
La concentración en un tema de salud específico garantiza que una intervención sea abordada de forma más abierta y directa, si bien dependerá inevitablemente de la identificación del grupo de población y del escenario específico que sea elegido como objetivo de la intervención. El éxito en este caso suele definirse por lo general de forma más sencilla en relación con el impacto y el resultado con respecto al problema identificado.



De acuerdo con esto, la importancia relativa atribuida a los distintos tipos de métodos de investigación (cualitativo, cuantitativo, económico, participativo), al igual que las medidas (conductuales, estructurales) que se utilicen para establecer la evidencia de la eficacia, variarán de acuerdo con la audiencia receptora y con los diferentes puntos de entrada utilizados. Algunas de las tensiones que surgen al conciliar estos diversos puntos de entrada, así como las diferencias de interpretación del significado de la 'eficacia', son siempre aparentes.

¿Qué medidas se deberían utilizar para valorar la eficacia?

Distintas formas de intervención médica y de salud producen resultados diferentes como medida de la eficacia. A corto plazo, un resultado exitoso de una intervención quirúrgica de *bypass* coronario se diferencia del resultado que se podría esperar después de un programa educativo destinado a ayudar a una persona a mejorar su conocimiento y habilidades para adoptar una dieta saludable. A largo plazo, ambos están dirigidos a reducir el impacto de la ECC.

Por ello, es esencial proporcionar un marco que contribuya a definir los resultados asociados a la actividad de promoción de la salud. La Tabla 1.1 de la página 6 presenta una jerarquía ampliamente aceptada de 'resultados' y sus relaciones con la actividad de promoción de la salud¹.

En este modelo, los **Resultados sociales y de salud** representan el punto final de las intervenciones médicas y de salud. Éstos se suelen expresar como resultados personales o sociales, tal como calidad de vida, independencia funcional y equidad, o más a menudo, en términos de resultados de salud, expresados como mortalidad, morbilidad, discapacidad o disfuncionalidad.

Los **Resultados intermedios de salud** representan los determinantes de estos resultados de salud y sociales. Modificar estos determinantes de la salud es un objetivo fundamental de la promoción de la salud. Las conductas personales, como el consumo de tabaco o la actividad física, pueden aumentar o disminuir el riesgo de una mala salud, siendo resumidas como *Estilos de vida saludables*. Los *entornos saludables* representan las condiciones físicas, económicas y sociales que pueden incidir directamente en la salud, o apoyar estilos de vida saludables, por ejemplo, facilitando más o menos que una persona fume o adopte una dieta saludable. El acceso a una prestación y a un uso adecuados de los servicios sanitarios se reconoce como un determinante importante del estado de salud, siendo representado como *Servicios sanitarios eficaces* en este modelo.

Los **Resultados de la promoción de la salud** representan los factores personales, sociales y estructurales que se pueden modificar con el fin de cambiar los determinantes de la salud. Estos resultados representan también el impacto más inmediato de las actividades planificadas de promoción de la salud. La *alfabetización para la salud* se refiere a las habilidades cognitivas personales y sociales que determinan la capacidad individual de las personas para acceder, comprender y utilizar información con el fin de promocionar y mantener una buena salud, que es el resultado típico de las actividades de educación para la salud. La *influencia y acción social* describe los resultados de los esfuerzos destinados a potenciar las acciones y el control de los grupos sociales sobre los determinantes de la salud, por ejemplo, los esfuerzos destinados a movilizar a la tercera edad hacia el logro de metas de salud comunes.

Tabla 1.1 Un modelo de resultados de la promoción de la salud

Resultados sociales y de salud	Resultados sociales las medidas incluyen: calidad de vida, independencia funcional, equidad		
	Resultados de salud Las medidas incluyen: reducción de la morbilidad, discapacidad, mortalidad evitable		
Resultados intermedios de salud <i>(determinantes de la salud modificables)</i>	Estilos de vida saludables las medidas incluyen: consumo de tabaco, elecciones alimenticias, actividad física, consumo de alcohol y drogas	Servicios sanitarios eficaces las medidas incluyen: prestación de servicios preventivos, acceso a los servicios sanitarios y su adecuación	Entornos saludables las medidas incluyen: entorno físico seguro, condiciones económicas y sociales que apoyen la salud, buen suministro de alimentos, acceso restringido al tabaco y al alcohol
	Alfabetización para la salud las medidas incluyen: conocimiento relacionado con la salud, actitudes, motivación, intenciones conductuales, habilidades personales, autoeficacia	Acción e influencia sociales las medidas incluyen: participación comunitaria, 'empoderamiento' de la comunidad, normas sociales, opinión pública	Políticas públicas saludables y prácticas organizativas las medidas incluyen: declaraciones políticas, legislación, reglamentación, asignación de recursos, prácticas organizativas
Acciones de promoción de la salud	Educación se pueden citar como ejemplos: educación de los pacientes, educación escolar, comunicación con los medios de comunicación y la prensa escrita	Movilización social se pueden citar como ejemplos: desarrollo de la comunidad, facilitación de los grupos, asesoramiento técnico	Abogacía se pueden citar como ejemplos: lobbying, organización y activismo políticos, superación de la inercia burocrática

Las *prácticas organizativas y las políticas públicas saludables* son el resultado de esfuerzos destinados a superar las barreras estructurales que impiden la salud – el resultado típico de los procesos internos de desarrollo de las políticas del gobierno, o de la abogacía y el *lobbying* externo, que pueden culminar en un cambio legislativo. La legislación de control del tabaco en Europa constituye un buen ejemplo de los esfuerzos combinados de la abogacía interna y externa por el cambio político.

Existe una relación dinámica entre los diferentes resultados y las tres *Acciones de Promoción de la Salud (educación, movilización social y abogacía)*. No existe una relación lineal o estática. La acción de promoción de la salud se puede dirigir al logro de distintos resultados en este campo modificando la orientación o el énfasis de una intervención. Decidir cuál es el mejor punto de partida y cómo se deben combinar las diversas acciones con el fin de alcanzar los resultados deseados de promoción de la salud es esencial para una práctica eficaz de la promoción de la salud.

Un programa típico de promoción de la salud podría consistir en intervenciones dirigidas a los tres factores arriba identificados como resultados de la promoción de la salud. Por ejemplo, un programa que tenga por objeto reducir el consumo de tabaco entre los adolescentes podría consistir en esfuerzos destinados a educar a los jóvenes en relación con las consecuencias negativas del tabaco, en esfuerzos destinados a influir en los padres y en otros modelos de roles sociales con el fin de conseguir que fumar sea menos atractivo / aceptable socialmente para los jóvenes, y en una acción legislativa destinada a limitar el acceso al tabaco y la exposición a su publicidad.

Está implícita la noción de que el cambio a los distintos niveles del resultado tendrá lugar de acuerdo con diferentes escalas de tiempo, dependiendo de la naturaleza de la intervención y del tipo de problema social y sanitario que se aborde. Esto explica también que la relación que existe entre la acción de promoción de la salud y los eventuales resultados de salud sea compleja y difícil de someter a seguimiento. Esto es especialmente aplicable cuando las acciones son múltiples, y cuando los resultados de salud están separados de dichas acciones por un período de tiempo prolongado (p.e. acciones múltiples destinadas a reducir el consumo de tabaco entre los adolescentes producen resultados de salud muchos años después).

Un desafío actual consiste en desarrollar medidas cada vez más fiables y válidas de los indicadores del éxito de la promoción de la salud. La definición y medición de los resultados intermedios de salud, como las conductas orientadas a la salud y los entornos saludables, así como los resultados de la promoción de la salud que puedan influir en los mismos, han puesto a prueba las habilidades de los investigadores durante décadas.

La solución ha residido con frecuencia en la confección de cuestionarios, tests, escalas y protocolos de entrevistas. Dichas herramientas de investigación se utilizan no solamente para obtener información sobre el conocimiento, las actitudes y las conductas personales, sino también para obtener información de entrevistados relevantes (personas clave) en política y práctica organizativa, así como en capacidad y competencia de la comunidad. A pesar de que no existen ‘juegos de herramientas’ de medición de los resultados de la promoción de la salud, se ha aprendido mucho gracias a la experimentación detallada realizada en las décadas pasadas. Actualmente, se está prestando más atención al desarrollo de indicadores e instrumentos que midan los cambios en los resultados de promoción de la salud arriba enumerados^{2,3,4,5,6,7}.

La valoración de la eficacia a más largo plazo de un programa individual en relación con los determinantes de la salud (resultados intermedios del modelo), y con los resultados de salud, es un cometido bastante más complejo. En esta valoración, intervienen una gama de factores, que incluyen la magnitud, alcance y la duración de la intervención, así como una amplia gama de factores no relacionados abiertamente con la intervención, que incluyen los cambios seculares de la sociedad⁸. A este tema haremos referencia más adelante, en este libro.

Conforme a lo anterior, los capítulos siguientes informan sobre una gama de medidas de los impactos y resultados que tienen por objeto definir la ‘eficacia’ de la promoción de la salud. Algunos capítulos hacen referencia a las medidas de los impactos, como los cambios en el conocimiento y el cambio en las políticas o prácticas organizativas. La mayoría se refieren a los determinantes de la salud como medidas de efectos importantes. Éstos incluyen medidas de los estilos de vida y las condiciones de vida saludables, así como del uso de los servicios sanitarios. Algunos identifican resultados a más largo plazo, incluidos los cambios en el estado de salud, como una reducción de la mortalidad y la morbilidad. Todos los autores han revisado la literatura generada durante más de 20 años de experimentación y descubrimiento de la eficacia de la promoción de la salud. No se han emprendido ni desarrollado nuevas investigaciones.

Métodos de Investigación – El desafío que debemos desarrollar

Para establecer la evidencia, se necesita no solamente que las medidas de la eficacia sean pertinentes a la intervención, sino que el método de investigación utilizado para la evaluación sea también adecuado. El proceso de revisión sistemática utilizado en la medicina basada en evidencia ha identificado los ensayos aleatorios controlados (*randomized controlled trials* – RCT) como el ‘patrón oro’ de la evaluación de las intervenciones^{9,10}.

Importantes y valorados avances en el conocimiento han sido el resultado de algunas intervenciones de promoción de la salud estrechamente definidas y controladas que han sido evaluadas por medio de la aplicación de un diseño RCT. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estas pruebas han sido posibles solamente cuando se aplican a programas y objetivos de programas estrechamente definidos, basados en relaciones sencillas y directas entre entrada y resultado. Estas pruebas han sido aplicadas a programas de prevención del consumo de tabaco en los centros escolares y a programas de educación de los pacientes en relación con la enfermedad crónica^{11,12}. No obstante, la mayor parte de los fenómenos sociales son más complejos, siendo las relaciones entre los elementos de un modelo muy pocas veces tan sencillas y directas. Los métodos de investigación adoptados deben reflejar esta complejidad, siendo a menudo necesario que la evidencia del éxito de la promoción de la salud añada una gama de fuentes mucho más amplia que los resultados de los metaanálisis y las revisiones sistemáticas de las RTC¹³.

Por último, las decisiones relacionadas con la metodología de evaluación deberían regirse por la naturaleza de la intervención, y no a la inversa. Es posible que los RTC sean demasiado restrictivos para los programas basados en la comunidad y para amplios programas comunitarios que utilizan estrategias de intervención múltiple. Tratar de comprimir dichos programas de promoción de la salud en evaluaciones RTC podría ser en último término contraproducente, ya que esto reduciría la eficacia de los programas o imposibilitaría su reproducción¹⁴.

Evidencia disponible derivada de estudios de casos internacionales sobre el control del tabaco, la prevención del VIH / SIDA y la prevención de lesiones indican que las formas más eficaces de actuación en el campo de la promoción de la salud son aquellas que tienen un gran alcance, que responden a las necesidades de la población diana y que son sostenidas a largo plazo. Los diseños experimentales convencionales, como los ensayos controlados predicen, controlan y evalúan con bastante menos facilidad dichas intervenciones. Esto no equivale a decir que dichos programas no puedan ser objeto de una evaluación o no puedan estar basados en evidencia.

Por ejemplo, los proyectos basados en escuelas *promotoras de salud* en todo el mundo alientan a los centros de enseñanza a desarrollar programas que aborden las necesidades y circunstancias individuales, al tiempo que apoyan formas múltiples de intervención de promoción de la salud dirigidas a mejorar el plan de estudios, el entorno escolar, los servicios sanitarios escolares y la asociación entre los centros de enseñanza y el conjunto de la comunidad. Este enfoque ha sido sistemáticamente examinado por el Consejo Nacional Australiano de Investigación Médica¹⁵ y de Salud. En este informe, la evidencia de la investigación australiana y extranjera se utilizó para informar sobre las recomendaciones relativas a una práctica eficaz (basada en la evidencia). El informe utilizó evidencias derivadas de una combinación de diversos diseños de estudio y una gama de medidas del éxito correspondientes a las distintas formas de intervención.

Valorando el resultado y comprendiendo el proceso

Es importante no solamente establecer la evidencia de aquello que funciona en la promoción de la salud (es decir, la evaluación del resultado), sino también comprender cómo y por qué estas cosas han funcionado (es decir, la evaluación del proceso), de tal manera que el éxito se pueda replicar¹⁶. En este contexto, lo ideal sería que la base de evidencia de la promoción de la salud estuviese constituida por datos derivados de diversas fuentes, pudiendo combinarse y compararse. Esto incluiría estudios experimentales, aunque con frecuencia utilizaría estudios de observación, al igual que información cualitativa y cuantitativa. La aplicación de metodologías de investigación tanto cualitativas como cuantitativas al estudio de las intervenciones puede llevar a una comprensión más completa, que con frecuencia trasciende la mera complementariedad y extrae datos que no revelarían ninguno de estos métodos por separado^{17,18,19}. También es más probable que la evidencia así derivada tenga una importancia práctica que sirva de orientación para crear condiciones que conduzcan al éxito de una intervención.

La investigación cualitativa puede ser particularmente útil en la evaluación de los programas de promoción de la salud. Dicha investigación puede ofrecer una nueva percepción sobre las experiencias de las personas y las circunstancias del entorno y su organización que fortalece, apoya o disminuye las probabilidades de que una intervención tenga éxito. Este conocimiento y percepción es importante a la hora de explicar un éxito o un fracaso observado en cualquier programa dado, siendo esencial para poder replicar y difundir con éxito las nuevas ideas. En la investigación sanitaria, se utilizan diversos métodos cualitativos, si bien todos comparten un compromiso con la comprensión de la 'realidad' desde diferentes perspectivas, entendiendo la conducta orientada a la salud en su contexto día a día, investigando cómo interpretan las personas la información y el asesoramiento, y cómo interactúan las personas y los profesionales sanitarios a nivel individual.

La investigación cualitativa se puede planificar y llevar a cabo al menos con el mismo rigor que la investigación cuantitativa²⁰. También en la investigación cualitativa es necesario identificar los fines, seleccionar el muestreo de los sujetos, y definir y describir el método de investigación y el análisis de los datos²¹. La atención se dirige ahora al desarrollo de criterios de apreciación de los métodos de investigación cualitativa, de tal manera que esta forma de evidencia derivada de la investigación sea asimismo revisada sistemáticamente.

- ▶ Con arreglo a esto, los capítulos que incluimos a continuación informan sobre la evidencia tomando como base una gama de métodos de investigación. Estos métodos incluyen numerosos ensayos controlados, aunque también utilizan información y evidencia derivadas de otros métodos de investigación.

¿Qué programas vale la pena evaluar?

En último término, la evidencia de la eficacia se puede recabar sólo a partir de intervenciones que tengan una probabilidad razonable de éxito.

Con el fin de establecer una evidencia más convincente del efecto de las acciones de promoción de la salud en el tiempo, es necesario planificar los programas de promoción de la salud *en función de una valoración completa de la evidencia derivada de la investigación epidemiológica, conductual y social* que indique la existencia de relaciones razonables entre el impacto a corto plazo de las intervenciones (resultados de la promoción de la salud) y cambios posteriores en los determinantes de la salud y en los resultados de salud²².

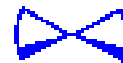


La información sobre los programas debiera estar basada en *teoría* establecida pertinente al tipo de intervención planificada. Existen varias teorías y modelos que se usan de forma generalizada como guía del desarrollo y la implantación de programas, siendo posible adaptarlos a la mayoría de las intervenciones²³.

Es necesario prestar atención a la *creación de las condiciones necesarias para implantar con éxito* un programa. Para ello, podría ser necesario garantizar la existencia de una conciencia pública y política suficiente sobre el tema y la necesidad de acción; desarrollar capacidad para llevar a cabo el programa, por ejemplo, por medio de la formación de personal sanitario; y garantizar los recursos necesarios para implantar y sostener el programa.



