

COLABORACIÓN ESPECIAL**REVISIÓN DE LOS TRABAJOS PUBLICADOS SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN JÓVENES ESPAÑOLES****Mariano Hernán García, María Ramos Monserrat y Alberto Fernandez Ajuria**

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

RESUMEN

El objetivo de este estudio ha sido revisar las intervenciones de promoción de la salud dirigidas a jóvenes españoles, publicadas entre los años 1995 y 2000 en español, y describirlas de acuerdo al ámbito en el que se han desarrollado, los temas a los que se han dirigido, la metodología y el diseño de evaluación utilizados y los resultados obtenidos.

Se identificaron 214 intervenciones. Las drogas ilegales fueron el tema en el que se centraron el mayor número de intervenciones (29,8%), seguido por el alcohol (15,9%), las conductas sexuales de riesgo (14,6%) y el ocio (12,6%). Las actividades realizadas con mayor frecuencia fueron: técnicas educativas participativas (30,7%), técnicas educativas expositivas (11,5%) y elaboración de materiales educativos (11%). En el 80,8% de casos había constancia de que se había realizado una evaluación. De ellas, las más frecuente fueron las evaluaciones de proceso (73,7%), y las menos frecuente las evaluaciones de resultados a medio-largo plazo (2,2%). Las metodologías de evaluación más utilizadas fueron los cuestionarios (28,2%). La combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas fue utilizada en el 13,2% de los casos. Las 4 intervenciones en las que se midió el impacto a medio-largo plazo tenían como objetivo la prevención o reducción del consumo de tabaco y/o alcohol y/o cánnabis, y todas ellas consiguieron reducir el consumo de tabaco.

En conclusión, parece necesario mejorar el diseño evaluativo de las intervenciones de promoción de la salud dirigidas a jóvenes en nuestro país y aumentar la difusión de las mismas mediante su publicación.

Palabras clave: Adolescencia. Promoción de la salud. Drogadicción. Enfermedades de Transmisión Sexual. Ejercicio físico. Accidentes. Políticas públicas.

ABSTRACT**Review of Published Works on Spanish Youth Health Promotion**

The objective of this study is to review the health promotion interventions on Spanish youths published in Spanish in the 1995-2000 period and to describe them in accordance with the scope within which they have been carried out, the topics addressed, the methodology, the evaluation design used and the results obtained.

Two hundred and fourteen interventions were identified. Illegal drugs were the topic on which the largest number of interventions were focused (29.8%), followed by alcohol (15.9%), the risk-related sexual behaviours (14.6%) and leisure time (12.6%).

The activities carried out most often were: participation-based educational methods (30.7%), explanatory education methods (11.5%) and the preparation of educational materials (11%). In 80.8% of the cases, some evaluation of the health promotion activities was found. The type of evaluation employed most often was the process evaluation (73.7%), and the medium-long term results evaluation being those employed the least (2.2%). The evaluation methodologies used most often were questionnaires (28.2%). A combination of qualitative and quantitative methods was employed in 13.2% of the cases. The four interventions in which the medium-long term impact was gauged had the purpose of preventing and reducing cigarette smoking and/or drinking and/or marijuana smoking, all of these initiatives achieving a reduction in cigarette smoking.

In conclusion, it seems necessary to improve the design of the evaluations of the health promotion initiatives addressed to young people in Spain and to increase the dissemination of the same by way of their publication.

Keywords: Youth. Health Promotion. Drugs. Risk sexual behaviours. Physical Exercise. Accidents.

Correspondencia:
Mariano Hernán
Escuela Andaluza de Salud Pública
Campus de la Cartuja s/n
18080 Granada
Correo electrónico: mhernan@easp.es

INTRODUCCIÓN

Los factores que determinan la salud de los jóvenes son: el entorno social y familiar en el que viven, estudian o trabajan, las políticas públicas que sustentan la vida social, la respuesta de los servicios sanitarios a sus demandas, las características biológicas de cada joven y su comportamiento¹.

El abordaje más apropiado para desarrollar programas de promoción de la salud dirigidos a jóvenes es aquel que orienta las actividades hacia el potencial en salud de la Juventud^{2,3}, aunque existen otros abordajes donde se observa al joven desde una perspectiva centrada en los riesgos y daños para la salud⁴⁻⁶.

La familia, la escuela, las relaciones con los amigos, el uso del ocio y la actividad física, la conducta alimentaria, las relaciones sexuales, el uso de drogas, el comportamiento con los vehículos y el entorno político, social y laboral, son temas directamente relacionados con la vida y la salud de los jóvenes, que además interactúan entre sí. Aquellos jóvenes que han contado con la seguridad, el apoyo y las oportunidades para desarrollar su potencial es más probable que posean la autoestima, los conocimientos y las competencias requeridas para estar sanos, y que eviten los riesgos que amenazan su salud^{2,7}.

Por tanto, favorecer políticas⁸ centradas en posibilitar la autonomía, emancipación y bienestar de los jóvenes, mediante propuestas de inserción laboral y acceso a la vivienda y a través de programas de educación para la salud, junto a alternativas saludables para el ocio y el tiempo libre que desarrollen los valores de cooperación, participación, respeto y tolerancia, pueden ser un marco adecuado para incorporar programas a favor de la salud de la juventud.

La educación para la salud mediante la información, la comunicación y el desarrollo de competencias personales, puede facilitar que los jóvenes den solución a sus propios problemas, busquen ayuda o digan no ante

la presión social. Las intervenciones dirigidas al desarrollo de estas competencias son las que tienen más impacto en la prevención del tabaquismo, el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo en jóvenes² y para prevenir problemas emocionales⁹. Asimismo la familia y los amigos son también desencadenantes del aprendizaje para la salud¹⁰.

