los propios jóvenes.

Definición de promoción de la salud en el ámbito escolar

Esta revisión se centra en las iniciativas de promoción de la salud en las escuelas. Los autores decidieron excluir revisiones de estudios de enfoques de prevención secundaria o terciaria para el mejoramiento de la salud, que incluyen los programas de tamizaje, orientados a identificar enfermedades en una etapa temprana y brindar tratamiento precoz, y los programas para mejorar la salud de las personas que sufren enfermedades o problemas específicos de salud. Por lo tanto, para la elaboración de esta síntesis no se buscaron específicamente revisiones de estudios sobre la efectividad de los servicios escolares de salud o bienestar.

Definición de la iniciativa de escuelas promotoras de la salud

La iniciativa escuelas promotoras de la salud se definió como un programa de promoción de la salud en el ámbito escolar, en el que las instituciones educativas aplican los principios de la iniciativa escuelas promotoras de la salud de la OMS,

participan activamente en la implementación del programa y en donde las actividades cubren el currículo y los entornos escolares, e involucran a la comunidad o las familias de los estudiantes, o a ambos.

En total se descargaron por internet y se revisaron 448 títulos y resúmenes para establecer su relevancia. Otros 45 artículos e informes se analizaron en mayor detalle.

Anexo 2: Detalles de los estudios incluidos

Estudio y año de publicación	Foco de la revisión	Número de estudios	Hallazgos	Comentarios
Wells y cols. 2003	<i>Salud mental</i> Estudios controlados de intervenciones que adoptaron un enfoque universal para la promoción de la salud mental.	17	Algunos programas fueron efectivos. Casi siempre los programas efectivos involucraron a toda la comunidad educativa, se implementaron sin interrupción durante más de un año, con el objetivo de promover la salud mental y no de prevenir enfermedades mentales.	La síntesis narrativa no pudo calcular el efecto promedio.
Wilson y cols. 2003	<i>Salud mental</i> Todos los estudios controlados de los programas de prevención de la violencia y disminución de la agresión.	221	Disminución promedio de un tercio de una desviación estándar en las medidas de violencia y agresión. Menos efectivos en niños de 6-13 años, y mayor efectividad en los de 5 años o menores y jóvenes de 14 o más años de edad.	Meta-análisis de los resultados de una amplia variedad de enfoques. Los programas demostrativos y los que se evaluaron mediante estudios controlados aleatorizados mostraron un mayor efecto. Se incluyeron estudios que datan desde 1950.
Scheckner y cols. 2002	<i>Salud mental</i> Estudios controlados de programas escolares para la prevención de la violencia.	16	Disminución promedio mayor de un tercio de una desviación estándar en la mitad de los estudios, y menos de un tercio en la otra mitad. La efectividad se aumentó con: un	No fue posible realizar un meta-análisis debido al reducido número de estudios.

			enfoque de prevención primaria, implementación en distintos entornos, duración del programa y más personal calificado.	
Mytton y cols. 2002	<i>Salud mental</i> Estudios controlados aleatorizados de programas de prevención de la violencia en poblaciones de alto riesgo o mediante un enfoque de prevención secundaria.	44	Disminución promedio en todos los estudios de un tercio de una desviación estándar. Tanto los programas de entrenamiento para no responder como los de entrenamiento en relaciones interpersonales fueron efectivos.	Meta-análisis de los resultados en una variedad de inventarios estandarizados. La mayoría de programas estaba dirigida a varones.
Shepherd y cols. 2002	<i>Salud mental</i> Estudios controlados que no se habían incluido ya en revisiones sistemáticas de buena calidad, para la prevención del suicidio, la depresión y las lesiones autoinflingidas, o la promoción de la autoestima.	14, de los que 5 se consideraron de buena calidad	Los resultados fueron mezclados. La prevención primaria fue más efectiva que la secundaria, pero los programas para la prevención del suicidio fueron incluso menos efectivos. Los programas para la promoción de la autoestima tuvieron un impacto modesto.	Se incluyó una variedad amplia de enfoques, desde conferencias hasta el desarrollo de habilidades. Las conclusiones se extrajeron a partir de los hallazgos del análisis de revisiones sistemáticas, así como de los resultados de nuevos estudios.
Thomas 2002	<i>Abuso de sustancias</i> Estudio controlado aleatorizado de todos	76	Los resultados fueron mezclados. Los programas fundamentados en el enfoque de influencias sociales fueron los	Los resultados estuvieron influenciados por los 16 estudios considerados con mayor validez.