Finalmente, el programa de intervención debe tener una *amplitud, duración y sofisticación suficiente para permitir que sea detectable por encima del “ruido de fondo” de los cambios más generales* de la sociedad. Una atención adecuada a estas cuestiones ayudaría en gran medida a evitar circunstancias que permitan que los programas se implanten antes de haber sido suficientemente desarrollados, o que posibiliten que los programas sean demasiado reducidos en relación con una base de actividad para producir una diferencia que pueda ser detectada (sería como probar la eficacia de un fármaco en dosis homeopáticas).



Los diversos capítulos de este libro indican algunos de los desafíos prácticos y científicos a los que nos enfrentamos en el logro de este objetivo. Un enfoque sistemático de la planificación de los programas mejoraría en gran medida las probabilidades de detectar un resultado acertado, al igual que la posibilidad de relacionar los resultados observados con las intervenciones del programa que se describen. Existen en la actualidad varias directrices y modelos que pueden ayudar a desarrollar programas de promoción de la salud sofisticados y acertados (p.e.²⁴).

Dada esta complejidad, no puede existir un único método o medida ‘correcto’ que se pueda utilizar para evaluar la eficacia de los programas, así como tampoco una forma ‘absoluta’ de evidencia. La evidencia de la eficacia está relacionada de forma inextricable con el punto de entrada (tema, población o escenario), el método de intervención de promoción de la salud y la audiencia receptora (responsable de elaborar las políticas, profesional sanitario, investigador académico, etc.).

La promoción de la salud está alcanzando la mayoría de edad. Los últimos 20 años han sido testigo de cómo se recogía y evaluaba la evidencia que aportaba solidez al argumento que justifica el incremento de los recursos inherentes a esta disciplina, y de que ésta constituya una parte más importante en la producción de una sociedad saludable. *Como en todas las ciencias médicas y de salud, la comunidad de promoción de la salud es consciente de que queda mucho camino por recorrer en la mejora de la calidad y el alcance de la evidencia disponible para guiar la toma de decisiones.*

Referencias

- 1 Nutbeam D. Health Outcomes and Health Promotion: Defining success in health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*. 1996; 6(2): 58-60.
- 2 Cheadle, A. Environmental indicators: a tool for evaluating community-based health promotion programs. *American Journal of Preventive Medicine*. 1992; 8: 345-350.
- 3 Goodman R. M., McLeroy K. R., Steckler A. B. and Hoyle R. H. Development of level of institutionalisation scales for health promotion programs. *Health Education Quarterly*. 1993; 20: 161-178.
- 4 Kar S. B., Colman W., Bertolli J and Berkanovic E. Indicators of individual and community action for health promotion. *Health Promotion*. 1988; 3: 59-66.
- 5 Paine A. L. and Fawcett S. B. A methodology for monitoring and evaluating community health coalitions. *Health Education Research*. 1993; 8: 403-416.
- 6 Schultz A. J., Israel B., Zimmerman M. A. and Checkoway B. N. Empowerment as a multi-level construct: perceived control at the individual, organizational and community levels. *Health Education Research*. 1995; 10: 11-25.
- 7 Schwartz R., Goodman R. and Steckler A. Policy and advocacy interventions for health promotion and education advancing the state of practice (Editorial). *Health Education Quarterly*. 1995; 22:421-426.
- 8 Susser M. The tribulations of trials: intervention in communities. *American Journal of Public Health*. 1995; 85: 158.
- 9 Macdonald G., Veen C., Tones K. Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health Education Research*. 1996; 11(3): 367-376.
- 10 Speller, V., Learmonth, A., & Harrison, D. The search for evidence of effective health promotion. *British Medical Journal*. 1997; 315: 361-363.
- 11 Bruvold W. H. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health*. 1993; 86: 872-880.
- 12 Mullen P. D., Mains D. A., Velez R. A meta analysis of controlled trials in cardiac patient education. *Patient Education and Counselling*. 1992; 14: 143-62.
- 13 Green, J. and Britten, N. Qualitative research and evidence based medicine. *British Medical Journal*. 1998; 316: 1230-1232.
- 14 Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *British Medical Journal*. 1996; 312: 1215-1218.
- 15 National Health and Medical Research Council. *Effective School Health Promotion: Towards Health Promoting Schools*. Canberra; Australian Government Publishing Service, 1996.
- 16 Tones K. Beyond the randomised controlled trial: a case for 'judicial review'. *Health Education Review*. 1996; 12(2): 1-4.
- 17 De Vries H., Weijts W., Dijkstra M. and Kok G. The utilisation of qualitative and quantitative data for health education program planning, implementation and evaluation: a spiral approach. *Health Education Quarterly*. 1992; 19(1): 101-115.
- 18 Baum F. (1995) Researching public health: beyond the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine*. 1995; 55(4): 459-468.
- 19 Steckler A., McLeroy K. R. and Goodman R. M. (1992) Towards Integrating Qualitative and Quantitative Methods: An Introduction. *Health Education Quarterly*. 1992; 19(1): 1-8.
- 20 Greenhalgh T., Taylor R. How to read a paper: Papers that go beyond numbers (qualitative research). *British Medical Journal*. 1997; 315: 740-743.
- 21 Denzin N. K., Lincoln Y. *Handbook of qualitative research*. California: Sage, 1994.
- 22 Nutbeam, D. Evaluating health promotion - progress, problems, and solutions. *Health Promotion International*. 1998; 13(1): 27-44.
- 23 Nutbeam D., Harris E. *Theory in a Nutshell: A practitioners guide to commonly used theories and models in health promotion*. Sydney, National Centre for Health Promotion. 1998.
- 24 Green L. W., Kreuter M. W. *Health Promotion Planning: An educational and environmental approach*. Mayfield, Mountain View, CA. 1991.

Capítulo Dos

Desafíos Políticos 1

El tema: La cuestión del envejecimiento: Promoción de la salud eficaz en la tercera edad

Los autores: Astrid Fletcher, Profesora de Epidemiología y Envejecimiento en la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), y Directora del Centro de Envejecimiento y Salud Pública de la misma escuela; Elisabeth Breeze, Catedrática de Epidemiología en la LSHTM; Rhiannon Walters, del Londohn Health Economics Consortium.


El objeto: Afrontar la cuestión del envejecimiento constituye uno de los mayores desafíos políticos que Europa deberá afrontar en los próximos 25 años. Los autores aducen lo siguiente:

- 1 Existe un campo para mejorar la calidad de vida de la tercera edad
- 2 Deberían priorizarse la percepción de pensiones adecuadas, la salud y los servicios sociales
- 3 Es necesario actuar sobre las barreras que impiden una alimentación saludable
- 4 Los programas de ejercicio físico son una buena inversión
- 5 El *screening* de cáncer de mama es rentable en las mujeres maduras

El programa de Astrid Fletcher se centra en la tercera edad. Su labor incluye estudios de *screening*, epidemiología nutricional, epidemiología y tratamiento de la hipertensión y trabajo oftálmico orientado a la prevención de las alteraciones visuales comunes en la vejez. Elisabeth Breeze ha llevado a acabo investigación social para el gobierno británico, incluida la Encuesta de Salud 1992 (1992 Health Survey) relativa a Inglaterra. Recientemente, se ha especializado en investigación de las desigualdades en salud en la tercera edad. Rhiannon Walters ha trabajado en la promoción de la salud de la tercera edad en Europa con Eurolink Age, y formó parte del equipo que evaluó la estrategia inglesa 'Health of the Nation'.

Afrontando la Nueva Edad

La salud de la tercera edad en la comunidad Europea

La esperanza de vida a edades avanzadas varía considerablemente entre los países de la CE, no siendo, en general, tan favorable como en otras regiones desarrolladas, como América del Norte, Australia y Japón. La mejora de la salud de la tercera edad exige que se preste atención a la calidad, al igual que a la cantidad, de los años que quedan de vida. Las tasas de discapacidad son más altas en las mujeres que en los hombres, lo cual sugiere que, pese a que las mujeres viven más, tienen una esperanza de vida 'libre de discapacidad' similar o menor en 

comparación con los hombres. La discapacidad en la tercera edad es un determinante importante de los costes sanitarios, que representan alrededor del 50% de los presupuestos de atención sanitaria de los países de la CE, estando proyectado que dicho coste se incremente al mismo ritmo que este grupo de población¹.

Muchas enfermedades y dolencias que llevan a la discapacidad en la tercera edad son el resultado de conductas y experiencias de una fase más temprana de la vida. De esta manera, es probable que los estilos de vida y los entornos saludables en las primeras etapas de la vida estén asociados a mayores ganancias de buena salud en la tercera edad. No obstante, hay buenas razones para seguir promoviendo la salud en la tercera edad. En primer lugar, existe evidencia acumulativa que demuestra que el mantenimiento de estilos de vida saludables en la tercera edad está asociado a una ganancia de salud. En segundo lugar, y como factor más importante, existe un amplio potencial para la mejora de la mala salud y la discapacidad a esta edad, es decir, de mejora de la calidad de vida, si se aplican políticas sanitarias y sociales adecuadas. Esto es factible, siendo un cometido que incumbe directamente a los gobiernos.

Es prioritario garantizar que las personas de edad avanzada dispongan de unas pensiones adecuadas que les permitan vivir en entornos saludables, realizar elecciones de estilos de vida y tener acceso a la atención sanitaria y social.

Los servicios sanitarios y sociales de la comunidad mejoran la calidad de vida de las personas de edad, mitigan las minusvalías y reducen la necesidad de vivir en instituciones. Deberían especificarse unos servicios básicos mínimos. La aceptación de dichos servicios y su acceso deberían estar supervisados con el fin de garantizar una distribución equitativa.

Es necesario actuar con el fin de aplicar recomendaciones relativas a una alimentación saludable en la tercera edad. Las personas con bajos ingresos, de edad muy avanzada, aquejadas de dolencias crónicas y los varones mayores corren un riesgo particular de padecer deficiencias nutricionales, debiendo ser objeto de una intervención prioritaria. Sería necesario crear colaboraciones a nivel local y nacional con la industria alimentaria, los organismos encargados de este sector de población y los propios afectados.

Los programas de ejercicio físico destinados a la tercera edad son una buena inversión dado su considerable potencial para ofrecer ganancias de salud. Se necesitarían planes de acceso a bajo coste.

El *screening* de cáncer de mama es rentable en las mujeres maduras. No existe evidencia de la rentabilidad del *screening* del cáncer de próstata. (Se prevé que en un futuro cercano exista evidencia relativa al *screening* de cáncer colorrectal y de “paquetes de discapacidad”).

Los gobiernos debieran fijar objetivos de hábitos dietéticos, niveles de actividad y niveles de discapacidad para la tercera edad, debiendo éstos ser supervisados por medio de encuestas de estilo de vida.



Prestación de atención sanitaria y social

El Impacto sanitario

Entre las personas de edad avanzada, especialmente entre los grupos de mayor edad, los servicios sanitarios y sociales desempeñan un papel importante en la mejora de la calidad de vida y la mitigación de las minusvalías que producen las discapacidades en la vejez. Estudios realizados en los países de la UE han demostrado que las discapacidades más corrientes son las siguientes: déficit

de audición, visión y movilidad, problemas para realizar las tareas básicas diarias (como lavarse, vestirse), alteraciones de los pies e incontinencia². La mayoría de las discapacidades son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Por ejemplo, datos británicos demuestran que el 14% de las mujeres de más de 65 años necesitan que las ayuden todos los días para seguir siendo independientes, en comparación con sólo el 7% de los hombres³. A la edad de 85 años, estas cifras ascienden al 40% para las mujeres y al 21% para los hombres. Los servicios esenciales para las personas de edad avanzada incluyen: (1) aquellos que reducen la minusvalía (ayudas destinadas a las personas que no ven bien, incluidas gafas, ayudas auditivas, ayudas para andar y bañarse); (2) aquellos que permiten que las personas de edad avanzada lleven una vida independiente en la comunidad, como el hecho de que les limpien la casa, les hagan la compra, los bañen y les suministren alimentos; (3) aquellos que prestan atención médica o asistencia social, como los servicios domiciliarios o en centros de día y los servicios de incontinencia y podología. La prestación de servicios comunitarios está asociada a resultados de salud y sociales positivos. Los estudios han demostrado diversos beneficios desde la reducción de las admisiones en instituciones y de la mortalidad, a la mejora del bienestar y el incremento de la independencia funcional, a los que se añade una menor carga para las personas que atienden a los ancianos en la familia⁴. La prestación eficaz de servicios a la tercera edad exige una plena integración de los servicios de atención sanitaria y social y su funcionamiento en asociación con otros organismos y ONG.

Pese a que la prestación de un apoyo que permita a la tercera edad vivir en su casa constituye el objetivo principal de la prestación de servicios a las personas de edad avanzada en la comunidad, hay otra proporción de estas personas con graves discapacidades que necesita atención residencial o social a largo plazo.

Se podría ejercer un impacto de mayor alcance garantizando servicios dentales adecuados. Honkala detalla los efectos de una mala salud dental ▶ *Véase El estudio de un caso de salud oral, Cap. 13*. La salud dental de la tercera edad varía considerablemente entre los países europeos, demostrado las encuestas que el grupo de población de 65 a 74 años sin dientes naturales oscila entre el 13% en Italia y el 65% en Holanda⁵. Las personas de edad avanzada que tienen una mala salud en general, las que no pueden salir de casa y las económica y socialmente desfavorecidas tienen mayor probabilidad de perder dientes, de tener dientes cariados o de sufrir enfermedades periodontales^{6,7}, pero la promoción de la salud puede mejorar esto^{8,9}. Las tasas de utilización de la atención dental son más bajas en las personas de edad que en las personas maduras. Las barreras para utilizar la atención dental incluyen los costes, la falta de una necesidad percibida, las dificultades de transporte y el temor al tratamiento. Cuánto mayor sea la proporción de personas mayores que conserven sus dientes, mayor será la necesidad de servicios de salud dental en una etapa posterior de la vida.

El Impacto económico

Las previsiones demográficas de crecimiento de la población de edad avanzada han provocado alarmas sobre los incrementos resultantes del gasto sanitario y social. La reducción del nivel o la calidad de los servicios tendría impactos negativos considerables en la salud y el bienestar de la tercera edad. La prestación de servicios comunitarios disminuye la necesidad de admisión a atención institucional, siendo una opción mucho más barata y, en consecuencia, más rentable¹⁰. Si bien la prestación de servicios comunitarios puede entrañar una mezcla de gasto público y privado, es esencial que las barreras financieras no impidan su utilización. Cuando existen costes para el usuario, las personas mayores con ingresos bajos están en desventaja. Por ejemplo, la imposición en el Reino Unido de tasas sobre la optometría para los mayores de 65 años se tradujo en una bajada del 20% de la tasa de detección del glaucoma.

El Impacto Social y Político

Permitir que las personas mayores permanezcan en la comunidad mediante la prestación de servicios sanitarios y sociales ofrece ventajas sociales considerables. Las familias se benefician de una reducción de la carga que supone cuidar a estas personas mayores y de una mayor participación de las personas mayores en los roles familiares, como el cuidado de los nietos. La sociedad se beneficia garantizando que las personas mayores sigan siendo parte integral de la vida de la comunidad, y que las personas que los cuidan puedan seguir trabajando.

Las personas en edad de jubilarse representarán alrededor del 15% de la población europea en el año 2000, lo cual les confiere un poder de voto y consumo importante. La mejora de su salud, principalmente de su calidad de vida, aumenta su valor en la sociedad al permitir que un mayor porcentaje de estas personas siga desempeñando un papel activo.



Mitigando la Pobreza y Reduciendo las Desigualdades en Salud

El Impacto sanitario

La posición económica de muchas personas mayores es desfavorable, existiendo una variación considerable tanto entre como dentro de los Estados miembros de la Comunidad Europea en términos de medición de los niveles de vida y riqueza. Se espera que estas diferencias sigan aumentando en las futuras generaciones de personas de edad, como reflejo de las tendencias actuales del empleo, la jubilación anticipada, la cobertura de los planes de jubilación y la dotación de asistencia social. Los gradientes de la posición socioeconómica y los resultados de salud persisten en la vejez; las personas mayores con indicadores socioeconómicos desfavorables corren un riesgo mayor de muerte, de ingresar en instituciones y de padecer discapacidad^{12,13,14}.

Hay una necesidad urgente de que los gobiernos potencien los planes de jubilación públicos o personales, y de que suministren un nivel decente de financiación pública a aquellas personas, por lo general mujeres, que lo necesitan. Habría que dar prioridad a garantizar que la tercera edad actual y futura tenga ingresos adecuados que le permitan vivir en entornos saludables y elegir opciones de alimentación y ocio también saludables. El nivel mínimo de ingresos dependerá especialmente de la cantidad de atención médica, social y domiciliaria que una persona de edad necesite comprar. Como resultado de su participación menor en la fuerza laboral, las mujeres de edad tienen una probabilidad menor de recibir una pensión laboral. Es posible que especialmente las mujeres divorciadas pasen apuros económicos.