Sabemos que hay grupos de jóvenes especialmente vulnerables y desfavorecidos que requieren esfuerzos en equidad y acceso a programas que reduzcan los riesgos relacionados con su género, edad, instrucción, clase social, etcétera, y que potencien sus oportunidades para vivir más saludablemente⁸.

También sabemos que la promoción de entornos favorables, como el escolar, pueden beneficiar la salud de los jóvenes. Las Escuelas promotoras de salud y el desarrollo de un currículum con contenidos de salud que se apoye en orientaciones didácticas para el desarrollo de relaciones interpersonales saludables en la comunidad escolar y en la habilitación de espacios que potencien la salud, son determinantes para ello¹¹⁻¹⁵.

Los medios de comunicación tienen también gran influencia en las orientaciones hacia el consumo y en los comportamientos de la población juvenil¹⁶⁻¹⁸, por lo que sus mensajes pueden ser potenciadores para la salud de los jóvenes¹⁹.

Por otra parte, los servicios sanitarios se esfuerzan por atraer a los jóvenes²⁰⁻²², y por conocer las barreras que presentan los jóvenes para la utilización de los mismos^{23,24}, ya que parece que también podrían influir sobre su comportamiento y su salud.

En este entramado de evidencias y dudas, se vienen desarrollando en nuestro país diferentes programas e intervenciones desde las administraciones, las organizaciones no gubernamentales y también desde el ámbito académico, que han generado un conocimiento susceptible de ser explorado y analizado.

El propósito de este trabajo es revisar las intervenciones de promoción de la salud dirigidas a jóvenes españoles publicadas en lengua española, entre los años 1995 y el 2000, clasificándolas de acuerdo al ámbito en el que se han desarrollado, los temas a los que se han dirigido, la metodología y el diseño de evaluación utilizados y los resultados obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado todas aquellas intervenciones de promoción de la salud dirigidas a jóvenes españoles y publicadas en español entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 2000, reseñadas en las siguientes fuentes: *Medline* (base de datos de revistas médicas de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos), *Boletín Idea-Prevención* (publicación semestral editada por el Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud y patrocinada por el Plan Nacional sobre Drogas), *Red de Actividades de Promoción de la Salud* (creada y coordinada desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, en adelante RAPS) y *Revista de estudios de Juventud* (publicación trimestral del Instituto de la Juventud, en adelante INJUVE). Se han incluido todas aquellas intervenciones publicadas durante el período de estudio dirigidas a jóvenes (15 a 29 años), adolescentes (13 a 18 años) y pre-adolescentes (11-12 años) y aquellas dirigidas a la comunidad con el objetivo de prevenir problemas de salud en los jóvenes. Las intervenciones cuyo objetivo principal es el tratamiento de un problema específico cuya población diana son los jóvenes afectados por dicho problema, como por ejemplo usuarios de drogas por vía parenteral o adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, han sido excluidas. También se han excluido del estudio aquellas intervenciones consistentes en introducir cambios organizativos y/o legislativos.

Medline se consultó a través de Internet (www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi) bajo los límites: del período de estudio y el idioma español y la combinación de los des-

criptores: *youth, programmes, intervention, health education, health promotion, illegal drugs, sexual behaviour, physical activity, accidents; smoking, tobacco, alcohol, HIV, AIDS*. La RAPS fue consultada por medio de la página web²⁵. La revista del INJUVE y los boletines de Idea-Prevención, se revisaron manualmente.

La información ha sido recogida en una base de datos a partir de la selección de tres bloques de variables: 1) *variables identificativas de cada programa*: fuente de identificación; nombre del programa; lugar de realización y nivel de actuación: municipal, regional o nacional; 2) *variables descriptivas de cada programa*: ámbito de intervención: escolar, extraescolar, comunitario o desde los servicios sanitarios; población diana; tema/s objeto de la intervención; actividades principales: educación expositiva (aquella en la que el profesor expone y el alumno escucha), educación participativa (donde el profesor pregunta, propone resolución de problemas y apoya a los alumnos, los cuales tienen un papel activo en el aprendizaje), elaboración de materiales educativos por los jóvenes, formación de mediadores, alternativas de ocio, consejo sanitario y campañas a través de los medios de comunicación; 3) *variables relacionadas con la evaluación del programa*: evaluación realizada o prevista; tipo de evaluación (de proceso, de resultados inmediatos —menos de 6 meses tras la intervención— o de resultados a medio-largo plazo —más de 6 meses tras la intervención—); métodos utilizados para la evaluación; principales indicadores utilizados y finalmente, resultados obtenidos. En los casos en los que hubiera más de una actividad o indicador de evaluación, se han recogido únicamente los tres primeros.

A modo de ilustración, se han seleccionado algunas intervenciones para su descripción más completa. La selección se ha basado en: tema central objeto de la intervención, seleccionándose al menos una por cada tema; tipo de evaluación realizada, priorizándose los diseños cuasiexperimentales y los resulta-

dos obtenidos, escogiéndose aquellas que han presentado resultados más favorables. Cuando ha habido intervenciones similares sobre el mismo tema, se ha elegido la que se ha considerado más ilustrativa.