	los programas escolares para prevención del tabaquismo, con o sin componentes familiares o comunitarios.		más efectivos, aunque solo la mitad de estos fueron positivos.	Incluyó programas en los que se combinó la prevención del tabaquismo y las drogas.
Tobler 2000	<i>Abuso de sustancias</i> Estudios controlados de programas escolares universales para la prevención de la drogadicción.	207	Los resultados fueron mezclados. En promedio el impacto fue pequeño o muy pequeño. Los programas interactivos para el fomento del desarrollo de habilidades fueron más efectivos que los orientados a conferencias.	Incluyó programas exclusivos para el tabaquismo, o exclusivos para el alcohol. Meta-análisis con regresión. Con más frecuencia los estudios pequeños arrojaron resultados positivos, a diferencia de los grandes estudios.
White y cols. 1998	<i>Abuso de sustancias</i> Estudios controlados de intervenciones para prevenir el consumo de sustancias ilícitas.	62	Dieciocho estudios mostraron alguna evidencia de efectividad. En promedio el impacto fue muy pequeño al año de seguimiento, y más reducido a los 2 años.	Meta-análisis de los resultados de una amplia variedad de enfoques. Los autores concluyeron que todo lo que puede lograrse es un retraso del inicio y una disminución a corto plazo.
Shepherd y cols. 2002	<i>Hábitos alimenticios saludables y actividad física</i> Estudios controlados de intervenciones diseñadas para aumentar el ejercicio y la	22, alimentación sana; 12 actividad física, de los cuales 7 se consideraron sólidos	Algunos programas fueron efectivos. El impacto fue más aparente en mujeres y estudiantes mayores. Los programas efectivos adoptaron enfoques de participación de toda la comunidad educativa,	Todos los programas se desarrollaron en escuelas de secundaria e incluyeron varios componentes.

	actividad física		y ofrecieron alimentos sanos en las cafeterías escolares. La capacitación del personal docente fue importante.	
Stone 1998	<i>Hábitos alimenticios saludables y actividad física</i> Estudios controlados de intervenciones para promover la actividad física.	14	Los resultados fueron mezclados. Los estudios que mostraron mayor efectividad se apoyaron en intervenciones más amplias. Algunos mostraron efectos benéficos duraderos.	Incluyó intervenciones en entornos comunitarios.
Grave 2003	<i>Trastornos de los hábitos alimenticios</i> Estudios controlados de programas para la prevención de trastornos de los hábitos alimenticios.	29	Los resultados fueron mezclados. Los programas específicos fueron más efectivos en la modificación del comportamiento.	--
Roberts 2003	<i>Prevención de lesiones</i> Estudios controlados y aleatorizados de programas de educación para conducir automóviles.	3	Los programas llevaron a obtener la licencia de conducción más pronto, pero no redujeron los accidentes de tránsito.	--
Harden y cols. 2001	<i>Pares como facilitadores de las intervenciones</i>	64, de los cuales 12 se consideraron con un buen	Siete de los 12 estudios de buena calidad mostraron impacto, pero los estudios en que se com-	Se excluyeron los estudios en que los pares solo tuvieron una participación mínima.

	Estudios controlados de programas facilitados por pares.	diseño metodológico.	paró a los pares con el personal docente mostraron resultados contradictorios.	Los estudios cualitativos y las revisiones informaron una valoración muy positiva por parte de la gente joven.
Mellanby 2000	<i>Pares como facilitadores de las intervenciones</i> Estudios controlados de intervenciones lideradas por pares.	13	Los pares fueron por lo menos tan efectivos como las personas adultas.	--
Lister-Sharpe y cols. 1999	<i>Enfoque de escuelas promotoras de la salud</i> Estudios experimentales (incluidos estudios no controlados) de intervenciones en las que se adoptó el enfoque de escuelas promotoras de la salud.	12	En relación con el comportamiento los resultados fueron mezclados. Algunas intervenciones tuvieron efectos en los hábitos de alimentación saludable, la actividad física y posiblemente la autoestima y el comportamiento abusivo entre estudiantes. El enfoque tuvo efecto en los entornos social y físico de la escuela.	Una gran variedad de intervenciones distintas, principalmente estudios pequeños. El enfoque de escuelas promotoras de la salud se definió como intervenciones que involucran las siguientes tres áreas: cultura y entornos escolares, currículo y familia y comunidad.