En muchos países, los niveles de las pensiones no son adecuados para cubrir los costes de una atención sanitaria adicional. Una recomendación clave de la reciente 'Encuesta sobre las desigualdades en salud' (Inquiry into Inequalities in Health), encargada por el Ministerio de Sanidad del Reino Unido, fue precisamente la subida de las pensiones.

Los proveedores de servicios sanitarios y sociales debieran garantizar que las personas mayores desfavorecidas reciban prestaciones adecuadas a sus necesidades, además de un acceso igualitario a estos servicios. Por ejemplo, en algunos escenarios, se racionalizan los servicios (como la podología), o existen largas listas de espera (operación de cataratas, prótesis de cadera), que probablemente favorecen menos a aquellos mayores que no pueden sufragar estos servicios de su bolsillo.

Muchas personas de edad no están al tanto de su derecho a reclamar la prestación de servicios sanitarios y sociales, o no desean hacerlo. Por ejemplo, una de cada cuatro personas mayores en el Reino Unido que reciben pensiones del Estado no reclaman apoyo en forma de ingresos adicionales. Se debieran implantar medidas destinadas a aumentar la percepción de prestaciones¹².



Manteniendo a la tercera edad en sus hogares

Las personas de edad manifiestan continuamente que prefieren vivir en la comunidad, en lugar de beneficiarse de la atención institucional, ya sea con sus hijos adultos, solas, o con su cónyuge u otra persona mayor. Esto supone proporcionar viviendas construidas con este fin, una mejora de la vivienda existente, ayudas y adaptaciones, prestación de ayuda para las tareas domésticas, cuidados y reparaciones. A largo plazo, existe un potencial en la gerontecnología, tecnología que tiene en cuenta la capacidad para cambiar de las personas mayores y su adaptabilidad¹⁵. También está el 'diseño universal', que tiene en cuenta la accesibilidad que ofrecen los edificios a una gama de niveles de discapacidad. Como ejemplos podemos citar la normativa de construcción del Reino Unido (Lifetime Homes) y de Holanda (Senioren Label). El entorno exterior ayuda asimismo a las personas mayores a vivir en un vecindario de su elección. La iluminación, los pavimentos, los cruces de las calles, la disponibilidad de transporte público y su accesibilidad por parte de las personas con discapacidades, la percepción de la seguridad personal y la proximidad de las tiendas y las instalaciones sociales, son todos elementos que contribuyen a sostener un entorno activo y comprometido con la tercera edad.

El Impacto sanitario


Las personas mayores que son independientes tienden a tener una calidad de vida mejor en el sentido de que es menos probable que experimenten un declive funcional que aquellas que viven con adultos distintos al cónyuge¹⁶, siendo también más probable que participen en actividades fuera del hogar que otras personas con el mismo nivel de dependencia que vivan con un nivel similar de apoyo en una residencia¹⁷. Incluso la apariencia de un hogar puede afectar el bienestar y la participación social¹⁸. Se ha demostrado que el compromiso social ejerce un impacto independiente en la mortalidad. *Véase a continuación.*

Sin embargo, para que estas personas permanezcan sanas en sus hogares, se debe prestar atención a la calidad de la vivienda. Es más probable que una vivienda poco satisfactoria sea ocupada por personas más pobres y solas¹⁹. Las casas húmedas, frías y difíciles de calentar pueden llevar a una mortalidad excesiva en invierno²⁰. Las características de la casa, tal como la escasa iluminación incrementan el riesgo de caídas accidentales. En el Reino Unido, alrededor de un tercio de las personas mayores de 65 años sufren una caída por lo menos una vez al año, y una de cada mil de más de 85 años muere a causa de una caída. Hay evidencia de que la valoración y modificación de las viviendas reduciría el número de caídas²¹.

El Impacto social

La vivienda y las instalaciones inciden en la reducción del aislamiento social, que tiene, a su vez, un impacto independiente en el sostenimiento de una buena función vital. Por ejemplo, los teléfonos que pueden utilizar las personas cuya visión, audición o movilidad están disminuidas son vitales para el compromiso con la comunidad. Las tradiciones culturales crean prioridades diferentes en las tareas domésticas que son decisivas para el sentido de respeto de las personas mayores por sí mismas, siendo éste un aspecto con respecto al cual les gustaría recibir apoyo.


El Impacto económico y político

Es más beneficioso para el gasto público mantener a los ancianos en una vivienda de su elección. El apoyo de los servicios sociales a las personas con una discapacidad leve o moderada que viven en su propia casa es más barato que suministrar el mismo nivel de atención a personas que viven en hogares residenciales o asilos²². 

En algunos casos, es esencial embarcarse en una rehabilitación costosa, a pesar de que intervenciones relativamente baratas pueden impedir con frecuencia un mayor gasto. En el Reino Unido, se aplicó un plan de 'atención y reparación' relativamente poco costoso destinado a la tercera edad que evitó la necesidad de que el 7% de los clientes dejaran sus hogares, y redujo las dificultades en más del 57%²³.

Una ayuda para las tareas menores u ocasionales puede hacer sostenible que una persona siga viviendo en su casa. Esta clase de apoyo de 'bajo nivel', que podría consistir en guisar o limpiar, está particularmente amenazado ya que los servicios sociales establecen prioridades entre las necesidades de números crecientes de personas mayores con un nivel alto de dependencia. Sin compromiso político, las sumas relativamente modestas implicadas en la prestación de este apoyo se podrían perder dentro del bastante más amplio presupuesto de atención sanitaria y social.

En Alemania e Italia, el sistema de asistencia social apoya la tradición de que las personas mayores vivan con sus familias, que reciben prestaciones sociales por cuidar a estas personas. En buena parte de Europa del Norte, aparte de Alemania, es probable que las personas mayores vivan lejos de sus familias y reciban las prestaciones directamente. Algunos países disponen de cantidades importantes de vivienda protegida construida con este fin.

Mantener a las personas en sus hogares es un objetivo que depende de la colaboración de muchos sectores – planificación, construcción, salud y asistencia social – y exige una política coherente, de preferencia con una planificación conjunta. 

Entornos Sociales Mejorados

El Impacto sanitario y social

Se ha demostrado que el aislamiento social y la soledad inciden tanto en la esperanza de la vida²⁴, como la admisión en los asilos de ancianos²⁵. Las intervenciones destinadas a reducir el aislamiento social entre las personas de edad avanzada son una práctica generalizada a nivel local en muchas áreas, siendo puestas en marcha por iglesias y organizaciones de voluntarios, por grupos formados por otras personas mayores y por los servicios sanitarios y sociales.

Las intervenciones eficaces:

- ▶ Son a largo plazo
- ▶ Son actividades colectivas y no persona a persona
- ▶ Están dirigidas a grupos específicos, como las mujeres o las personas con privaciones.
- ▶ Permiten que los participantes ejerzan cierto control
- ▶ Utilizan un enfoque multifacético

Numerosas intervenciones se resisten a una evaluación formal dado que están enfocadas a procesos complejos y no a resultados definidos con claridad. Sin embargo, los estudios demuestran que una combinación de intervenciones que tenga en cuenta las necesidades identificadas por las propias

personas mayores reduce el aislamiento social de estas personas con consecuencias sanitarias beneficiosas²⁶.

El Impacto político

La tercera edad puede contribuir de forma positiva a la comunidad mediante una aportación voluntaria y una participación en las actividades de la misma. Por ejemplo, el programa europeo 'Ageing Well' (Envejecer bien) vincula proyectos en los cuales las personas mayores ofrecen asesoramiento y apoyo en materia de proyectos sanitarios a sus colegas más jóvenes²⁷. Tanto las sociedades como las propias personas mayores saldrían perdiendo si esta contribución fuese ignorada.

Estilos de Vida Saludables

Una Alimentación sana

Los factores asociados a la vejez aumentan el riesgo de una mala nutrición; los hábitos alimentarios pueden verse afectados por la reducción de los ingresos, el aislamiento social, la depresión y la demencia, mientras que las enfermedades y los fármacos pueden interferir en el apetito y en la absorción de los alimentos. Los problemas para alimentarse y masticar son también generalizados⁷. Varios estudios realizados en países europeos han sugerido que porcentajes considerables de personas mayores tienen ingestas nutricionales poco deseables, ya sea en forma de deficiencias nutricionales de determinadas vitaminas o de ingestas poco favorables, como un grado elevado de contenido de grasas en la dieta y bajas ingestas de fruta y verdura (lo cual se observa principalmente en las comunidades de Europa del Norte)^{28,29}. La mala nutrición es más prevalente entre las personas mayores pertenecientes a grupos socioeconómicos bajos³⁰. En muchos países, más del 50% de las personas mayores son obesas, mientras que en los grupos de muy ancianos, la insuficiencia de peso y las bajas ingestas dietéticas son motivo de preocupación.

El Impacto sanitario

Como directrices para una alimentación sana en la tercera edad podemos citar el mantenimiento de una nutrición adecuada y la prevención de deficiencias nutricionales, así como una dieta que reduzca el riesgo de enfermedad, principalmente las dolencias y los ataques cardíacos, por medio de una ingesta menor de grasa y sal, junto con un mayor consumo de fruta y verdura fresca, calcio y vitamina D, y cereales integrales^{31,32,33}. Estas directrices se basan en su mayoría en estudios realizados en las poblaciones de mediana edad. Sin embargo, existe evidencia de que también las personas mayores 'más jóvenes' (65 a 74 años) muestran asociaciones similares relacionadas con la dieta y las enfermedades cardiovasculares (ECV)³⁴, al igual que con otras enfermedades de la vejez, incluidas la cataratas y la degeneración macular³⁵. Estos estudios subrayan la importancia de mantener una buena dieta en la vejez.

Actualmente, se están realizando pruebas suplementarias con vitaminas y multivitaminas específicas que permiten evaluar la evidencia directa del beneficio de las dietas saludables en la vejez. Otras dolencias de la vejez están asociadas a factores dietéticos. Una inmunidad reducida está asociada a una gama de deficiencias en vitaminas y minerales³⁶. Ingestas adecuadas de calcio y vitamina D en la dieta ralentizan la pérdida ósea, mientras que la adición de vitamina D y calcio suplementarios reduce las fracturas debidas a la osteoporosis³⁷. Los bajos niveles de folatos, comunes

en la tercera edad, están asociados a altos niveles de homocisteína y a un mayor riesgo de ECV. Hay pruebas en marcha destinadas a probar los efectos de la adición de ácido fólico suplementario cuando existe riesgo de ECC .

Existe cierta evidencia limitada de que las intervenciones que favorecen una alimentación saludable destinadas a la tercera edad pueden desembocar en cambios en la conducta dietética³⁸. Los resultados más prometedores provienen de estudios de la promoción de la salud multifactorial, que utilizan una estrategia de feedback y fijación de objetivos individuales.



El Impacto social

Las intervenciones a favor de una alimentación saludable que incluyen también un componente social brindan oportunidades de consolidar las redes sociales. Las cafeterías comunitarias pueden servir de fuente de alimentos saludables a bajo coste, y pueden proporcionar educación, adquisición de habilidades nutricionales y contacto social. Los programas de alimentación saludable tienden a subestimar a los hombres. Éstos suelen estar menos relacionados que las mujeres y corren un riesgo mayor de padecer deficiencias nutricionales, especialmente cuando viven solos³⁹. Las oportunidades de implicar e integrar a los hombres mayores en actividades de promoción de la salud constituyen una prioridad de actuación.



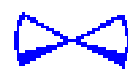
El Impacto económico

Casi no existen datos de eficiencia de rentabilidad relativos a las intervenciones a favor de una alimentación saludable a título individual. Programas estadounidenses impartidos conjuntamente con estrategias de promoción de la salud, incluida una atención preventiva, aportan alguna evidencia de rentabilidad e incluso de ahorro de costes.

El Impacto político

En algunos países europeos, existen políticas nacionales de nutrición que han alcanzado grados variables de mejora de las ingestas dietéticas, principalmente en aquellos países que presentan ingestas de grasa elevadas y un consumo bajo de fruta y verdura. No obstante, las pautas dietéticas de muchos países siguen siendo poco deseables. Las políticas nutricionales especialmente dirigidas a la tercera edad son escasas. Novedades como las Iniciativas de *Screening* Nutricional (Nutrition *Screening* Initiatives), aplicadas en Estados Unidos⁴⁰ y Australia, están siendo evaluadas, pudiendo constituir un instrumento de promoción de la salud más eficaz y adecuado para la tercera edad.

Entre las barreras que impiden una alimentación saludable en la tercera edad podemos citar las siguientes: conocimiento inadecuado de las dietas correctas, mal etiquetado de los alimentos, precios poco razonables y escasa disponibilidad de alimentos saludables, problemas físicos que limiten el acceso a los alimentos y su consumo, falta de apetito e interés por la comida, y problemas dentales.



Para que la tercera edad tenga dietas más saludables, es necesario prestar atención especial a la eliminación de las barreras y a potenciar las oportunidades. Los gobiernos deberían trabajar con la industria alimentaria con el fin de mejorar la dieta de las personas mayores, por ejemplo, mediante un mejor etiquetado y embalaje de los



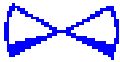
productos, una reducción del contenido de sal (especialmente de los platos preparados), el desarrollo de envases más pequeños y la promoción de productos con poca grasa.

Un factor muy importante en la elección de los alimentos es la Política Agrícola Común de la UE, que influye tanto en el suministro como en la fijación de los precios. Las reformas recientes debieran desembocar en un enfoque con una mayor orientación al consumidor, pero el impacto en la compra de los productos alimenticios, principalmente de aquellos que compra la tercera edad, debe ser supervisado. Los detallistas de productos alimenticios, los transportistas y el sector de voluntariado pueden ayudar mejorando el acceso a las tiendas y llevando y entregando las compras. El contenido nutricional y la aceptabilidad de las comidas que se sirven en los escenarios residenciales o comunitarios debieran ser supervisados.

Ejercicio en la Tercera Edad

La discapacidad y la debilidad podrían ser en gran medida el resultado de no utilizar los músculos y no del inevitable proceso de envejecimiento⁴¹. A una proporción importante de personas mayores les gustan los estilos de vida sedentarios o el ejercicio a niveles realmente mínimos^{41,43,44}, variando la prevalencia de las distintas clases de actividad según las áreas⁴⁵. La tabla 2.1 recoge un análisis detallado de los efectos de la promoción de la salud que implica actividad física en la tercera edad.

El Impacto Sanitario

Los estudios epidemiológicos han asociado el ejercicio aeróbico a una mejora del perfil de los factores de riesgo de la ECV, a una mayor movilidad y capacidad para llevar a cabo las funciones diarias, a menores tasas de fracturas y mayor densidad ósea, a mejores habilidades cognitivas y a una menor depresión^{41,42}. Está claro que el ejercicio mejora el estado físico^{46,47}. Existe evidencia coherente de que 30 minutos de ejercicio de resistencia tres veces a la semana aumentan la oxigenación hasta un grado que permite establecer la diferencia entre llevar una vida día a día independiente o recibir asistencia diaria. 


El ejercicio solo no protege frente a las caídas, sino que combinado con el tratamiento individual de otros factores de riesgo, puede llegar a reducir en alrededor de un cuarto el riesgo de sufrir una caída, aunque protege menos frente a las caídas graves⁴⁹. El Tai chi es uno de los métodos más prometedores aplicados a la mejora de la flexibilidad de las personas mayores^{50,51}.

Las tasas de participación en pruebas de ejercicio tienden a ser bajas^{52,53}, existiendo una preocupación creciente sobre la factibilidad de los planes de ejercicio masivo entre las personas mayores. La mayoría de las iniciativas de promoción de la salud incluyen el ejercicio como componente integral; solamente unas cuantas de estas iniciativas han notificado si la actividad de promoción de la salud ha logrado incrementar los niveles de actividad física. Es necesario que un compromiso con la promoción de la salud por medio de la actividad física sea a largo plazo, ya que los beneficios no perduran cuando la actividad se interrumpe.

El Impacto social

La promoción de la salud que implica actividad física depende y lleva por igual a mejoras de la interacción entre la tercera edad y aquellos que la rodean. La implicación de la familia, los compañeros y el personal de asistencia son todos factores que refuerzan la participación y el logro

de los objetivos. Algunos planes utilizan las habilidades de liderazgo entre las generaciones de mayor edad⁵⁴.