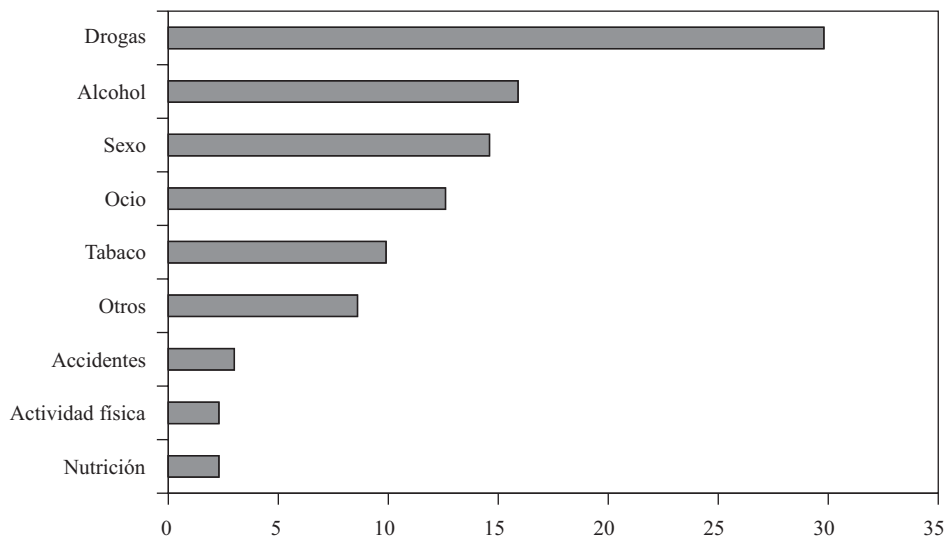
RESULTADOS

Se identificaron 214 intervenciones, de las cuales 137 procedieron de Idea-Prevención,

59 de la RAPS, 10 del INJUVE, y 8 de Medline. El solapamiento entre las distintas fuentes fue mínimo. Como se puede observar en la figura 1, las drogas ilegales fueron el tema en el que se centraron el mayor número de intervenciones recopiladas (29,8%), seguido del alcohol (15,9%), las conductas sexuales de riesgo (14,6%) y el ocio (12,6%). En un tercio de los casos, la intervención se orientó a más de un tema.

Figura 1

Intervenciones dirigidas a jóvenes según el tema de salud tratado (n = 214)



La población diana del 69,2% de las intervenciones identificadas fueron los jóvenes globalmente (15-29 años), mientras que en el 26,6% de los casos fueron menores de 15 años, y en el 4,2% de los casos las intervenciones se dirigieron a la población general incluyendo a jóvenes. La mayoría de las intervenciones (88,8%) se desarrollaron a nivel local (municipal), el 7% en el ámbito regional (comunidad autónoma) y el 4,2% fueron implementadas en más de una región. El 26,6% de las intervenciones se realizaron en la región de Andalucía, el 14,5%

en Cataluña y el 10,7% en Madrid. Aproximadamente la mitad de las intervenciones (51,9%) se desarrollaron en la escuela, el 27,1% en el ámbito comunitario, el 14,5% en el ámbito extraescolar (fundamentalmente aquellas encaminadas a ofrecer a los jóvenes alternativas de ocio) y el 6,1% desde los servicios sanitarios.

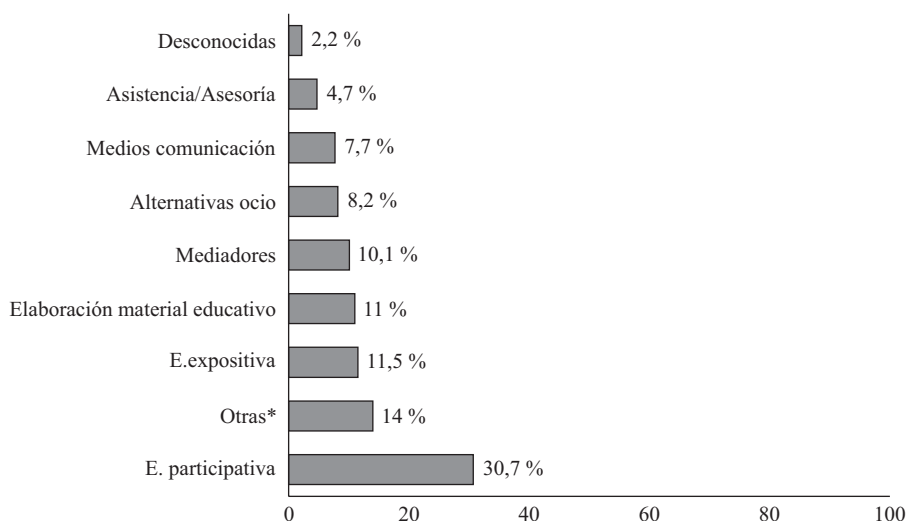
En cuanto a las principales actividades desarrolladas en cada intervención (figura 2), predominó la educación participativa (30,7%), seguida a distancia de la educación

puramente expositiva (11,5%) y la elaboración de materiales educativos por parte de los jóvenes (11%). La categoría «otras» in-

cluye básicamente la distribución de materiales educativos previamente elaborados (guías educativas, folletos, carteles...).

Figura 2

Principales actividades realizadas en las intervenciones dirigidas a jóvenes (n = 364)



* La categoría «Otras» incluye fundamentalmente la distribución en distintos contextos de materiales educativos previamente elaborados.

En el 80,8% de los casos hay constancia de que se había realizado algún tipo de evaluación, en el 16,4% no había constancia de ello y en el 2,8% de los casos constaba que estaba previsto realizarla. De las 178 intervenciones en las que se había realizado una evaluación o estaba previsto realizarla (figura 3), las más frecuentes fueron las evaluaciones de proceso (73,7%), seguidas de las de resultados inmediatos (15,1%) y las menos frecuentes las evaluaciones de resultados a medio-largo plazo (2,2%). La metodología de la evaluación se describió en 174 casos. De ellos, lo más frecuente fue la utilización de cuestionarios (28,2%), seguido de la combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas (13,2%), test-retest (10,3%), test-retest con grupo control (5,2%), sólo técnicas cualitativas (4%), análisis de la de-

manda (4%) o de las actividades realizadas (2,9%). Los indicadores más utilizados para las evaluaciones (figura 4), fueron el grado de participación (40,3% del total de indicadores registrados), seguido del nivel de satisfacción de los participantes (14,2%), número de actividades realizadas (12,9%), actitudes y habilidades adquiridas (10,5%), cambios de conocimientos (8,3%) y resultados obtenidos (8,3%).