Referencias

1. WHO. Expert Committee on School Health Services: report on the first session, Geneva, 7-12 August 1950. Geneva, World Health Organization, 1951 (Technical Report Series, No. 30; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_30.pdf, accessed 23 December 2005).
2. WHO. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva, World Health Organization, 1978 (Health for All Series, No 1; (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>, accessed 23 December 2005).
3. WHO. Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health, November 17–21, 1986, Ottawa, Ontario, Canada. Ontario, Canada, Health and Welfare Canada, 1986; or Geneva, World Health Organization, 1986.
4. WHO Regional Office for Europe. Regional guidelines: development of health-promoting schools: a framework for action. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1996 (Health Promoting Schools, Series 5; <http://whqlibdoc.who.int/wpro/1994-99/a53203.pdf>, accessed 23 December 2005).
5. Piette D, Rasmussen V, eds. Towards an evaluation of the European Network of Health Promoting Schools – the EVA Project: a manual for national coordinators of the ENHPS and their collaborators. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995.
6. Parsons C, Stears D, Thomas C. The health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change. Health Education Journal, 1996, 55:311–321.
7. Nutbeam D. The health promoting school: closing the gap between theory and practice. Health Promotion International, 1992, 7:151–153.
8. St Leger LH. The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health – a review of the claims and evidence. Health Education Research, 1999, 14(1):51–69.
9. Health Education Authority. Health Promoting Schools: National Survey Report. London, Health Education Authority, 1997 (unpublished).
10. Lynagh M et al. Lessons learned from the Hunter Region health promoting schools project in New South Wales, Australia. The Journal of School Health, 1999, 69(6):227–232.

11. Booth M, Samdal O. Health promoting schools in Australia: models and measurement. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 1997, 21(4): 365–370.
12. Rowling L, Ritchie J. Health promoting schools: issues and future directions for Australia and the Asia-Pacific Region. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 1996–1997, 9:33–37.
13. Swart D, Reddy P. Establishing networks for health promoting schools in South Africa. *Journal of School Health*, 1999, 69:47–50.
14. Lister-Sharp D et al. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technology Assessment*, 1999, 3(22):1–207.
15. Shepherd J et al. Barriers to, and facilitators of, the health of young people: a systematic review of evidence on young people's views and on interventions in mental health, physical activity and healthy eating – Vol. 2: complete report. London, Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre, 2002
(http://eppi.ioe.ac.uk/EPPIWebContent/hp/reports/composite_report01/Vol%202Web.pdf, accessed 23 December 2005).
16. White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction*, 1998, 93(10):1475–1487.
17. Stone E et al. Effects of physical activity interventions in youth: review and synthesis. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15(4):298–315.
18. Lynach M, Schofield J, Sanson-Fisher R. School health promotion programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature. *Health Promotion International*, 1997, 12(1):43–60
(<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/reprint/12/1/43>, accessed 25 January 2006).
19. Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>, accessed 24 December 2005).
20. Wells J, Barlow J, Stewart-Brown S. A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education Journal*, 2003, 103(4):197–220.
21. Wilson SJ, Lipsey MW, Derzon JH. The effects of school-based intervention programs on aggressive behaviour: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003, 71(1):136–149.
22. Scheckner S et al. School violence in children and adolescents: a meta-analysis of the effectiveness of current interventions. *Journal of School Violence*, 2002, 1(2):5–33.

23. Mytton J et al. School-based violence prevention programs: systematic review of secondary prevention trials. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2002, 156(8):752–762.
24. Thomas R. School-based programmes for preventing smoking. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, Issue 2, Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293 (<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001293/frame.html>, accessed 25 January 2006).
25. Tobler N et al. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 2000, 20(4):275–336.
26. Grave RD. School-based prevention programs for eating disorders: achievements and opportunities. *Disease Management & Health Outcomes*, 2003, 11(9):579–593.
27. Roberts I, Kwan I, the Cochrane Injuries Group Driver Education Reviewers. School based driver education for the prevention of traffic crashes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, Issue 3. Art. No.: CD003201. DOI: 10.1002/14651858.CD003201 (<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003201/frame.html>, accessed 25 January 2006).
28. Harden A, Oakley A, Oliver S. Peer-delivered health promotion for young people: a systematic review of different study designs. *Health Education Journal*, 2001, 60(4):339–353.
29. Mellanby AR, Rees JB, Tripp, JH. Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. *Health Education Research*, 2000, 15(5):533–554.
30. Mukoma W, Flisher A. Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promotion International*, 2004, 19(3):357–368.
31. WHO Regional Office for Europe. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e83583.pdf>, accessed 24 December 2005).
32. WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers: report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document number: EUR/ICP/IVST 05 0103; <http://www.who.dk/document/e60706.pdf>, accessed 3 January 2006).
33. Barlow J, Stewart-Brown S, Fletcher J. A systematic review of the school entry medical. *Archives of Disease in Childhood*, 1998, 78(4):301–311.

34. Donner A, Klar N. Design and analysis of cluster randomization trials in health research. London, Arnold, 2000.
35. WHO Regional Office for Europe. What are the main factors that influence the implementation of disease prevention and health promotion programmes in children and adolescents? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/e86766.pdf>, accessed 24 December 2005).