Parte del atractivo de las clases de ejercicio puede residir en su componente social, que contribuye de esta manera, a su vez, a la mejora del estado de ánimo e incluso de las habilidades cognitivas. La identidad de grupo puede fomentar sentimientos de autoeficiencia y bienestar⁵⁵. A nivel de la comunidad, las políticas que podrían tanto incrementar la participación en el ejercicio físico como la integración social, incluirían las actuaciones siguientes: implicación de grupos locales en el suministro de facilidades (clubs, profesionales, organizadores de instalaciones recreativas, grupos de interés, como los ecologistas), una mejora de las calles para que se pueda andar por ellas con mayor seguridad y el uso de técnicas educativas que modifiquen las expectativas sobre el nivel de actividad 'adecuado' de la persona mayor. 

El Impacto económico

Los programas de ejercicio físico parecen ser rentables, situándose las estimaciones de los costes por año de vida ganado en 330 libras y en 1.100 libras por evento sanitario evitado (precios de 1993)⁵⁶.

El Impacto político

A este nivel, existen implicaciones para la política de transporte, la planificación urbana y la formación de los profesionales sanitarios. Las políticas de transporte inciden en la salud de modos diferentes – reduciendo o mejorando las oportunidades de hacer ejercicio y tener acceso a las facilidades sociales, las tiendas y la atención sanitaria. Una circulación intensa reduce las actividades peatonales y crea entornos contaminados, mientras que la falta de un transporte público barato perjudica a aquellos que no tienen acceso a un coche – principalmente a las mujeres mayores, a aquellos que tienen mala salud o a aquellos que viven en las zonas rurales¹². La formación de una amplia gama de profesionales sanitarios aumentaría su eficacia en la educación de las personas mayores, minimizando los peligros derivados de un ejercicio inadecuado.

Tabaco

En muchos países europeos, la tercera edad, especialmente los hombres (entre un tercio y un cuarto) sigue fumando, pese a que una proporción considerable ha dejado de hacerlo.

El Impacto sanitario

Las personas mayores que siguen fumando corren un riesgo mayor de muerte, ataque fulminante, ataques al corazón y cataratas, teniendo mayores probabilidades de sufrir una discapacidad debido a problemas respiratorios y de movilidad. Dejar de fumar después de los 65 años reduce el riesgo de ECV y mejora la dificultad respiratoria⁵⁷.

El Impacto económico

El consejo médico se asocia a tasas de abandono del tabaco que rondan el 15% en la población en general, siendo esta actividad considerada una de las actividades más rentables de promoción

de la salud. Unos cuantos estudios han alcanzado resultados similares en relación con la tercera edad, principalmente con respecto al grupo de edad comprendido entre los 65 y los 74 años⁵⁸. El impacto de los precios del tabaco aparece como menos importante en las edades más avanzadas, especialmente para los hombres; las mujeres de todas las edades parecen ser más receptivas al precio. La respuesta a la publicidad sanitaria desciende con la edad, posiblemente porque la mayoría de las campañas contra el tabaco han estado dirigidas a personas más jóvenes. Se requieren estrategias destinadas a incrementar el abandono del tabaco entre las personas mayores, siendo éstas particularmente urgentes en vista del aumento de la prevalencia del consumo del tabaco en las cohortes de mujeres que entran ahora en la edad madura.



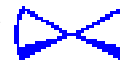
Screening y Atención Sanitaria Preventiva para la Tercera Edad

El Impacto sanitario

El beneficio potencial del *screening* de cáncer en las personas mayores ha sido demostrado en el cáncer de mama (hasta la edad de 74 años)⁵⁹, actualmente está siendo evaluada la introducción de *screening* en el cáncer colorrectal. El *screening* de cáncer de próstata será improbable en un futuro cercano hasta que no se desarrollen pruebas mejores. El tope de edad para el *screening* de cáncer de cuello de útero en las mujeres mayores sigue siendo motivo de discusión⁶⁰. En algunos países europeos, han sido introducidos programas de *screening* de cáncer de mama, pero no todos los programas (p.e. el programa del Reino Unido) incluyen a mujeres de más de 65 años. La aceptación del *screening* de cáncer de mama por parte de las mujeres de más edad es inferior en relación con las mujeres más jóvenes. Hay evidencia en muchos tipos de cáncer, de que las personas mayores se presentan tarde para el *screening*, ya sea por ignorancia de los síntomas, o por temores sobre el tratamiento y el pronóstico, siendo ésta un área importante que requiere más atención.

Otras actividades de *screening* han estado orientadas a la identificación de la discapacidad, incluida la valoración de una amplia gama de problemas físicos, mentales y sociales. La valoración multidimensional ha sido introducida como política en el Reino Unido, país donde los médicos están contractualmente obligados a ofrecer una revisión médica a las personas a partir de los 75 años. Tanto en Europa, como en Estados Unidos, se han realizado estudios del *screening* multidimensional, pero los resultados son equívocos⁶¹. A pesar de que parecen existir posibles beneficios en materia de mortalidad, reducción de los días de ingreso en el hospital y de las medidas de discapacidad y calidad de vida, los hallazgos de las pruebas no han sido coherentes, así como tampoco suficientemente amplios para producir resultados que permitan informar las decisiones políticas.

Algunos programas estadounidenses de promoción de la salud han encontrado una aceptación mejor de la vacunación antigripal^{62,63,64}. La política relativa a la vacuna antigripal destinada a la tercera edad varía en los países europeos, pero la aceptación es inferior al 50% entre las personas que reúnen los requisitos establecidos^{65,66}. En vista de la rentabilidad de esta vacuna y, en consecuencia, de su potencial de beneficio en la tercera edad, es necesario desarrollar y evaluar estrategias que mejoren dicha aceptación.



El Impacto social

Unas pocas pruebas de *screening* multidimensional han incluido estrategias destinadas a potenciar el soporte social, siendo sus resultados variables⁶¹. Los estudios que potencian las oportunidades de mejora de la socialización (por ejemplo, cursos universitarios, programas de visitas y transporte comunitario) alcanzan un éxito mayor que aquellos que promueven principalmente los servicios médicos o sociales.

El Impacto económico

Es probable que la rentabilidad del *screening* del cáncer de mama en las mujeres de edad muy avanzada sea similar a la de las mujeres más jóvenes del grupo de 65 a 69 años, pero posiblemente el beneficio relativo sea menos favorable en el grupo de 70 a 74. La información sobre la rentabilidad del *screening* multidimensional es inadecuada. Actualmente está en marcha una evaluación de la implicación de recursos, y los beneficios del *screening* multidimensional.

Tabla 2.1: Efectos de la promoción de la salud que implica actividad física para los ancianos

Autor	R C T	Sujetos	Número en cada grupo	Intervención I se refiere al(los) grupo(s) de intervención C se refiere al(los) grupo(s) de control	Duración	Resultado
1 Función física King et al. 1991 ⁵²	Si	Edad 50-65 Sanos	357 en total	Actividad aeróbica para tres grupos de intervención I1: clase de alta intensidad I2: alta intensidad en hogar I3: alta intensidad en hogar C: nada (se llevaba un diario de actividad)	12 m	Aumento medio del 5% de la capacidad aeróbica en 12 meses y aumento del 14% del tiempo que podían pasar en la cinta rodante en los grupos de intervención. Ninguna diferencia significativa entre los grupos de intervención; todos mejores que los de control.
Hill et al. 1993 ⁴⁶	?	Ancianos sedentarios seleccionados por anuncio	I: 87 C: 34 al final del estudio	I: prescripción individual de ejercicio + clases Ejercicio aeróbico C: nada	9-12 m	23% de mejora de la capacidad aeróbica en el grupo de intervención en comparación con ninguna mejora en el grupo de control
Butterworth et al. 1993 ⁶⁷	Si	Mujeres 67-85 Sedentarias, blancas Sanas No fumadoras ni bebedoras asiduas	I: 14 C: 16	I: clases aeróbicas y paseos C: gimnasia	12 s	12,6% de aumento de la capacidad aeróbica en el grupo de intervención en comparación con ninguna mejora en el grupo de control
Buchner et al. 1992 ⁶⁸	mix	Personas maduras		Resumen de muchos estudios		Valoración de 22 documentos: el ejercicio produce un aumento del 5-20% de la capacidad aeróbica en 3-12 meses
Blumenthal et al. 1991 ⁴⁷	Si	Edad 60+ Sanos Miembros del programa Duke	I: 33 C1: 34 C2: 34	I: clases aeróbicas C1: clases de yoga C2: lista de espera (nada) Todos hicieron ejercicio después de 4 meses	4 m + 4 m	11,6% de aumento de la capacidad aeróbica en el grupo de intervención en los primeros cuatro meses y ningún aumento en los grupos de control. Durante el segundo período, cuando todos hacían ejercicio, los grupos de control experimentaron un aumento de la capacidad aeróbica similar a aquella del grupo de intervención en el primer período. El grupo de intervención aumentó la duración del ejercicio y mejoró su ventaja de ritmo cardíaco submáximo más bajo en el primer período, sosteniendo estas mejoras a lo largo del segundo período, especialmente entre aquellos que siguieron haciendo ejercicio.
Ades et al. 1996 ⁶⁹	Si	65+ Sanos Sedentarios	I: 12 C: 12	I: entrenamiento de resistencia con incremento gradual de la dificultad C: valoración solamente	12 s	La resistencia durante los paseos aumentó de 25 a 34 mins en el grupo de intervención, pero no cambió en el grupo de control.

Autor	R C T	Sujetos	Número en cada grupo	Intervención I se refiere al(los) grupo(s) de intervención C se refiere al(los) grupo(s) de control	Duración	Resultado
McMurdo y Johnstone 1995 ⁷⁰	Sí	75+ en viviendas protegidas y con movilidad limitada	86 en total	I: ejercicios de fuerza y flexibilidad en el hogar durante 15 minutos diarios C1: ejercicios de flexibilidad solamente C2: charlas sobre salud Todos eran visitados mensualmente en el hogar	6 m	Ausencia de resultados importantes, pero tendencia a mejorar la movilidad en el grupo de intervención. Sospecha de incumplimiento.
Williams y Lord 1997 ⁷¹	Sí	Mujeres 60+ Sin enfermedad cardiovascular o musculoesquelética importante	I: 97 C: 93	I: clases de aeróbic y fortalecimiento C: valoración solamente	12 m	Mejora la fuerza muscular y del tiempo de reacción como consecuencia del ejercicio
Emery y Gatz 1990 ⁷²	Sí	Residentes en el centro de la ciudad	I: 15 C1: 15 C2: 18	I: clases de aeróbic y fortalecimiento C1: grupo social C2: nada Todos hacían ejercicio después de 12 semanas	12 s + 12 s	El ejercicio no mejoró la flexibilidad
Perrig-Chiello et al. 1998 ⁷³	Sí	Edad 65-95 Interesados en entrenamiento de resistencia	I: 23 C: 23	I: clases de entrenamiento en resistencia C: ningún entrenamiento en resistencia	8 s	El ejercicio aumentó la fuerza muscular
Rooks et al. 1997 ⁷⁴	Sí	Edad 65+ Activos Con acceso a transporte al centro suburbano de la comunidad para las clases	I1:40 I2:40 C: 51	I1: clases para fortalecer los músculos y mejorar el equilibrio, p.e. subir escaleras, ejercicio de rodillas I2: paseos en grupo C: sometidos a revisión semanalmente, pero ningún ejercicio	10 m	El grupo que asistía a clases de ejercicio mejoró en 7 de las 11 medidas destinadas a mejorar la fuerza, el equilibrio y el paso al andar en relación con los controles. El grupo que caminaba mejoró en dos medidas, principalmente en fuerza de las extremidades inferiores
Green y Crouse 1995 ⁴⁸		Ancianos		Un metaanálisis de 29 estudios		Mejora media de la captación de oxígeno del 22,8% debida al ejercicio; la mejora de la capacidad fue mayor en las personas más jóvenes; las sesiones de entrenamiento fueron más prolongadas y la duración del régimen de entrenamiento superior. La mejora fue mayor en los sujetos con una mayor captación inicial de oxígeno.
2. Efectos fisiológicos Emery y Gatz 1990 ⁷²		Véase arriba				Ningún beneficio importante en relación con la presión sanguínea o el ritmo cardíaco
King et al 1991 ⁵²		Véase arriba				Ningún beneficio importante en relación con la presión sanguínea, el peso o los lípidos
Ebrahim y Williams 1992 ⁷⁵	No	Asistentes a las clases diarias	I1:13 I2: 18	I1 e I2: 'Look after your Heart' (cuide su corazón) Clases de ejercicios de relajación y baja intensidad. Ningún grupo de control		Ninguna mejora de la presión sanguínea o el peso
Hill et al. 1996 ⁴⁶		Véase arriba				Pequeña disminución de la presión sanguínea en el grupo de intervención
Butterworth et al. 1993 ⁶⁷		Véase arriba				Ningún cambio de peso

Autor	R C T	Sujetos	Número en cada grupo	Intervención I se refiere al(los) grupo(s) de intervención C se refiere al(los) grupo(s) de control	Duración	Resultado
Mayer et al. 1994 ⁷⁶	Sí	Miembros de una organización de mantenimiento de la salud	I: 900 C: 900 aprox.	I: se fijó un objetivo personalizado para cada participante dependiendo de su problema de salud. Al 42% se le establecieron objetivos de actividad física. Cuatro sesiones de grupo sobre salud mental e independencia, cuatro sesiones de grupo sobre salud física. Los participantes recibieron dos manuales y los supervisores se pusieron en contacto con ellos dos veces. C: nada adicional a las facilidades habituales de la organización Resultados del primer año	Resultados del primer año	Después de un año, los sujetos del grupo de intervención hacían más ejercicio, sin ningún beneficio para la presión sanguínea o el índice de masa corporal
Fagard 1995 metaanálisis ⁷⁷	Mix	Todas las edades:16-72	48 programas 36 artículos	Diversas pautas de ejercicio	4-68 s, media n=1	Durante todos los programas, una reducción media de la presión sanguínea sistólica (sbp) = 5,3 mmHg y de la presión sanguínea diastólica de 4,7 mmHg. Entre las pruebas aleatorizadas controladas con contacto frecuente, los cambios de la presión sanguínea en los normotensos [10 estudios] no fueron muy diferentes de cero. La disminución media en los hipertensos [7 estudios] fue de 7,2 mmHg para la presión sanguínea sistólica y de 4,8 mmHg para la presión sanguínea diastólica.
3. Función cognitiva Williams y Lord 1997 ⁷¹		Véase arriba				La duración de la memoria mejoró solamente en el grupo de intervención. El ejercicio no mejoró la solución de problemas.
Emery y Gatz 1990 ⁷²		Véase arriba				Ausencia de beneficios del ejercicio en las medidas de la solución flexible de problemas, la capacidad para integrar nueva información o la rapidez de la escritura
Blumenthal et al. 1991 ⁴⁷		Véase arriba				Ausencia de beneficios atribuibles al ejercicio en relación con la duración de la memoria, la solución de problemas o la destreza
Hill et al. 1993 ⁴⁶		Véase arriba				Se produjo un deterioro de la memoria y el recuerdo a corto plazo en los controles, pero no en la intervención. Ninguna diferencia entre los grupos en relación con la memoria de trabajo y la atención, así como tampoco con la orientación perceptual y la rapidez psicomotora
Perrig-Chiello et al. 1998 ⁷³		Véase arriba				Ninguna diferencia entre los grupos en relación con la memoria, el recuerdo o la solución de problemas

Autor	R C T	Sujetos	Número en cada grupo	Intervención I se refiere al(los) grupo(s) de intervención C se refiere al(los) grupo(s) de control	Duración	Resultado
Stevenson y Topp 1990 ⁷⁸	Sí	Edad 60+ Sin enfermedad cardiovascular o hipertensión	I1: 39 I2: 33 al final del estudio	I1: ejercicio aeróbico de intensidad moderada I2: ejercicio aeróbico de intensidad baja	9 m	Ambos grupos mejoraron la duración de la atención y la memoria a corto plazo, pero un incremento de la intensidad del ejercicio no produjo mejoras mayores que el ejercicio de baja intensidad
4. Bienestar: efectos psicológicos Williams y Lord 1997 ⁷¹		Véase arriba				El ejercicio mejoró el bienestar notificado por los propios sujetos
Emery y Gatz 1990 ⁷²		Véase arriba				Ningún beneficio para la depresión y la ansiedad. El feedback informal incluyó que los sujetos se sentían mejor y habían mejorado su capacidad funcional
Hill et al. 1993 ⁴⁶		Véase arriba				El ánimo mejoró en el grupo de intervención en relación con el grupo de control
Blumenthal et al. 1991 ⁴⁷						Notificación informal de que los sujetos se sentían mejor para el ejercicio
Emery y Blumenthal 1990 ⁵⁵		Como en Blumenthal et al. 1991				El grupo de intervención experimentó una mejora del ánimo autopercebido, la confianza en sí mismos y la satisfacción después de las 16 semanas del período de prueba. Cuando los controles también hicieron ejercicio durante las segundas 16 semanas, la diferencia entre los grupos desapareció, ya que los controles mejoraron también
Stevenson y Topp 1990 ⁷⁸		Véase arriba				Ninguna mejora importante de la satisfacción con la vida en ninguno de los grupos, pero ésta era alta al comienzo.