Las cuatro intervenciones en las que se evaluó el impacto a medio-largo plazo tenían como principal objetivo reducir el consumo de tabaco y/o alcohol. De ellas, tres se realizaron en el medio escolar²⁶⁻²⁹ y una a nivel comunitario³⁰. Todas consiguieron reducir el consumo de tabaco en la población diana, y en dos intervenciones también se

Figura 3

Tipo de evaluación realizada o prevista en las intervenciones (n = 178)

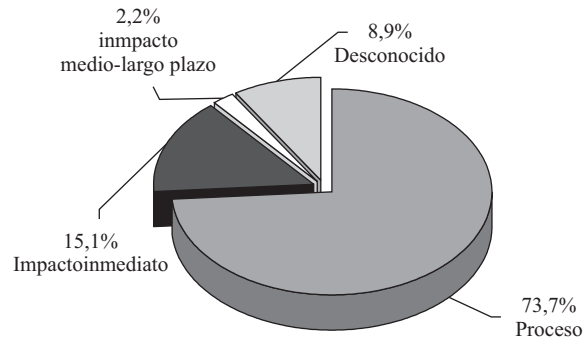
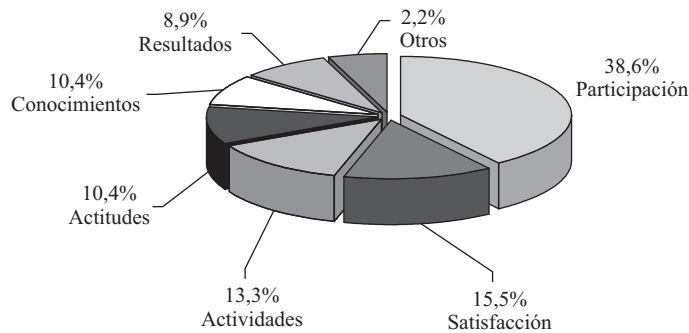


Figura 4

Principales indicadores utilizados en las evaluaciones (n = 325)



retrasó la edad de inicio al consumo de tabaco. En la tabla 1 se muestra un resumen con las principales características de estas intervenciones.

Otros programas abordan de forma más global el consumo de otras drogas como el cannabis o el éxtasis, bien desde el medio escolar³¹ o bien ofreciendo alternativas para el ocio³². En las intervenciones recogidas sobre este tema, se ha evaluado básicamente el proceso, utilizándose como indicadores el número de participantes, las actividades realizadas o la satisfacción de los participantes y/o de los profesores, y sólo en algunos casos el cambio de actitudes. En la tabla 1 se

muestran algunos ejemplos de estos programas.

Algo parecido encontramos en los programas dirigidos a prevenir las conductas sexuales de riesgo, en los que también se ha evaluado básicamente el proceso. De los 44 programas identificados, 6 de ellos utilizaron medidas test-retest como instrumento de evaluación, y sólo en un caso (intervención desarrollada en España pero publicada en inglés) se incluyó un grupo control³³, observándose resultados positivos en conocimientos, actitudes e intenciones de cambios en la conducta. En la tabla 1 se describe este programa y otro de características similares

Tabla 1
Descripción de programas seleccionados

Nombre	Lugar	Tipo	Población	Tema/s	Objetivos	Metodología	Evaluación	Métodos eval.	Resultados
Prevención drogodependencias en centros educativos (PPD) ^{26,27}	Madrid	Escolar	Alumnos de Primaria y Secundaria	Tabaco Alcohol Otras drogas	Dotar a los alumnos de criterios para tomar decisiones	Educación participativa para desarrollo competencias	Resultados medio-largo plazo (no se precisa periodo)	Test-retest con control y grupos discusión	Cambio actitudes, reducción consumo tabaco y alcohol, retraso inicio consumo tabaco
Tú decides ²⁸	Mallorca	Escolar	Alumnos de Secundaria	Tabaco Alcohol Otras drogas	Dotar a los alumnos de criterios para tomar decisiones	Educación participativa para desarrollo competencias	Resultados medio-largo plazo (al año y a los 3 años)	Test-retest con control	Disminución consumo tabaco y alcohol mantenido 1 año para alcohol y 3 años para tabaco
Programa escolar de prevención del consumo de sustancias adictivas (PASE) ²⁹	Barcelona	Escolar	12-14 años	Tabaco Alcohol Otras drogas	Reforzar la capacidad de los escolares para resistir presiones externas	Educación participativa para desarrollo competencias	Resultados medio-largo plazo (al año)	Test-retest con control	Menos experimentadores y consumidores de tabaco en grupo experimental, y menos borracheras. Al año disminuyen los efectos
Quit and Win ³⁰	Barcelona	Comunitaria	Población total	Tabaco	Promover la abstención al tabaco	Concurso con incentivo material	Resultados medio-largo plazo (al año)	Cuestionario telefónico a una muestra	Entre el 23,6 y el 34,8% abstinentes
Plan de prevención escolar (PIPES) ³¹	Nacional	Escolar	3.º ciclo Primaria, 1.º y 2.º ESO	Drogas	Disminución consumo	Educación para el desarrollo de competencias	Proceso (prevista de impacto)	Cuestionario	Alto grado participación y satisfacción
Abierto hasta el amanecer ³²	Gijón	Extraescolar	14-17 años, 18-30 años	Ocio	Proponer alternativas al ocio consumista	Oferta actividades culturales y deportivas, formación mediadores	Proceso	Actividades y participantes	Alto grado de participación, nuevo yacimiento empleo
PRESSEC ³³	Barcelona	Escolar	15-17 años	Conductas sexuales	Adopción conductas preventivas ante el VIH	Educación participativa	Resultados inmediatos (a los 3 meses)	Test-retest con grupo control	Cambio conocimientos, actitudes, intenciones y conductas
Aulasida ³⁴	Valencia	Escolar	12-19 años	Conductas sexuales	Adopción conductas preventivas ante el VIH	Educación expositiva y participativa	Proceso	Test-retest	Cambio conocimientos y actitudes
Enganxa't a l'esport ³⁵	Cataluña	Escolar	No se concreta	Actividad física	Ofrecer a los jóvenes alternativas a drogas y fomentar hábitos saludables	Educación participativa y ofertar actividades deportivas	Proceso	Cuestionario y registros	Alto grado de participación y satisfacción
Prevención del alcoholismo juvenil en escuelas ³⁶	Galicia	Extraescolar	18-27 años	Alcohol Accidentes	Reducir muertes por accidentes	Educación expositiva	Proceso	Test-retest	Cambio conocimientos y actitudes
Voy y vengo ³⁷	Navarra	Extraescolar	16-30 años	Ocio	Prevenir los accidentes en relación con alcohol y drogas	Autobuses para volver de la movida, distribución materiales	Resultados inmediatos (no se precisa periodo)	Registros	Ningún accidente, alto grado de participación
Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes ^{38,39}	Madrid	Servicios sanitarios	12-16 años	Integral	Dotar de habilidades a adolescentes con participación de padres	Educación participativa	Proceso	Combinación técnicas cuantitativas	No se describen resultados