Referencias

- 1 Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, van der Maas PJ. Demographic and epidemiological determinants of health care costs in Netherlands: cost of illness study. *British Medical Journal*. 1998; 317.- 111-115.
- 2 WHO Regional Office for Europe. *Public Health in Europe no 29. Health, lifestyles and services for the elderly*. World Health Organization. Copenhagen 1989.
- 3 Bennett N, Jarvis L, Rowlands O, Singleton N, Haselden L. *Living in Britain: results from the General Household Survey 1994*. Office for National Statistics. London HMSO 1996.
- 4 Challis D, Chessum R, Chersterman J et al. Community care for the frail elderly: an urban experiment. *British Journal of Social Work*. 1988;18:13-42.
- 5 Bourgeois D, Nihtila A, Mersel A. Prevalence of caries and edentulousness among 65 - 74 year olds in Europe. *Bull WHO*. 1998;76:4:413-417.
- 6 O'Mullane D, Whelton H. *Oral health of Irish adults*. Dublin. Stationery Office 1992.
- 7 Steele JG, Sheiham A, Marcenes W, Walis AW. *National Diet and Nutrition Survey: People aged 65 and over. Vol 2. Report of the oral health survey*. London. The Stationery Office. 1998.
- 8 Petersen PF, Nortov B. The effect of a three year trial of a community dental program for aged pensioners in Denmark. *Ugeskr-Laeger*. 1995;157: 2712-2716.
- 9 De Baat C, Kalk W, Schuil GR. The effectiveness of oral hygiene programmes for elderly people - a review. *Gerodontology*. 1993 10: 109-13.
- 10 Challis D, Davies B. Long term care of the elderly: the community care scheme. *British Journal of Social Work*. 1985;15:563-79.
- 11 Laidlow DAH, Bloom PA, Hughès AO et al. The sight test fee:effect on ophthalmology referrals and rate of glaucoma detection. *British Medical Journal*. 1994; 309: 634-6.
- 12 Acheson D Chairman- *Independent Inquiry into Inequalities in Health*. London: The Stationary Office 1998.
- 13 Breeze E, Sloggett A, Fletcher A. Socioeconomic status and transitions in old age in relation to limiting long-term illness measured at the 1991 Census. Results from the UK Longitudinal Study. *European Journal of Public Health*. In press.
- 14 Breeze E, Sloggett A, Fletcher A. Socioeconomic and sociodemographic predictors of mortality and institutional residence among -aged and older people: results from the Longitudinal Study. Submitted to the *Journal of Epidemiol. Community Health*.
- 15 Bouma H, Graafmans JAM (eds). *Studies in health technology and informatics*. Volume 3: Gerontechnology. Amsterdam: IOS Press, 1992).
- 16 Sarwari AR, Fredman L, Langenberg P, Magaziner J. Prospective study on the relation between living arrangement and change in functional health status of elderly women. *American Journal of Epidemiol*. 1998; 147(4); 370-8.
- 17 Broese van Groenou M, Thomese F. The relative importance of independent living for the social functioning of the elderly. *Tijdschrift Gerontol Geriatr*. 1996; 27: 150-158.
- 18 Clark H, Dyer S, Horwood J. *That bit of help. The high value of low level preventative services for older people*. Bristol: Policy Press, 1998.
- 19 Department of the Environment. *English House Conditions Survey 1991: Energy Report*. London. The Stationery Office. 1996.
- 20 Christopherson O. Mortality during the 1996/7 winter. *Population Trends*, 1997; 90: 11-17.
- 21 NHS Centre for Reviews and Dissemination. Preventing falls and subsequent injury in older people. *Effective Health Care*. 1996 2.
- 22 McCafferty P. *Living independently. A study of the housing needs of elderly and disabled people*. London: HMSO/Department of the Environment, 1994.
- 23 Fielder S, McIntosh A, Tremlett N. *Review of Home Improvement Agency Grant Programme. Report of Associated Studies*. Lond. Department of the Environment; 1994.
- 24 Berkman LF. The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. In Cohen S, Syme SL (eds). *Social support and health*. New York: Academic Press, 1985.
- 25 Russell DW, Cutona CE, de la Mora A, Wallace RB. Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychological Aging* 1997;12. 574-589.
- 26 Cattan M, White M. Developing evidence-based health promotion for older people: a systematic review and survey of health promotion interventions targeting social isolation and loneliness among older people. *Internet Journal of Health Promotion*. 1998; <http://www.monash.edu.au/health/IJHP/1998/113>.
- 27 Greengross S. Aging weil: European health programme for older people. In Heikkinen E, Kuusinen J, Ruoppila I (eds). *Preparation for ageing*. New York: Plenum Press, 1995.

-
- 28 Osler M, de Groot LC, Enzi G. Intake of vitamins and minerals. Euronut SENECA investigators. *European Journal Clinical Nutrition* 1991; 45: Suppl 3. 121-138.
- 29 Irish Nutrition and Dietetic Institute. *Irish National Nutrition Survey*. Dublin: Irish Nutrition and Dietetic Institute. 1990.
- 30 Finch 5, Doyic W, Lowe C, et al. *National Diet and Nutrition Survey: people aged 65 years and over. Volume 1: Report of the diet and nutrition survey*. London. The Stationery Office. 1998.
- 31 Department of Health. *The Nutrition of elderly people. Report of the Working Group on the Nutrition of Elderly People of the Committee on Medical Aspects of Food Policy*. London HMSO. 1992.
- 32 WHO Technical Report Series 797. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva: World Health Organization, Geneva. 1990.
- 33 American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association. nutrition, ageing and the continuum of health care. *Journal of the American Dietetic Association*. 1993; 93: 80-82.
- 34 WHO Technical Report Series 853. *Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases in Elderly People*. World Health Organization, Geneva. 1995.
- 35 Christen W, Glynn Rj, Hennekens CH. Antioxidants and age-related eye disease. Current and future perspectives. *Ann Epidemiol* 1996; 6: 60-66.
- 36 Chandra-RK. Nutrition and the immune system: an introduction. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1997; 66(2): 460S-463S.
- 37 Chapuy MC, Arlot ME, Duboeuf F, et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fracture in elderly women. *N Engl J Med*. 1992; 321: 1637-1642.
- 38 Fletcher A, Rake C. *Effectiveness of interventions to promote healthy eating in elderly. People living in the community*. London; Health Education Authority; 1998.
- 39 Lilley J, Hunt P. *Opportunities for and barriers to change in the dietary behaviour of elderly people*. London; Health Education Authority; 1998.
- 40 Barrocas A, White JV, Gomez C, Smithwick L. *Assessing health status in the elderly: the nutrition screening initiative*. J Health Care Poor Underserved. 1996; 7: 210-218.
- 41 Wagner EH, LaCroix AZ, Buchner DM, Larson EB. Effects of physical activity on health status in older adults I: observational studies. *Annual Review of Public Health*. 1992 13: 451-468.
- 42 Department of Education/Health Promotion Unit. *A national survey of involvement in sport and physical activity*. Dublin, Ireland. 1996.
- 43 Elward K, Larson EB. Benefits of exercise for older adults. A review of existing evidence and current recommendations for the general population. *Clin Geriatr Med*. 1992 8(1): 35-50.
- 44 Bennett N, Dodd T, Flatley J, Freeth S, Bolling K. *Health Survey for England 1993*. London. HMSO, London. 1995.
- 45 Cruz JA, Morciras-Varela 0, van-Staveren WA, Trichopoulou A, Roskowski W. Life-style: physical activities and activities of daily living. Euronut SENECA investigators. *European Journal of Clinical Nutrition*. 1991; 45: Suppl 3 139-151.
- 46 Hill RD, Storandt M, Malley M. The impact of long-term exercise training on psychological function in older adults. *Journal of Gerontol. Psychol. Science*. 1993; 48(1): P12-17.
- 47 Blumenthal JA, Emery CF, Madden D et al. Long-term effects of exercise on psychological functioning in older men and women. *Journal of Gerontol. Psychol. Science*. 1991; 46:P 352-361.
- 48 Green JS, Crouse SE. The effects of endurance training on functional capacity in the elderly: a meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc*. 1995; 27: 920-926.
- 49 Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH. *Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly*. In: Gillespie Wj, Madhok R, Murray GD, Robinson CM, Swiontkowski MF (eds.) *Musculoskeletal Injuries Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*, [updated 01 December 1997]. Available in The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration; Issue 1. Oxford: Update Software; 1998. Updated quarterly.
- 50 Wolf SL, Barnhart HX, Kutner NG, McNeely E, Xu T. Self-report benefits of Tai Chi practice in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1997; 52: P 242-246.
- 51 Lan C, Lai JS, Chen SY, Wong MK. Twelve month Tai Chi training in the elderly: its effect on health and fitness. *Med Sci Sports Exerc*. 1998; 30: 345-351.
- 52 King AC, Haskell WL, Taylor CB, Kraemer HC, DeBusk RF. Group- vs home-based exercise training in healthy older men and women. A community-based clinical trial. *JAMA*. 1991; 266: 1535-1542.
- 53 Dishman RK. Motivating older adults to exercise. *Southern Medical Journal*. 1994; 87(5): S79-82.
- 54 Topp R. Development of an exercise program for older adults: pre-exercise testing, exercise prescription and program maintenance. *Nurse Pract*. 1991; 16 :16-28.
- 55 Emery CF, Blumenthal JA. Perceived change among participants in an exercise program for older adults. *Gerontologist*. 1990; 30: 516-521.
-

-
- 56 Munro J, Brazier J, Davey R, Nicholl J. Physical activity for the over-65s: could it be a cost-effective exercise for the NHS? *Journal of Public Health Med.* 1997; 19: 397-402.
- 57 Higgins MW, Enright PL, Kronmal RA, Schenker MB, Anton-Culver H, Lyles M. Smoking and lung function in elderly men and women. The Cardiovascular Health Study. *JAMA.* 1993; 269: 2741-2748.
- 58 Sanders D. *Smoking cessation interventions: is patient education effective.* London: LSHTM. 1992.
- 59 Chen HH, Tabar L, Fagerburg G, Duffy SW. Effect of breast cancer screening after age 65. *Journal of Medical Screening.* 1995; 2: 10-14. Erratum. *J Med Screen* 1995; 2: 118.
- 60 Fletcher A. Controversies in screening for breast and cervix cancer. pp 72-84. In George J, Ebrahim S (eds). *Health Care for Older Women.* Oxford; Oxford University Press; 1992.
- 61 Fletcher AE. Multidimensional assessment of elderly people. *British Medical Bulletin.* 1998; 54: 945-960.
- 62 Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, Linderborn K, Morley JE, Rubenstein LZ. An in-home preventive assessment program for independent older adults: a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society.* 1994; 42:630-638.
- 63 Wagner EH, LaCroix AZ, Grothaus L, et al. Preventing disability and falls in older adults: a population-based randomized trial. *American Journal of Public Health.* 1994; 84: 1800-1806.
- 64 Ohmit SE, Furumoto-Dawson A, Monto AS, Fasano N. Influenza vaccine use among an elderly population in a community intervention. *American Journal of Preventative Medicine.* 1995; 11: 271-6.
- 65 Warren S, Nguyen-van-Tam JS, Pearson JCG, Modeley RJ. Practices and policies for influenza immunization in old people's homes in Nottingham (UK) during 1992-3 season:potential for improvement, *Journal of Public Health Med.* 1995;17: 392-396.
- 66 Nicholson KG. Immunisation against influenza among people aged over 65 living at home in Leicestershire during winter 1991-2. *British Medical Journal.* 1993; 306: 974-6.
- 67 Butterworth DE, Nieman DC, Perkins R, Warren BJ, Dotson RG. Exercise training and nutrient intake in elderly women. *Journal of the American Dietetic Association.* 1993; 93: 653-657.
- 68 Buchner DM, Beresford SA, Larson EB, LaCroix AZ, Wagner EH. Effects of physical activity on health status in older adults. 11. Intervention studies. *Annual Review of Public Health.* 1992; 13: 469-488.
- 69 Ades PA, Ballor DL, Ashikaga T, Utton JL, Nair KS. Weight training improves walking endurance in healthy elderly persons. *Ann Intern Med.* 1996; 124: 568-572.
- 70 McMurdo ME, Johnstone R. A randomised controlled trial of a home exercise programme for elderly people with poor mobility. *Age Ageing.* 1995; 24: 425-428.
- 71 Williams P, Lord SR. Effects of group exercise on cognitive functioning and mood in older women. *Australia-New Zealand Journal of Public Health.* 1997; 21: 45-52.
- 72 Emery CF, Gatz M. Psychological and cognitive effects of an exercise program for community-residing older adults. *Gerontologist.* 1990; 30(2): 184-188.
- 73 Perrig-Chiello P, Perrig Wj, Ehram R, Staehelin HB, Krings F. The effects of resistance training on well-being and memory in elderly volunteers. *Age Ageing.* 1998;27:469-475.
- 74 Rooks DS, Kiel DP, Parsons C, Hayes WC. Self-paced resistance training and walking and exercise in community- dwelling older adults: effects on neuromotor performance. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1997; 52: M161-168.
- 75 Ebrahim S, Williams J. Assessing the effects of a health promotion programme for elderly people. *J Public Health Med.* 1992;14(2): 199-205.
- 76 Mayer JA, Jermanovich A, Wright BL, Elder JP, Drew JA, Williams SJ. Changes in health behaviours of older adults: the San Diego Medicare Preventive Health Project. *Prev Med.* 1994; 23: 127-133.
- 77 Fagard RH. Prescription and results of physical activity. *J Cardiovasc Pharmacol.* 1995; 25(suppl 1): S20-27.
- 78 Stevenson JS, Topp R. Effects of moderate and low intensity long-term exercise by older adults. *Res Nurs Health.* 1990; 13: 209-218.
-

Capítulo Tres

Desafíos Políticos 2

El tema: Salud mental: El trabajo de la promoción de la salud para enfrentarse a una crisis creciente – ‘una epidemia’ – de enfermedad mental.

Las autoras: Clemens Hosman, Profesora del Departamento de Psicología Clínica y Personalidad, Universidad de Nijmegen, Holanda; Eva Jané Llopis, Investigadora en la Universidad de Nijmegen.

El objeto: La enfermedad mental es uno de los problemas más graves que afrontan las sociedades de toda Europa. Las autoras aducen lo siguiente:

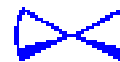
- 1 La ‘epidemia’ de enfermedad mental requiere una inversión importante en promoción de la salud mental
- 2 La promoción de la salud mental ha demostrado ser eficaz y rentable
- 3 Las intervenciones realizadas en la primera infancia y en la adolescencia deber ser prioritarias
- 4 Debiera potenciarse la difusión e implantación de intervenciones basadas en evidencia
- 5 Debieran identificarse directrices de gestión eficaz que permitan mejorar los impactos tanto sanitarios como sociales

Clemens Hosman ha trabajado en prevención durante 30 años y es Profesora de Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales en las Universidades de Maastricht y Nijmegen. Eva Jané Llopis prepara un doctorado y trabaja en estrecha colaboración con la Profesora Hosman. Se graduó en Psicología y Ciencias de la Salud en Barcelona. Ha trabajado en promoción de la salud mental orientada a estrategias de investigación para la prevención de la depresión. También ha trabajado en el desarrollo de una clasificación internacional para ensayos preventivos y el establecimiento de directrices para una gestión eficaz.

Eliminando las sombras de la salud mental

Cinco de las diez causas principales de discapacidad en todo el mundo son dolencias psiquiátricas, como la depresión, el abuso del alcohol, la esquizofrenia y el trastorno compulsivo. El incremento esperado de la contribución de los trastornos psiquiátricos a la carga global de enfermedad en 2020 superará al de la ECV.

Estudios recientes demuestran que entre un 15% y un 20% de los adultos padecen alguna forma de trastorno mental. A esto se añade que la prevalencia a lo largo de la vida se sitúa en un 30-50%³⁵. Estudios de prevalencia realizados con jóvenes muestran una visión también alarmante. Entre el 17% y el 22% de los jóvenes menores de 18 años sufren problemas de desarrollo, emocional y de conducta^{12,18}. Uno de cada ocho padece un trastorno mental, mientras



que entre los niños menos favorecidos, la tasa es de uno entre cinco⁸. Se estima que menos del 20% de estos jóvenes reciben tratamiento adecuado⁵⁷.

Los costes de la enfermedad mental son altos para la sociedad⁴¹. En Estados Unidos, el coste total anual de las enfermedades mentales, como la depresión, la esquizofrenia o los trastornos producidos por la ansiedad, se sitúa entre 40 y 65.000 millones de dólares⁴¹, o en más de 1.000 dólares por ciudadano al año. Se ha notificado que los costes generales relacionados con todas las clases de trastornos mentales alcanzan los 147.000 millones de dólares, a los que se suman otros 98.000 millones de dólares derivados del abuso del alcohol y 66.000 millones de dólares derivados de la drogadicción³⁸. Estos costes superan a aquellos atribuidos al cáncer (104.000 millones de dólares en 1987), la enfermedad respiratoria (99.000 millones de dólares en 1987), el SIDA (66.000 millones de dólares en 1991) o la enfermedad coronaria (43.000 millones de dólares en 1987)²⁹.

No se ha llevado a cabo ninguna otra encuesta a nivel europeo, pero hay evidencia que demuestra que los resultados alcanzarían proporciones similares. Suecia calculó el coste total de los trastornos mentales en un 3,6% del PNB en 1975; Finlandia se situó en un 2% del PNB en 1994. En el Reino Unido, los costes de atención directa de los trastornos mentales representaron el 23% del gasto total del Servicio Nacional de Salud en 1989³⁵.

Es más, en muchos países europeos, las pensiones por discapacidad debidas a una precaria salud mental están aumentando. En Inglaterra, se notificaron más de 167.000 partes de baja laboral en 1994-95 debidos a problemas de salud mental, siendo el número de solicitantes de prestaciones de invalidez superior a 306.000. Se estima que 80 millones de días de trabajo se pierden al año en el Reino Unido debido a la ansiedad y a la depresión, siendo su coste de 5.300 millones. Las ausencias relacionadas con el estrés representarían la mitad de todas las dolencias, siendo su coste de otros 4.000 millones de libras esterlinas⁹. También en Holanda se han notificado datos aún más llamativos en relación con los costes de las prestaciones de invalidez debidas a una enfermedad mental. Desde 1968, el porcentaje anual de nuevos beneficiarios de prestaciones de invalidez debidas a enfermedad mental ha pasado del 11% al 34% en el período comprendido entre 1992 y 1995³⁷.

Los costes de los dolencias mentales no se relacionan solamente con el gasto económico. Los trastornos mentales se asocian asimismo a un incremento de la mortalidad, específicamente en los grupos más jóvenes (20-29 años), estimándose que hasta un 15% de las personas que sufren una depresión o una esquizofrenia importantes se suicidan³⁵. Por ejemplo, en Inglaterra y Gales se registraron 3.579 suicidios, casi 10 muertes diarias, en 1995²⁵. La tasa de mortalidad por anorexia nerviosa ha disminuido durante los últimos diez años debido al reconocimiento de su importancia, pero, desafortunadamente, se mantiene a niveles altos, situados en torno al 6-7% transcurridos 10 años después de la crisis, y en torno al 15-18% después de 20-30 años de la crisis²⁴. Las altas tasas de mortalidad en la tercera edad se relacionan asimismo con enfermedades mentales como Alzheimer y otras demencias.

El coste de los trastornos mentales es alto para los gobiernos y la sociedad por pérdida de productividad en los centros de enseñanza y en el lugar de trabajo, a lo que se añade un alto coste de atención sanitaria. Y estos problemas se están intensificando. La alta prevalencia e incidencia de los trastornos mentales, el ratio de mortalidad asociado y los costes sociales y económicos para la sociedad, plantean un argumento sólido que justifica el desarrollo de políticas de promoción de la salud mental nacionales e internacionales.

Factores clave que aborda la Promoción de la Salud Mental

Existe un volumen considerable de evidencia que demuestra que los programas de promoción de la salud mental funcionan, influyendo de manera positiva en el bienestar mental y en la calidad de vida, al mismo tiempo que reducen el riesgo de padecer trastornos mentales.

Durante los últimos 20 años, se ha avanzado mucho en el desarrollo de acertados programas de promoción de la salud mental basados en evidencia^{4,13,26,38,39,50}. Las actividades de promoción de la salud mental suponen la creación de condiciones individuales, sociales y del entorno que permitan un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo. Por consiguiente, dichas iniciativas implican a personas individuales en el proceso de consecución de una salud mental positiva, y potencian la calidad de vida. Se trata de un proceso de mejora, hecho por, con y para las personas. Estas intervenciones se concentran en niveles psicológicos y sociales, como indicadores básicos de calidad de vida:

Factores psicológicos		
Factores afectivos emocionales	Habilidades	Conducta
Autoestima Conocimiento de sí mismo Vinculación positiva a una edad temprana Sentimientos de seguridad Crecimiento socio-emocional	Solución de problemas Capacidad para sobrellevar el estrés Capacidad para afrontar la adversidad Adaptabilidad Habilidades sociales Habilidades para la vida	Autonomía Conducta prosocial Embarazos prematuros Buen cuidado de los hijos Abuso de sustancias que crean Adicción Agresión y delincuencia
Factores sociales		
Interacciones interpersonales positivas Soporte social y contactos Participación social Responsabilidad social y tolerancia		'Empoderamiento' (vecindario, personas mayores) Violencia y delincuencia Integración de las minorías étnicas

Una gama importante de hallazgos de investigación ratifican la considerable eficacia tanto de la promoción de la salud mental, como de las intervenciones de prevención, al abordar estos factores.

Buena parte de estos factores psicológicos y sociales se podrían considerar factores genéricos de riesgo o factores protectores. Desempeñan un papel en el desarrollo de diversos problemas y desórdenes mentales. Fortaleciendo una salud mental positiva, como las habilidades para la vida, se podría establecer una gama amplia de efectos sanitarios y sociales. Dichos factores se abordan también en los programas orientados al VIH / SIDA, al abuso del alcohol y las drogas y a la reducción de la delincuencia. Es necesario tener en cuenta los factores comunes abordados a la hora de adoptar un enfoque de amplio alcance de la promoción de la salud y las actividades preventivas, así como a la hora de definir nuevas políticas sanitarias.

Para concluir, los programas de promoción de la salud mental funcionan. Existe cierto número de programas basados en evidencia que se pueden utilizar de cara a la implantación de la práctica de promoción de la salud mental. La Tabla 3.1 recoge algunos ejemplos en la página 38.

El Impacto Sanitario

La evidencia relativa al impacto sanitario de las intervenciones de promoción de la salud mental demuestra que éstas podrían dar una respuesta preventiva importante a la epidemia de salud

mental. Tomando como base una revisión de los estudios enumerados en la Tabla 3.1 en la página 38, o análisis realizados en revisiones anteriores^{26,27,38}, los efectos sanitarios de la promoción de la salud mental son los siguientes:

Impacto sanitario: campo psicológico		
Aumentos de:		Reducciones de:
Salud mental	Autoestima	Abuso y descuido de menores
Calidad de vida	Dominio	Problemas de aprendizaje
Satisfacción en la vida	Entornos positivos	Problemas de conducta
Competencia		Ajuste psicológico
		Agresión
Impacto sanitario: campo físico		
Aumentos de:		Reducciones de:
Salud materna		Bajo peso al nacer
Desarrollo físico saludable de los niños		Parto prematuro
		Lesiones cerebrales
		Embarazos entre las adolescentes
		SIDA
Impacto sanitario: sintomatología psiquiátrica		
Aumento de:		Reducciones de:
Funcionamiento mental saludable		Síntomas de interiorización
Períodos libres de prestaciones psiquiátricas		Depresión
		Somatización
		Suicidio
		Ansiedad
		Problemas graves de conducta
		Recidivas de episodios psiquiátricos

La investigación se ha concentrado recientemente en la identificación de estrategias eficaces destinadas a alcanzar el impacto sanitario esperado y una mayor calidad de vida.

La evidencia indica que las intervenciones orientadas a potenciar el bienestar mental de los padres han producido un aumento de las actitudes positivas hacia los niños, un conocimiento mejor del comportamiento infantil, un entorno más estimulante y seguro para los niños y un desarrollo psicosocial y físico más saludable. Dado que los niños constituyen un grupo de riesgo, los responsables de confeccionar las políticas debieran considerar las intervenciones basadas tanto en los hogares como en los centros de enseñanza a la hora de aplicar las estrategias de promoción de la salud mental.

Algunas intervenciones basadas en los hogares han demostrado que generan mejoras importantes de la salud mental subjetiva positiva y la calidad de vida en general, en forma de una mayor satisfacción en la vida, sentimientos de bienestar, satisfacción sexual y funcionamiento óptimo en el campo psicológico. Por ejemplo, el Programa USA-STEPP (Steps Towards Effective Enjoyable



Parenting), notificado por Erickson (1989), estaba dirigido a las madres primerizas, y a otras personas con problemas de paternidad, principalmente entre las familias con una base educativa baja. La investigación demostró que se había producido una reducción de la ansiedad y la depresión, una vida familiar mejor organizada y la creación de entornos más estimulantes para los niños.

Como factor importante, los efectos de las intervenciones basadas en los hogares se reflejaron también en los campos de la salud social, en forma de reducciones de los embarazos entre las adolescentes, menos eventos negativos relacionados con un divorcio y una disminución importante de los abusos y el descuido de menores. Programas americanos y europeos, como el Child Development Programme, el Prenatal Infancy Programme y el STEEP Programme, ofrecen evidencia en este sentido.

Las intervenciones de promoción de la salud mental en los centros de enseñanza han generado efectos que incluyen un mejor ajuste psicológico, reducciones de los problemas de aprendizaje, conducta y agresión, y un mejor bienestar mental en general. Por ejemplo, el Proyecto Perry Preschool estadounidense (Weikart y Schweinhart, 1987, 1984), dirigido a los niños de 3-4 años de origen afroamericano, se tradujo en un menor retraso mental y en un mejor ajuste social, demostrando, al ser objeto de un seguimiento en etapas posteriores de la vida, un incremento de la competencia social en la adolescencia y en la primera etapa de la vida adulta. Se ha demostrado que existen efectos de la estimulación precoz de la competencia psicosocial y la educación paterna, 15 años después de que se haya producido. Otras intervenciones basadas en los centros de enseñanza han tenido como resultado una potenciación de la competencia y mejoras de la autoestima, la confianza en sí mismo, el conocimiento de sí mismo y el dominio de las materias escolares, junto con incrementos del soporte social y las percepciones generales de control. Dichas intervenciones han demostrado asimismo una reducción de los sentimientos de autculpabilidad y soledad, un menor sentido de incompetencia y una mejor capacidad para solucionar los problemas personales.

Por ejemplo, el Programa STAR (Emshof, 1990) dirigido a niños ¹¹⁻¹⁴ con padres que abusaban de sustancias adictivas, demostró la existencia de cambios importantes en la percepción del control interno y el concepto de sí mismo, además de disminuciones de la depresión, la soledad y el abuso de sustancias adictivas.

Los aspectos sociales asociados a los efectos de la salud mental en las intervenciones basadas en los centros de enseñanza incluyen una mejora de la sociabilidad con los iguales, las habilidades sociales de adaptación, la tolerancia y el cumplimiento de las reglas, al igual que la asertividad de adaptación. Las intervenciones basadas en los centros de enseñanza han demostrado asimismo la existencia de disminuciones en el consumo de tabaco, el abuso de alcohol, el abuso de sustancias que crean adicción, y las conductas de riesgo, como la práctica del sexo inseguro y el riesgo vital asociado (SIDA). El programa STAR ha producido igualmente, entre otros beneficios positivos, niveles menores de abuso de sustancias que crean adicción. Otros proyectos basados en los centros de enseñanza, como Good Behaviour Game (Kellam et al., 1994, 1991) y el programa Olweus sobre prevención de las intimidaciones (1994), han tenido impactos sanitarios positivos similares, especialmente en la reducción del comportamiento agresivo, habiendo sido implantados en Europa con éxito.

En el área relacionada con el trabajo, los programas de promoción / prevención han incrementado la satisfacción laboral, la motivación y la confianza en las capacidades para salir adelante, habiendo demostrado una reducción de la angustia psicológica. Por ejemplo, el programa USA-JOBS, una intervención de 5 sesiones, notificado por Price et al. en 1992, estaba dirigido a las personas que habían perdido su trabajo involuntariamente y que tenían dificultades económicas y sintomatología depresiva. Este programa estaba orientado a las habilidades para buscar un trabajo, la autoeficacia y el soporte social – entre otras cosas. Tuvo como resultado un incremento

de la autoestima y la confianza para buscar un trabajo, una mayor satisfacción y motivación laboral y reducciones de un tercio de la probabilidad de experimentar un episodio grave de depresión. Este programa se está implantando en todo el mundo con éxito, siendo considerado un programa modelo.



En los aspectos físicos, los programas de promoción de la salud mental han demostrado la existencia de reducciones de los factores de riesgo físico de los trastornos psiquiátricos, como el bajo peso al nacer, los partos prematuros y las lesiones cerebrales. Por ejemplo, el Programa británico Child Development (Baker, Anderson y Challmers, 1992), dirigido a los padres primerizos y a las personas con problemas de paternidad, exhibió una reducción del 50% de las tasas de abuso a menores y una disminución del 41% del registro de protecciones de menores. El Proyecto Prenatal Infancy destinado a prevenir los problemas asociados a la pobreza (Olds 1986, 1988), demostró una reducción del 79% del abuso de menores (en el grupo de alto riesgo), traduciéndose en un número menor de embarazos entre las adolescentes y en una reducción del 56% del uso de la sala de urgencias, junto con una disminución del 75% de los partos prematuros.


En general, muchos programas preventivos han demostrado reducir eficazmente la sintomatología psiquiátrica. A pesar de que la evidencia de una reducción acertada de los trastornos depresivos sigue siendo escasa, estudios recientes han demostrado que se han reducido con éxito los trastornos depresivos, el suicidio y los problemas graves de conducta. La posibilidad de aplicar una prevención primaria acertada de los trastornos mentales aparece ilustrada en el curso 'Coping with Depression' (Clarke et al., 1995). Este curso, ofrecido a adolescentes de alto riesgo, redujo los primeros episodios depresivos del 25,7% al 14,5%. The Swedish Educational Programme (Rutz et al., 1992, 1989), dirigido a impartir educación sobre la depresión, mostró una disminución de las tasas de suicidio de 19,7 por 100.000 habitantes a 7,1 después de tres años. Como factor importante en el capítulo de los costes para el sistema sanitario, este programa notificó una reducción de los días de hospitalización del 70%. El impacto económico fue también importante. Adicionalmente, muchos programas de prevención de las recaídas han demostrado tener éxito, como una intervención social británica basada en las familias de pacientes esquizofrénicos (Leff et al., 1992). Éste es un resultado importante dada la alta tasa de recaídas en la psiquiatría.



El Impacto Social

El colapso de muchos de los factores estabilizantes de la sociedad, responsable de importantes problemas sociales y políticos, ha incrementado la necesidad de una promoción de la salud mental en el hogar, la familia y los entornos de trabajo. La eficacia de dichos tipos de actividades se ha visto reflejada en efectos sociales como los siguientes:

Impacto social:	
Aumentos de:	Reducciones de:
Actitudes positivas hacia los niños	Desempleo
Conocimiento	Divorcio
Sociabilidad con los iguales	Abuso y descuido de menores
Habilidades sociales	Intimidación
Soporte social	Abuso de sustancias adictivas
Tolerancia y cumplimiento de las reglas	Tabaco
Asertividad	Sexo inseguro
Triunfo académico	Absentismo
Consecución de trabajos	Abandono de los estudios
	Años de educación especial
	Delincuencia
	Contactos con la policía
	Carga personal y familiar


Existe evidencia que indica que la promoción de la salud mental y las intervenciones preventivas basadas en los hogares pueden mejorar el funcionamiento familiar. Estudios de evaluación han demostrado que dichas intervenciones inducen actitudes positivas hacia los niños, aportan incrementos del soporte social y el contacto con los amigos, previenen el abuso de menores y reducen el fracaso de la paternidad. Iniciativas británicas como Homestart  y Newpin son algunos ejemplos⁴³.

Las iniciativas basadas en los centros de enseñanza se tradujeron en un número menor de años de clases de educación especial, en un mejor rendimiento académico y en disminuciones de las intimidaciones de hasta el 50%⁴⁶.

Las intervenciones relacionadas con el trabajo, como el Programa JOBS, han tenido como resultado un desempleo menor entre los participantes, al igual que la consecución de mejores trabajos en términos de salario, estabilidad y posibilidades de encontrar un trabajo con mayor rapidez. Como dato importante para los empresarios, existe también evidencia de la existencia de disminuciones de la frecuencia de las bajas por enfermedad debidas a trastornos mentales (p.e. la depresión).