pero de mayor difusión donde únicamente se ha evaluado el proceso³⁴.

Respecto a los programas dirigidos a promover la actividad física, se han identificado 7 intervenciones, 3 de ellas de tipo escolar y 4 de tipo comunitario. Se ha evaluado el proceso en 6 de ellas. En la tabla 1 se muestra un ejemplo de dichas intervenciones³⁵. También se han identificado 10 intervenciones sobre accidentes, 8 de ellas referidas específicamente a accidentes de tráfico. La mayoría de ellas utilizan técnicas educativas expositivas³⁶ a veces combinadas con técnicas participativas, aunque destacan algunas iniciativas como la oferta de un servicio de transporte público a los jóvenes cuando regresan de la «movida»³⁷, que se ha incluido en la tabla 1 porque es la única en la que además de evaluar el proceso se han evaluado también los resultados.

Por último, se quiere señalar que de las 13 intervenciones realizadas desde los servicios sanitarios, 11 de ellas tenían como tema central las conductas sexuales de riesgo, 2 el consumo de drogas ilegales, 1 el consumo de tabaco y 1 el consumo de alcohol. Únicamente en un caso la intervención era de carácter integral, basada en el desarrollo de habilidades y con participación de los padres^{38,39}, como se muestra en la tabla 1. En el 53,8% de estas intervenciones ha sido evaluado el proceso.

DISCUSIÓN

Las fuentes seleccionadas para identificar intervenciones de promoción de la salud en jóvenes han presentado varios inconvenientes: por una parte, el *Boletín Idea-Prevención* recoge intervenciones dedicadas especialmente a la prevención de drogodependencias, lo que explica que el 60% de las intervenciones recogidas a partir de esta fuente estén centradas en el tema de drogas, mientras que, por ejemplo, únicamente el 8% de las intervenciones identificadas a partir de la *RAPS* estén centradas en este

tema. Por otra parte, dado que la *RAPS* es coordinada desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, el mayor porcentaje de intervenciones obtenidas a partir de ella procede de la región de Andalucía. Sin embargo, dado que el 51,8% del total de intervenciones proceden de Andalucía, Cataluña y Madrid, donde viven el 47,3% del total de jóvenes españoles, creemos que el sesgo de selección ha sido mínimo.

Mientras que las intervenciones de la *RAPS* han podido ser consultadas a través de Internet, en el caso de *Idea-Prevención* hemos tenido que realizar la búsqueda manualmente, dado que en Internet únicamente constaba el título de los programas. A pesar de ello, el resumen de cada proyecto incluido en *Idea-Prevención* es más completo que el de la *RAPS*, sobre todo en el apartado de evaluación del proyecto, lo que explica que las seleccionadas para ilustrar provengan de otras fuentes, ya que la información relativa al diseño de las evaluaciones realizadas y al resultado de las mismas es, en general, insuficiente. Respecto a las identificadas a través de Medline, llama la atención el escaso número de intervenciones de promoción de la salud publicadas en español y dirigidas a jóvenes españoles catalogadas en este medio. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que se han excluido aquellas consistentes en introducir cambios organizativos y/o legislativos⁴⁰, y publicaciones en las que aunque se evalúan diferentes modelos de intervención, la descripción de las mismas no se ha incluido en el artículo⁴¹.

El método utilizado para caracterizar cada una de las intervenciones, además de tener ventajas en términos de eficiencia, también ha presentado algunos inconvenientes. Así, al restringir el registro a sólo 3 de las actividades realizadas y a sólo 3 de los indicadores de evaluación, no se han recogido exhaustivamente todas las actividades ni todos los indicadores de los programas. Por otra parte, la selección por conveniencia de las intervenciones ilustrativas podría considerarse sesgada, pero conviene saber que

aquellas que cumplían los criterios establecidos eran muy similares entre sí, lo que resalta importancia al hecho de haber escogido una y no otra.