Estudios relativos a las intervenciones en la comunidad han demostrado una mejor comprensión, aceptación y adaptación a las personas con enfermedades mentales, tanto por parte de su familia, como de su entorno social. La evidencia demuestra la existencia de reducciones de los estigmas asociados a las enfermedades mentales (p.e. la esquizofrenia), junto con disminuciones de los días de hospitalización y las prestaciones de salud mental afines, además de un diagnóstico y tratamiento más precisos por parte de los generalistas (The Swedish Educational Programme). Dichas intervenciones se pueden traducir asimismo en un descenso de las tasas de suicidio en la comunidad.

Los desafíos que la urbanización plantea a los ciudadanos con ingresos bajos, especialmente a aquellos que pertenecen a las minorías étnicas, están relacionados directamente con los problemas mentales. Las oportunidades limitadas de movilidad social y económica contribuyen a que estas personas abriguen sentimientos de desesperación, impotencia y pérdida de la esperanza. Estas actitudes negativas minan el tejido social de la comunidad y cuestionan los valores básicos, como el compromiso personal, el respeto interpersonal y las relaciones familiares. No es de sorprender que las áreas empobrecidas de nuestras ciudades estén abrumadas por las altas tasas de familias monoparentales, abuso de sustancias adictivas y violencia⁵.

Algunos efectos comunitarios de las intervenciones de promoción de la salud mental están arrojando resultados positivos en relación con cuestiones como el descenso de los embarazos entre las adolescentes, un mejor funcionamiento de los sistemas de enseñanza, descensos de las tasas de abandono de los estudios y del absentismo escolar y tasas más elevadas de alfabetización. También se han producido reducciones del abuso de bebida y drogas y de los accidentes relacionados, así como de la delincuencia, los arrestos y los contactos con la policía (Proyecto Perry Preschool). Algunos programas notifican un mejor ajuste e integración de las minorías étnicas aisladas, como el Programa Británico Granby de Salud Mental en la Comunidad  (Community Mental Health)⁴³.

Los gobiernos que abordan el coste tanto social como económico de estos problemas debieran reconocer los resultados positivos de estos tipos de actividades de promoción de la salud.

El Impacto Económico

La promoción de la salud mental se traduce en beneficios económicos generalizados y en resultados rentables. Adicionalmente, apenas si existe evidencia de efectos secundarios negativos. Por lo tanto la promoción de la salud mental es una inversión de bajo riesgo y costo-efectiva.



Hasta la fecha, ningún análisis de coste-beneficio global o a nivel europeo ha intentado cuantificar los beneficios económicos de los programas de promoción de la salud mental. Con todo, incluso la evidencia específicamente relacionada con estos programas comienza a aportar sólidos argumentos, económicos, a favor de una inversión adicional en la promoción de la salud mental.

Los casos hasta ahora mencionados en este documento comienzan a contar la historia. La implantación de The Swedish Educational Programme, que imparte educación a los generalistas en relación con la depresión, costó 62.000 dólares, pero generó unos ahorros estimados en 26 millones de dólares en tres años. El programa JOBS, dirigido a los desempleados y a las familias con bajos ingresos, recuperó tres veces la inversión en 2,5 años, recuperándola más de diez veces después de cinco años. El Programa de Preescolar Perry, dirigido a los niños pobres de familias afroamericanas, costó 1.000 dólares, pero la rentabilidad producida se ha estimado en 9.000 dólares, debido al descenso de los costes de escolarización, al incremento de los impuestos pagados sobre mayores ingresos, y a una reducción de los costes sociales, del sistema judicial y de víctimas de la delincuencia².

Es más, no todos los costes relacionados con los beneficios para la sociedad se pueden estimar en términos económicos. Los resultados de otras intervenciones que no se expresan como ahorros de costes, tienen asimismo un impacto económico indirecto. Dichos factores incluyen la pérdida de productividad, la prevalencia y la incidencia de trastornos, los accidentes y la mortalidad relacionada, así como el sufrimiento individual y la carga para las familias.

Impacto económico: Aumentos de:	Reducciones de:
Beneficios económicos Productividad Beneficios directos para el gobierno	Tasas de mortalidad Días de hospitalización Tratamiento ambulatorio Costes del sistema judicial Gasto en atención sanitaria pública Bajas por enfermedad

El Impacto Político

Parece que la promoción de la salud mental no solamente mejora la salud mental y disminuye el riesgo de padecer trastornos mentales, sino que también contribuye a la reducción de otros problemas en el terreno público, como la agresión y la delincuencia juvenil, el abuso de menores, el abandono de los estudios, la desigualdad social y la pérdida de días de trabajo.

Es necesario que los responsables de elaborar las políticas adopten y apoyen los pasos que enumeramos a continuación, debiendo contar para ello con la colaboración internacional:

- ▶ Es necesario que los programas que tengan un modelo eficaz sean difundidos por toda Europa y el mundo, a la vez que se emprenden análisis relativos a los resultados probables de su implantación a gran escala. Hay que apoyar con firmeza las iniciativas actuales destinadas a desarrollar un Registro y Clasificación Internacionales accesibles de programas basados en evidencia, debiendo dichas iniciativas contar con sistemas de difusión.
- ▶ Es necesario establecer directrices de indicadores de calidad y gestión de efectos, debiendo dichas directrices ser desarrolladas a partir de principios identificados en programas de promoción de la salud mental eficaces.

La promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad pueden avanzar con firmeza, y existe una necesidad urgente de que esto sea así. Uno de cada cinco adultos padece ya un trastorno mental, de una clase u otra. La proporción de trastornos psiquiátricos en la carga de enfermedad global está creciendo. Cualquier otra enfermedad con dicho número de afectados en toda la comunidad y con la fuerte probabilidad de que dicha cifra siga creciendo, recibiría respuestas políticas contundentes y decisivas. El gobierno que no reaccione pagará un precio político elevado.



Instaríamos a los gobiernos a que consideren la creación de una infraestructura fuerte de soporte del bienestar, a que colaboren internacionalmente en una investigación mejorada de la prevención, a que difundan ampliamente el conocimiento disponible sobre programas eficaces de prevención y promoción de la salud mental, y a que creen una plataforma de política de promoción de la salud mental adecuadamente dotada de recursos. Ésta es la respuesta política eficaz a una ‘epidemia’ de salud mental en nuestra sociedad.

Tabla 3.1 Ejemplos de Programas Eficaces de Promoción de la Salud Mental y de Prevención de los Trastornos Mentales

ESCENARIO	PROGRAMA	GRUPO OBJETIVO	FACTOR DE RIESGO Y PROTECCIÓN
Hogar	Child Development Programme (Barker, Anderson y Chalmers, 1992)	Padres primerizos, Problemas de paternidad/maternidad	Paternidad/Maternidad. Autoestima, Autocontrol, Soporte social
	Prenatal Infancy Project (Olds, 1988, 1986)	Madres primerizas, Grupo socioeconómico bajo, Embarazo precoz	Condiciones del parto, Crianza, Hábitos de salud, Soporte social, Abuso de menores, Servicios comunitarios
	STEEP. Steps toward effective enjoyable parenting (Erickson, 1989)	Madres primerizas, Problemas de paternidad/maternidad, Poca educación	Paternidad/Maternidad, Relación íntima positiva
Centro de enseñanza	Perry Pre-school Project (Schweinhart, 1992)	Niños afroamericanos de 3-4 años, Historial de extrema pobreza	Fracaso académico, Problemas precoces de conducta, Privación económica, Compromiso escolar bajo, Educación de los padres
	STAR: Students together & Resourceful (Emshof, 1990)	Niños (11-14) con padres drogadictos	Adicciones, Conducta antisocial, Rendimiento escolar, Habilidades relacionales
	SPEP: School transition environmental programme (Felber y Adam, 1988)	Estudiantes que entran en noveno grado, Grupo socioeconómico bajo, Pertenecían a una minoría	Mantenimiento de niveles de buen funcionamiento, Dificultades académicas y funcionales, Sistema de apoyo por los iguales
Lugar de trabajo	CSP: Caregiver Support Programme (Heaney et al., 1995)	Personal de asistencia y gestores de hogares que ofrecen atención residencial a enfermos mentales	Habilidades individuales, Proceso organizacional, Soporte social, Solución de problemas, Influencia en las decisiones
Comunidad	Jobs Programme (Price et al. 1992)	Pérdida involuntaria del trabajo, Baja asertividad, Dificultades económicas, Desempleo, Sintomatología depresiva	Impotencia, Habilidades para buscar trabajo, Actitudes positivas, Autoeficacia, Habilidades para salir adelante, Soporte social
	Coping with stress course (Clarke et al., 1995)	Adolescentes con alto riesgo de depresión, Sintomatología depresiva	Pensamientos negativos irracionales, Habilidades sociales y para salir adelante
	The Swedish Educational Programme (Rutz et al., 1992, 1989)	Médicos Generalistas	Educación en temas globales de depresión

Referencia por orden alfabético.

- 1 Aronen, E., & Kurkela, S. Long-term Effects of an Early Home-Based Intervention. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 1996; Vol. 35, No. 12, 1665-1672.
- 2 Barnet, Steven. *Lives in the Balance: Age-27 Benefit-Cost Analysis of the High Scope Perry School Program*. Monographs of the High Scope Educational Research Foundation, number eleven. Michigan; 1996.
- 3 Barker, W.; Anderson, R.; & Chalmers, C. *Child Protection: the impact of the Child Development Programme*. University of Bristol: Early Childhood Development Unit; 1992.
- 4 Barton, A.; McElhaney, S.; Hopkins, K.; Heigel, J.; & Salassi, A. Getting Started. *The NMHA Directory of Model Programs to Prevent Mental Disorders and Promote Mental Health*. National Mental Health Association; 1995.
- 5 Black, M. *Urban life and Mental Well-Being*. *Encyclopaedia of Mental Health*. 1998; Volume 3.
- 6 Bloom & Hodges. *The Colorado Separation and Divorce Program: a preventive intervention program for the newly separated persons*. In: R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorian & J. Ramos-Mckay (Eds), 14 ounces of prevention: a casebook for practitioners. Washington: American Psychological Association; 1988.
- 7 Bloom, B.L.; Hodges, W.F.; & Caldwell, R.A. A Preventive Program for the Newly Separated: Initial Evaluation. *Journal of Community Psychology*. 1982; Vol.10, No. 3, 251-264.
- 8 Carton, T., & Weiss, B. The Vanderbilt School-based Counselling Program: An Interagency, Primary-Care Model of Mental Health Services. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*. 1994; Vol. 2, No. 4, 247-253.
- 9 Cooper, C. & Cartwright, S. An intervention strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research*. 1997.

TIPO DE INVESTIGACIÓN	IMPACTO SANITARIO	IMPACTO ECONÓMICO Y SOCIAL
Diseño cuasiexperimental: Cifra experimental pareada con la comunidad	Tasas de abuso de menores un 50% más bajas	Disminución del 41% de la tasa de Registro de Protección de Menores
Diseño experimental (RTC): Comparación experimental y grupo	Disminución del 75% del bajo peso al nacer, reducción del consumo de tabaco y mejora de la dieta de las madres, Descenso del abuso y descuido de menores (19% a 4%)	Disminución del 56% del uso de la sala de urgencias, Menor número de embarazos, Menor número de partos prematuros (75%)
Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Menor ansiedad y depresión, Mejor organización, Entornos más estimulantes para los niños	Actitudes positivas hacia los niños
Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Menor número de retrasos mentales, Mejor ajuste social, Mejor rendimiento académico, Mayor competencia social en la adolescencia y en la primera etapa de la vida adulta	Menos años de educación especial, Menor número de abandonos de los estudios, menor delincuencia, arrestos y contactos con la policía, Menor número de embarazos entre las adolescentes, menor desempleo y mejores trabajos. Cada 1.000 dólares invertidos produjeron un beneficio de 9.000 dólares
Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Cambios de percepción del control interno, Concepto de sí mismo, Disminución de la depresión y la soledad, Niveles menores de abuso de sustancias que crean adicción	Relaciones sociales, Más amigos, Implicación de los iguales, Soporte social percibido, Conexión positiva con la vida escolar
Diseño experimental: Muestra pareada de control	Incrementos menores de las disfunciones emocionales y conductuales (depresión, abuso de sustancias que crean adicción, actos de delincuencia)	Menor número de abandono de los estudios, Mejor rendimiento académico
Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Confianza en las habilidades para salir adelante, Menos síntomas depresivos y somatización en los participantes de alto riesgo	Mejora del clima en el equipo de trabajo, Mayor aportación de recursos de soporte social
Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Mayor satisfacción y motivación laboral, Mayor confianza en sí mismo y para buscar trabajo, Disminuciones de la depresión (39-25%)	Encuentro más rápido de un puesto de trabajo, Mejores trabajos, estabilidad e ingresos, Coste: 286 dólares por persona, Beneficios: 720 dólares por persona después de 32 meses, 10.377 dólares después de 5 años, 1.649 dólares para el gobierno por persona
Diseño experimental (RTC): Experimental / grupo de control	Disminuciones de las tasas de incidencia de la depresión: 25,7% a 14,5%	Análisis de costes actualmente en investigación
Diseño cuasiexperimental: Medidas iniciales	Reducción del 70% de los días de hospitalización, Disminución de las prescripciones de tranquilizantes, Aumento de los antidepresivos	Disminución de los suicidios: de 19,7 por 100.000 habitantes a 7,1 después de 3 años, Reducción de la frecuencia de los permisos por enfermedad debidos a desórdenes depresivos, Diagnóstico adecuado y tratamiento, Costes: 62.000 dólares, Ahorros: 26 millones de dólares (en tres años)

-
- 10 Clarke, G., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. School-Based primary prevention of depressive symptomatology in adolescents: Findings from two studies. *Journal of Adolescent Research*. 1993; Vol. 9, 183-204.
 - 11 Clarke, G., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L., et al. Targeted Prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995; 34, 3, 312-321.
 - 12 Costello, E.J. Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1989; Vol. 28, 836-841.
 - 13 Durlak, J. A. & Wells, A. M. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*. 1997; 25, 115-152.
 - 14 Durlak, J.A. *School-Based Prevention Programs for Children and Adolescents*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995.
 - 15 Emshoff, J.G. A preventive intervention with children of alcoholics. *Protecting the children* (p.225-253). Hawthorn Press, Inc. (STAR); 1990.
 - 16 Erickson, M.F. The STEEP Programme: helping young families rise above at-risk. *Family Resource Coalition Report*. 1989; 3, p.14-15.
 - 17 Erickson, M.F., Korfmacher, J., & Egeland, B. Attachments past and present: Implication for therapeutic intervention with mother-infant dyads. *Development and Psychopathology*. 1992; 4, 495-507.
 - 18 Felner, R.D. & Adan, A.M. *The School Transitional Environment Project: An Ecological Intervention and Evaluation*. In: R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorian & J. Ramos-McKay (Eds), 14 ounces of prevention: a casebook for practitioners. Washington: American Psychological Association; 1988.
 - 19 Garvin, V.; Leber, D.; & Kalter, N. Children of Divorce: Predictors of Change Following Preventive Intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1991; 61 (3), 438-447.
 - 20 Greene, R. W., & Ollendick, T. H. Evaluation of a Multidimensional Program for Sixth-Graders in Transition from Elementary to Middle School. *Journal of Community Psychology*. 1993; Vol. 21, 162-176.
 - 21 Health Education Authority. *Mental Health Promotion. A Quality Framework*. Hamilton House. London; 1997.
 - 22 Heaney, C., Israel, B., Schurman, S., Baker, E., House, J., & Hugentobler, M. Industrial relations, worksite stress reduction, and employee well-being: A participatory action research investigation. *Journal of Organizational Behaviour*. 1993; Vol. 14, 495-510.
 - 23 Heaney, C., Price, R., & Rafferty, J. Increasing coping resources at work: a field experiment to increase social support, improve work team functioning, and enhance employee mental health. *Journal of Organizational Behaviour*. 1995; Vol. 16, 335-352.
 - 24 Herzog, D., Nussbaum, K., & Marmor, A. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Eating Disorders*. 1996; Vol. 19, No. 4, 843-859.
 - 25 Home office, Statistical Bulletin April 1996. Government Statistical Service: Statistics of deaths reported to coroners: England and Wales; 1996.
 - 26 Hosman, C.M.H. & Veltman, J.E. *Prevention in Mental Health: A review of the effectiveness of health education and health promotion*. Utrecht: Internaciona Union for Health Promotion and Education; 1995.
 - 27 Hosman, C.M.H. *Effectiveness and effect-management in mental health promotion and prevention*. In: Trent, D.R. & Reed, C. (Eds). *Promotion of mental health*, vol. 4, Aldershot: Avebury; 1995.
 - 28 Hosman, C.M.H. *The concept of Mental Health Promotion: a view of the European Network for Mental Health Promotion*. In: Impact of family, school and media on the well-being of children and adolescents. A policy report. Luxemburg: ProVita Sana; 1997
 - 29 National Institutes of Health: National Institute of Mental Health. *A Plan for Prevention Research for the National Institute of Mental Health*. NIH Publication, April 1996.
 - 30 Institute of Medicine, (IOM Report). *Research on children and adolescents with mental, behavioural, and developmental disorders*. Washington DC. National Academy Press; 1989.
 - 31 Kazdin, A. Adolescent Mental Health. Prevention and Treatment Programs. *American Psychologist*. 1993; Vol. 48, No. 2, 127-141.
 - 32 Keisler, Ch. Mental Health Policy and Mental Hospitalization. Current directions in psychological science. *American Psychological Society*. 1993; 93-95.
 - 33 Kellam, S.G.; Werthamer-Larson, L.; Dolan, L.J.; Hendricks Brown, C.; Mayer, L.S.; Rebok, G.W.; Anthony, J.C.; Laudolff, J.; & Eldelsohn, G. Developmental Epidemiologically Based Preventive Trials: Baseline Modelling of Early Target Behaviours and Depressive Symptoms. *American Journal of Community Psychology*. 1991; Vol. 19, No. 4, 563-584.