Según el grupo de expertos *OMS/FNUAP/UNICEF*², el éxito en las intervenciones de promoción de la salud en jóvenes se basa en tratar simultáneamente múltiples temas de salud mediante enfoques genéricos, que traten los factores subyacentes que predisponen a los jóvenes a comportamientos de alto riesgo, entre ellos la falta de autoestima, la falta de desarrollo de competencias, la falta de interés por la educación o la información inadecuada sobre salud entre otros. La *Unión Internacional para la Promoción y Educación para la Salud*⁴², en cambio, cuestiona este aspecto ya que, por ejemplo, es más fácil evaluar intervenciones dirigidas a un solo tema. Dos tercios de las intervenciones recogidas en nuestro estudio se han dirigido a un solo tema de salud. La experiencia de combinar distintos temas de salud en nuestro país es, según nuestra revisión, escasa.

Los programas dirigidos a la prevención-reducción del tabaquismo son los que han evaluado el resultado a medio plazo. Tres de los cuatro programas mencionados son bastante similares respecto a su metodología²⁶⁻²⁹. En general, la evidencia disponible muestra que las intervenciones basadas en el desarrollo de competencias mediante métodos interactivos son más efectivas que los enfoques basados en métodos no interactivos, sobre todo si además utilizan la estrategia de pares⁴³. Sin embargo, a largo plazo, los efectos son limitados si no se acompañan de otras medidas, especialmente normativas⁴⁴. Además, tanto la familia como los pares son factores decisivos en el inicio del consumo de tabaco y alcohol en los adolescentes⁴⁵, lo cual sugiere que este tipo de intervenciones basadas en métodos participativos, en las que se implica también a los iguales y a la familia, podrían ser objeto de estudio y comparación, ya que parecen ser las más eficaces. La cuarta intervención seleccionada en materia de tabaquismo³⁰, se

trata de un programa comunitario (*Quit and Win*), y cabe señalar que se están desarrollando iniciativas similares en las escuelas, como por ejemplo: *Quit and Win jóvenes* o *Clases sin humo*⁴⁶, que también han mostrado su eficacia, al menos a corto plazo.

Respecto al consumo de otras drogas como el cánnabis y el éxtasis, investigaciones recientes en nuestro país^{47,48} analizan los factores de protección y de riesgo para el consumo de drogas en jóvenes, y de nuevo parece que tanto la familia como los pares juegan un papel fundamental. Ello podría sugerir que los programas anteriormente citados para reducir el consumo de tabaco y alcohol podrían ser también efectivos para otras drogas. Otras iniciativas, bien desde el medio escolar, bien ofreciendo alternativas de ocio, han sido consideradas como exitosas y están siendo implantadas en algunas regiones del país^{32,49}. Sin embargo, en la mayoría sólo se ha evaluado el proceso, utilizándose indicadores como el número de participantes, las actividades realizadas o la satisfacción de los participantes y/o de los profesores/monitores. En este sentido, es necesario recordar que en promoción de la salud la evaluación de proceso está indicada cuando una intervención ha demostrado su efectividad, para evaluar su replicabilidad en otros ámbitos⁵⁰. Con tal fin, las técnicas cualitativas, que ayudan a comprender los fenómenos y que llegan donde otros métodos no pueden⁵¹, son cada vez más utilizadas^{52,53}. De hecho, según una revisión sistemática realizada en el Reino Unido⁵⁴, no existe aún suficiente evidencia acerca de la efectividad de los programas dirigidos a la prevención del consumo de drogas ilegales. Es decir, que respecto al consumo de drogas ilegales, parece recomendable evaluar el resultado de las intervenciones como paso previo a su diseminación.

Algo similar ocurre con los programas dirigidos a reducir las conductas sexuales de riesgo revisados en nuestro estudio, donde las evaluaciones realizadas han sido básicamente de proceso. En el proceso de búsqueda

se detectó un programa que evaluó los resultados obtenidos a los 3 meses de la intervención³³ pero este no cumple uno de los criterios de la revisión: estar publicado en español. Ello merece atención, ya que según los criterios de calidad de evaluación definidos por algunos autores españoles⁵⁵, todos estos programas se catalogarían como de calidad baja a excepción de este último. Las características que deben cumplir los programas efectivos para reducir las conductas sexuales de riesgo son^{56,57}: estar centrados en conductas de riesgo conocidas, usar modelos teóricos de cambio conductual reconocidos, utilizar métodos pedagógicos participativos, incluir la clarificación de valores, la resistencia a la presión social y el entrenamiento en habilidades de comunicación, abordar la percepción de riesgos, dar formación previa a las personas que llevan a cabo el programa, tener una duración suficiente, y contar con un diseño apropiado de evaluación mediante diseños experimentales o cuasi-experimentales. Existen evidencias de que los programas que cumplen estos criterios, además de modificar los conocimientos y actitudes, pueden conseguir cambios en la conducta^{33,55}.

Respecto a los programas dirigidos a promover la actividad física, la evidencia disponible muestra la efectividad de las intervenciones dirigidas a mejorar la actividad física mediante estrategias fundamentalmente conductuales y educacionales, aunque de nuevo se enfatiza la necesidad de evaluar los resultados mediante estudios que incluyan grupos control⁵⁸, lo que no consta en las intervenciones identificadas. Por otra parte, teniendo en cuenta el debate acerca de cuál es la forma más adecuada de medir la actividad física para la salud^{59,60}, sería necesario no sólo seguir investigando sobre este tema sino también difundir los hallazgos de las investigaciones.

También llama la atención el escaso número de intervenciones dirigidas a la prevención de los accidentes de tráfico, teniendo en cuenta que son la primera causa de mortalidad en jóvenes. En opinión de algu-

nos expertos en nuestro país⁶¹, el tema de los daños derivados de los accidentes de tráfico debería ser abordado como un problema de Salud Pública con un mayor liderazgo por parte del sector sanitario ya que, si bien es difícil prevenir los accidentes de tráfico, existen estrategias efectivas para prevenir sus efectos sobre la salud. Parece que lo óptimo es intervenir simultáneamente sobre la conducta, la legislación y el medio⁴⁴. En este sentido, la intersectorialidad de las intervenciones parece un componente indispensable.

Por último, con relación a las intervenciones de promoción para la salud dirigidas a jóvenes desde los servicios sanitarios, es reseñable que el tema central sea, en la mayoría de los casos, las conductas sexuales de riesgo, cuando existen evidencias suficientes de la efectividad de las intervenciones realizadas por profesionales sanitarios para promover el abandono del tabaco y abordar los problemas derivados del consumo de alcohol, al menos en la población adulta⁴². En cualquier caso, existen datos cualitativos que sugieren que los jóvenes perciben estas consultas como accesibles y se muestran satisfechos con ellas ya que los profesionales «saben estar a su nivel»⁶².

En definitiva, creemos que el conjunto de intervenciones descritas puede ser una aproximación a la situación actual de los programas de promoción de la salud dirigidos a la Juventud española, que precisa ahora de la aportación de otros trabajos y críticas que mejoren esta revisión.

Los resultados obtenidos sugieren que, si bien se están llevando a cabo en nuestro país una gran diversidad de intervenciones de promoción de la salud dirigidas a los jóvenes, parece conveniente: 1) Profundizar en el desarrollo de aquellas que combinen metodologías educativas participativas con mayor implicación de los iguales y del entorno social cercano; 2) avanzar en la mejora del diseño de las evaluaciones de los resultados de las mismas y 3) incrementar la di-

fusión de las intervenciones mediante su publicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. La Salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Ginebra: OMS; 1995.
2. OMS/FNUAP/UNICEF. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Serie de informes técnicos n.º886. Ginebra: OMS; 1999.
3. Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Promoción de la Salud de la Juventud Europea. Manual de formación para el profesorado y otros agentes educativos. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
4. Fundación de Ayuda para la Drogadicción (FAD). Encuesta sobre drogas a la población escolar. Madrid: FAD; 2001. Disponible en: www.fad.es.
5. EDIS. Los andaluces ante las drogas VI. Sevilla: Comisionado para la droga. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía; 1999.
6. Department of health and human services. Centers for Disease Control and Prevention. School Health Programs: An Investment in Our Nation, Future 2001. Disponible en: www.cdc.gov/nccdphp/dash/yrbs/trend.2001
7. Weare K, Gray G. Promoción de la Salud Mental y Emocional. Manual de formación para el profesorado y otros formadores de jóvenes. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
8. INJUVE. XXI siglo. Plan de Acción Global en materia de Juventud 2000/2003. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2000.
9. Compas B. Promoting positive mental health during adolescence. In Millstein S, ed. Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century. New York: Oxford University Press; 1993.p. 159-79.
10. Resnick MD, Bearman PS, Blum R, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, Beuhring T, Sieving RE, Shew M, Ireland M, Bearinger LH, Udry JR. Protecting adolescents from harm. JAMA 1997; 278 (10): 823-832.
11. McBride N, Midford R. Encouraging schools to promote health: Impact of the Western Australian School Health Project (1992-1995). J Sch Health 1999; 69: 220-6.
12. Denman S. Health promoting schools in England - a way forward in development. J Public Health Med 1999; 21: 215-20.
13. Mitchell I, Laforet-Fliesser Y, Camiletti Y. Use of the healthy school profile in the Middlesex-London, Ontario, schools. The J Sch Health 1997; 67 (4): 154-156.
14. García I. Promoción de la Salud en el medio escolar. Rev Esp Salud Pública 1998; 72: 285-7.
15. Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura; 1998.
16. Brown J, Cantor J. An Agenda for research on youth and the media. J Adolesc Health 2000; 27S: 2-7.
17. Hogan M. Media Matters for Youth Health. J Adolesc Health 2000; 27S: 73-6.
18. American Academy of Pediatrics. Media Education. Pediatrics 1999;104:341-3.
19. Sowden AJ, Arblaster L. Mass media interventions for preventing smoking in young people. In: The Cochrane Library, 4; Oxford: Update Software; 2001.
20. Casado I. Tratando con adolescentes. Aten Primaria 2000; 26 (3): 137-8.
21. Cornella J. El pediatra y el adolescente. An Esp Pediatr 1995; 71S: 203-5.
22. Burack R. Young teenagers' attitudes towards general practitioners and their provision of sexual health care. Br J Gen Pract 2000; 50: 550-4.
23. Ford C, Millstein S, Halpern B, Irwin C. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. JAMA 1997; 278: 1029-34.
24. Surís JC, Parera N, Puig C. ¿Qué piensan los adolescentes de su médico? Una comparación entre pediatras y médicos de adultos. An Esp Pediatr 1996; 44: 326-8.
25. Red de Actividades de Promoción de la Salud. Disponible en: www.easp.es/ProyectosTemáticos/RedesPromoción/marco.htm
26. Fernández C. Programa de prevención de drogodependencias. Centros Educativos de la CAM. A

- tu Salud. Boletín Idea-Prevención núm 10. Madrid: Idea-Prevención; 1995.
27. Aguirre L. Evaluación de resultados del PPD. Boletín Idea-Prevención núm 17. Madrid: Idea-Prevención; 1998.
 28. Amengual M, Calafat A. Un modelo evaluado de prevención escolar. El programa Tú decides. En: Vila del Castillo J (Coord). El fenómeno social de las drogodependencias. Revista de estudios de Juventud, núm 40. Madrid: INJUVE; 1997.
 29. Villalbí JR, Aubà J, García A. Resultados de un programa escolar de prevención del abuso de sustancias adictivas: proyecto piloto PASE de Barcelona. Gac Sanit 1993; 7: 70-7.
 30. Moragues I, Nebot M, Ballestín M, Saltó E. Evaluación de una intervención comunitaria (programa «Quit and Win») para dejar de fumar. Gac Sanit 1999; 13: 456-61.
 31. Alemany E, Méndez S. El Plan Integral de Prevención Escolar. PIPES. Boletín Idea-Prevención núm 14. Madrid: Idea-Prevención; 1997.
 32. Rotella I. Abierto hasta el amanecer. Un programa de intervención Juvenil. En: Comas D (Coord). Ocio y tiempo libre: identidades y alternativas. Revista de estudios de Juventud núm 50. Madrid: INJUVE; 2000.
 33. Villalbí JR. Effects on attitudes, knowledge, intentions and behaviour of an AIDS prevention programme targeting secondary school adolescents. Promot Educ 2000; VII (3): 17-22.
 34. Fernández C, Molina R, Ramírez C, Pérez E, Castilla J, Marrodán J, Alcover S, Tomás S. Cambios en las actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección por VIH tras la intervención escolar Aulasida, 1996-1997. Rev Esp Salud Pública 2000; 74: 163-76.
 35. Heras N. Semana deportiva de prevención de las drogodependencias. Engánchate al deporte. Enganxa't a l'esport. Boletín Idea-Prevención núm 14. Madrid: Idea-Prevención; 1997.
 36. Laplana MA. Voy y vengo. Boletín Idea-Prevención núm 18. Madrid: Idea-Prevención; 1999.
 37. Isorma M. Programa de prevención del alcoholismo juvenil en autoescuelas. Boletín Idea-Prevención núm 17. Madrid: Idea-Prevención; 1998.
 38. Ruíz-Lázaro PJ, Ruíz-Lázaro PM. Promoción de la salud del adolescente desde un centro de salud (Carta al Director). An Esp Pediatr 1998; 49: 329-330.
 39. Ruíz-Lázaro PJ, Puebla R, Cano J, Ruíz-Lázaro PM. Proyecto de educación para la salud «Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes». Aten Primaria 2000; 26: 51-57.
 40. Ballestín M, Bosch N, Nebot M. Conocimiento y aplicación de las normativas sobre tabaquismo en centros de enseñanza secundaria. Aten Primaria 1999; 24: 589-593.
 41. Suelves JM, Romero R, Sánchez-Turet M. Prevención del abuso de drogas en la escuela secundaria tras la reforma educativa. Implantación de diversos programas en la ciudad de Barcelona. Gac Sanit 2000; 14 (2): 131-138.
 42. IUHPE. The evidence of health promotion effectiveness. Brussels: European Commission; 1999.
 43. Black DR, Tobler NS, Sciacca JP. Peer helping/involvement: an efficacious way to meet the challenge of reducing alcohol, tobacco and other drugs use among youth. J Sch Health 1998; 68: 87-93.
 44. Gielen AC. Health Education and Injury Control: Integrating approaches. Health Educ Q 1992; 19: 203-18.
 45. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, Beuhring T, Sieving R, Shew M, Ireland M, Bearinger LH, Udry JR. Protecting adolescents from harm. JAMA 1997; 278 (10): 823-832.
 46. López P, García I. Evaluación de un programa de prevención del tabaquismo en centros escolares de la provincia de Córdoba. SEMERGEN. 2000; (26): 482-487.
 47. Navarro J. Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas. Boletín Idea-Prevención núm 21. Madrid: Idea-Prevención; 2000.
 48. Robles L, Martínez JM. Factores de protección en la prevención de drogodependencias. Boletín Idea-Prevención núm. Madrid: Idea-Prevención; 1999.
 49. Hallmaier R, Plaza I. Side-b. La otra cara de la fiesta. Boletín Idea-Prevención núm 21. Madrid: Idea-Prevención; 2000.
 50. Speller V, Learmonth A, Harrison D. The search for evidence of effective health promotion. BMJ 1997; 315: 361-3.
 51. March JC, Prieto MA, Solas O, Hernán M. Técnicas cualitativas para la investigación en Salud Pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. Gac Sanit 1999; 13 (4): 312-319.

52. Macdonald G, Veen C, Tones K. Evidence for succes in health promotion: suggestions for improvement. *Health Educ Res* 1996; 11: 367-76.
53. Nutbean D. Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. *Health Promot Internation* 1998; 13 (1): 27-44.
54. White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction* 1998; 93 (10): 1475-1487.
55. Juárez O, Díez E. Prevención del Sida en adolescentes escolarizados: una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones. *Gac Sanit* 1999; 13: 150-62.
56. Card JJ. Teen pregnancy prevention: Do any programs work. *Annu Rev Public Health* 1999; 20: 257-85.
57. Kirby D. Sexuality and sex education at home and school. *Adolesc Med* 1999; 10: 195-209.
58. Dishman RK, Buckworth J. Increasing physical activity: a quantitative synthesis. *Med Sci Sports Exerc* 1996; 28: 706-19.
59. Tercedor P. Actividad física, condición física y salud. Sevilla: Wanceulen. Editorial Deportiva SL; 2001.
60. Sallis JF. Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Med Sci Sports Exerc* 2000; 32: 1598-600.
61. Plasència A. «Accidentes de tráfico». En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo MJ (edits). Informe SESPAS 1995. La Salud y el Sistema Sanitario en España. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 1995.
62. Bimbela JL, Cruz M. Sida y jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1997.