-
- 34 Kellam, S.G.; Rebok, G.W.; Mayer, L.S.; Ialongo, N.; & Kalodner, C.R. Depressive Symptoms over first grade and their response to a developmental epidemiologically based preventive trial aimed at improving achievement. *Development and Psychopathology*. 1994; 6, 463-481.
- 35 Leff, J., Berkowitz, R. *Working with families of schizophrenic patients*. In Breggin P.R., Stern E.M. (Eds): Psychotherapy of the Psychotic Patient. Falls Church VA, Haworth Press; 1992.
- 36 Lethinen, V., Riikonen, E., & Lahtinen, E. *Promotion of Mental Health on the European Agenda*. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Finland; 1997.
- 37 Levine, M., Toro, P., & Perkins, D. Social and Community Interventions. *Annual Review Psychology*. 1993; Vol. 44, 525-558.
- 38 LISV (Verman, T.J. & Jehoel-Gijsbers, G.). *Psychische Klachten en de WAO*. Amsterdam, Landelijk Institute Sociale Verzekeringen; 1998.
- 39 Mrazek, P. & Haggerty, R. (Ed). *Reducing risks of mental disorder: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press; 1994.
- 40 Muñoz, R.F. The Prevention of Depression: Current Research and Practice. *Applied & Preventive Psychology*. 1993; 2: 21-33.
- 41 Muñoz, R.F. & Ying, Yu-Wen. *The Prevention of Depression: Research and Practice*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1993.
- 42 Muñoz, R. The Prevention of Depression: "Toward the Healthy Management of Reality. Keynote address presented at the Seventh Annual European Conference on the Promotion of Mental Health held at the Maastricht Expositie & Congress Centrum, Maastricht, the Netherlands; 1997.
- 43 Muñoz, R., Ying, Yu-Wen, Bernal, G., Perez-Stable, E., Sorensen, J., Hargreaves, W., Miranda, J., & Miller, L. Prevention of Depression with Primary Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Community Psychology*. 1995; 23, 2, 199-223.
- 44 Newton, J. *Preventing Mental Illness in Practice*. London & New York, Tavistock/Routledge; 1992.
- 45 Olds, David L. *The Prenatal/Early Infancy Project*. In: R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorian & J. Ramos-McKay (Eds), 14 ounces of prevention: a casebook for practitioners. Washington: American Psychological Association; 1988.
- 46 Olfson, M., Gorman, J., & Pardes, H. Investing in Mental Health Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1995; Vol 183, No. 7, 421-424.
- 47 Olweus, D. Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 1994; Vol 35(7) 1171-1190.
- 48 Pedro-Carrol, J.L., Cowen, E.L., Hightower, A.D. & Guare, J.C. Preventive interventions with latency-aged children of divorce. A replication study. *American Journal of Community Psychology*. 1986; 14, 277-290.
- 49 Pedro-Carroll, J.L. & Cowen, E.L. The Children of Divorce Intervention Program: An investigation of the efficacy of a School-Based Prevention Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1985; Vol. 53, No. 5, 603-611.
- 50 Pedro-Carroll, J.L., Alpert-Gillis, L.J., & Cowen, E.L. An evaluation of the efficacy of a preventive intervention for 4th-6th grade urban children of divorce. *The Journal of Primary Prevention*. 1992; 13, 115-130.
- 51 Price, R. H.; Van Ryn, M.; Vinokur, A. D. Impact of a Preventive Job Search Intervention on the Likelihood of Depression among the Unemployed. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1992; Vol. 33, 158-167.
- 52 Price, R. H.; Cowen, E.L.; Lorian, R.P.; & Ramos-McKay, J. (Eds.). 14 ounces of prevention: a casebook for practitioners. Washington: American Psychological Association; 1988.
- 53 Rice, K., Meyer, A. Preventing depression among young adolescents: preliminary process results of a psycho-educational intervention program. *Journal of Counselling and Development*. 1994; Vol. 73, 145-152.
- 54 Raeburn, J., Atkinson, J., Dubignon, J., Fitzpatrick, J., Mcpherson, M., & Elkind, G. Superhealth Basic: Development and Evaluation of a Low-Cost Community-based Lifestyie Change Programme. *Psychology and Health*. 1994; Vol. 9, 383-395.
- 55 Rihmer, Z., Rutz, W., & Pihlgren, H. Depression and Suicide on Gotland: An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *Journal of Affective Disorders*. 1995; Vol 35, 147-152.
- 56 Rutz, W. Knorrng, L., Walinder, J. Long-term effects on an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1992; Vol. 85, 83-88.
-

-
- 57 Rutz, W., Walinder, J., Eberhard, G., Holmberg, G., Knorrning, L., Knoeving, L. von., Wistedt, B., & Wistedt, A. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand.* 1989; Vol. 79, 19-26.
 - 58 Rutz, W., Carlsson, P., Knorrning, L., & Walinder, J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1992; Vol. 85, 457-464.
 - 59 Rutz, W. Prevention of suicide and depression. *Nordic Journal of Psychiatry.* 1996; Vol. 50. 61-67.
 - 60 Sandler, I.; West, S.; Baca, L.; Pillow, D.; Gersten, J.; Rogosch, F.; Virdin, L.; Beals, J.; Reynolds, K.; Kaligren, C.; Tein, J-Y.; Kriege, G.; Cole, E.; & Ramirez, R. Linking Empirically Based Theory and Evaluation: The Family Bereavement Program. *American Journal of Community Psychology.* 1992; Vol. 20, No. 4, 491-521.
 - 61 Silverman, R.P. *Widow-to-Widow: A Mutual Help Program for the Widowed.* In: R. H. Price, E.L. Cowen, R.P Lorian, J. Ramos-McKay (Eds), 14 ounces of prevention: a casebook for practitioners. Washington: American Psychological Association; 1988.
 - 62 Tuma, J. Mental Health Services for Children. The State of the Art. *American Psychologist.* 1989; Vol. 44, No. 2, 188-199.
 - 63 Vinokur A., van Ryn, M., Gramlich, E., Price, R. Long-Term Follow-up and Benefit-Cost Analysis of the Jobs Program: A Preventive Intervention for the Unemployed. *Journal of Applied Psychology.* 1991; Vol 76, No 2, 213-219.
 - 64 Weissberg, R., Cowen, E., Lotyczewski, B., & Gesten, E. The Primary Mental Health Project: Seven Consecutive Years of Program Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1983; Vol. 51, No. 1, 100-107.
 - 65 Weissberg, R., Caplan, M., Harwood, R. Promoting Competent Young People in Competence-Enhancing Environments: A Systems-Based Perspective on Primary Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1991; Vol. 59, No. 6, 830-841.

Capítulo Cuatro

Desafíos Políticos 3

El tema: Juventud desescolarizada: eficacia de la promoción de la salud en su objetivo de llegar a la juventud fuera del sistema

El autor: Mitchell Warren, Director de Asuntos Internacionales, the Female Health Company, con experiencia práctica en el diseño y la implantación de programas de salud reproductiva.

El objeto: Las cuestiones que afectan a la juventud desescolarizada son políticamente molestas, siendo este grupo una audiencia ignorada con frecuencia. Es difícil, aunque no imposible, hacerles llegar los mensajes de promoción de la salud. El autor aduce lo siguiente:

- 1 La juventud desescolarizada constituye una audiencia heterogénea
- 2 Los jóvenes adultos deben participar en todos los aspectos de las intervenciones
- 3 Las intervenciones eficaces abordan no solamente la cuestión de la salud, sino también los factores del entorno y las normas sociales que influyen en gran medida en la conducta
- 4 Es decisivo que los “mediadores” y las partes interesadas participen desde el principio
- 5 Es necesario que las redes de apoyo y las actividades de formación pertinentes prosigan a lo largo de la vida de un proyecto

Antes de asumir su cargo actual, Mitchell Warren pasó seis años en Population Services International diseñando e implantando actividades de marketing social, comunicaciones y promoción de la salud. Ha trabajado en África, Europa, Rusia y Asia. Colabora con Ministerios de Sanidad, con donantes internacionales, organismos de las UN y ONG.

Fuera del juego – pero alcanzables

La juventud desescolarizada representa un desafío enorme para aquellos que elaboran las políticas y los profesionales de salud pública. La juventud desescolarizada es heterogénea; no existe algo llamado población ‘típica’ de jóvenes desescolarizados.

Sin embargo, estamos hablando de un grupo vulnerable a la enfermedad y a los comportamientos de riesgo, de un grupo difícil de alcanzar a través de los medios educativos convencionales, y que suele hacer oídos sordos a los mensajes sanitarios tradicionales, especialmente cuando éstos son presentados por figuras de autoridad. El abuso del tabaco, alcohol y drogas, el embarazo involuntario, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) (incluido el VIH / SIDA), el suicidio, la explotación social y económica, los trastornos alimentarios

y la violencia, se encuentran entre los numerosos factores de riesgo que inciden en el bienestar y en el futuro de los jóvenes desescolarizados^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}.


Diversos proyectos de promoción de la salud, comunicación y marketing social han tratado de abordar el problema de los jóvenes vulnerables desarrollando campañas para y, lo que es más importante, con estos jóvenes. Las iniciativas sanitarias más acertadas dirigidas a los adolescentes tratan de abordar tanto cuestiones de salud específicas, como las abrumadoras condiciones sociales y económicas que crean el entorno que expone a la juventud desescolarizada a una carga desproporcionada de enfermedad y conductas de alto riesgo en primer lugar.

El desarrollo de programas de formación educativa impartidos por otros jóvenes, campañas mediáticas focalizadas y la distribución de información, productos y servicios focalizados, tienen todos los elementos que han contribuido a ofrecer a los adolescentes mejores elecciones y acceso a opciones viables. Revisando los programas de salud reproductiva bien diseñados, dirigidos a los adolescentes de todo el mundo, Israel et al. destacan siete puntos clave que son decisivos para el éxito de las intervenciones^{12,13}:

- ▶ Las intervenciones eficaces abordan no solamente la cuestión de la conducta de los propios jóvenes adultos, sino también los factores del entorno y las normas sociales que influyen en gran medida en dicha conducta.
- ▶ La participación de los ‘mediadores’ y las partes interesadas desde el comienzo de los proyectos es un factor clave del éxito. Los programas acertados incluyen intervenciones destinadas a los propios jóvenes, así como a los proveedores de servicios, los planificadores de los medios, otros educadores jóvenes, los responsables de elaborar políticas, los líderes económicos y civiles, los líderes religiosos, los padres y otros.
- ▶ Los jóvenes adultos deben participar en todos los aspectos de las intervenciones. La participación de la audiencia objetivo permite comprender mejor las necesidades de dicha audiencia, diseñar mensajes y materiales más eficaces y adquirir una mejor percepción de los contextos en los cuales estos jóvenes practican sus conductas.
- ▶ Las actividades de abogacía mediática son un complemento importante de las intervenciones focalizadas. Los medios pueden desempeñar un papel decisivo en la creación de un entorno en el cual se puedan discutir temas delicados, aportando legitimidad a la discusión de conductas protectoras no familiares, y modelando términos y tácticas que puedan conseguir que esta discusión sea más probable y cómoda.
- ▶ Es esencial someter todos los mensajes a un ‘pretest’, de tal manera que éstos puedan abordar un objetivo específico y sean culturalmente relevantes, creíbles y “factibles” para la audiencia objetivo.
- ▶ Es necesario que las redes de apoyo y las actividades de formación pertinentes prosigan a lo largo de la vida de cada proyecto.
- ▶ Todos los proyectos debieran incluir una evaluación bien diseñada que permita documentar en su totalidad aquello que haya o no funcionado para su uso en una planificación y replicación futuras.

Los proyectos que han triunfado se han distinguido por el hecho de que aportan tanto la motivación necesaria para un cambio de conducta – por medio de una educación por iguales, estrategias de comunicación y otros enfoques basados en el diálogo – como una accesibilidad a los productos y servicios necesarios para practicar el cambio de conducta – preservativos masculinos y femeninos, servicios de asesoramiento, jeringuillas desechables y mantenimiento con metadona, por ejemplo ¹⁴⁻¹⁸.

A esto se añade que al conseguir el compromiso de los miembros de la audiencia de jóvenes desescolarizados con el desarrollo real de los componentes de los proyectos, estos proyectos han podido producir materiales e intervenciones interpersonales bien adaptadas a la audiencia, otorgando a los miembros de la audiencia objetivo responsabilidad en los proyectos y generando un sentido de la urgencia y de la importancia de estas cuestiones¹⁹.

Adicionalmente, estos proyectos han ayudado a entablar un diálogo cultural, religioso y social sobre cuestiones sanitarias clave relacionadas con la adolescencia, configurando la política pública, modificando las normas de la comunidad y brindando a los jóvenes tradicionalmente marginados oportunidades de considerar, y en algunos casos de implantar, opciones de cambio de conducta. 

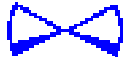
El Impacto Sanitario

Impacto clave:

Diversos programas focalizados produjeron el impacto sanitario siguiente:

- ▶ Incremento del uso del preservativo
- ▶ Descenso de la actividad sexual de alto riesgo
- ▶ Incremento de la percepción de las conductas de asunción de riesgo
- ▶ Reducción general del riesgo
- ▶ Descenso del consumo de drogas

La promoción de la salud funciona con mayor eficacia cuando la comunicación y el aprendizaje conducen a un cambio de conducta. Los investigadores Aggleton y Rivers explican lo siguiente: ‘Hay que persuadir a los jóvenes de que un tema de salud es importante para ellos. Es necesario que tengan lugar determinadas intervenciones facilitadoras a nivel de la política pública que garanticen que los jóvenes puedan comportarse de modos que protejan su salud¹⁹. Lograr persuadir a los jóvenes para que tomen medidas que los protejan, y cambiar las normas sociales para que la prevención sea posible, son los objetivos clave de las campañas acertadas de promoción de la salud.

La encuesta TeensTell Teens realizada por jóvenes en Newark, Nueva Jersey (EE.UU), generó una valoración de la salud de los adolescentes desde la perspectiva de los propios adolescentes de riesgo²⁰. El compromiso con la implicación de los jóvenes a lo largo de este proceso ha supuesto que los proyectos que han tenido éxito: 

- ▶ Produzcan materiales escritos en el lenguaje vernáculo y visual de la audiencia – algo de importancia vital para los jóvenes desescolarizados, que con frecuencia tienen una formación académica formal limitada^{21,24};
- ▶ Transmitan las comunicaciones por medio de canales mediáticos altamente específicos que permiten llegar a la audiencia^{22,23},
- ▶ Pongan a disposición de los jóvenes los productos y servicios necesarios dónde y cuándo éstos los necesitan²⁴.

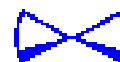


Dado lo enormemente complejo que resulta llegar a los jóvenes desescolarizados, las intervenciones acertadas son a menudo multifacéticas. En Portland, Oregón (EE.UU), el Proyecto ACTION funcionó a cuatro niveles integrados que condujeron a importantes resultados de salud, presentados en la tabla siguiente¹⁷:

Componentes de una campaña integrada	Impacto sanitario importante
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Movilización de la comunidad ▶ Medios de comunicación de masas y abogacía mediática ▶ Accesibilidad a preservativos ▶ Acceso y consejo por iguales 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Incremento del uso del preservativo entre los nuevos colaboradores ▶ Incremento del uso constante del preservativo ▶ Descenso de la actividad sexual declarada

Los programas de amplio alcance que ofrecen una gama de opciones a los jóvenes de manera no crítica tienen más probabilidades de motivar una conducta saludable.

Varios estudios sugieren que los programas que combinan el sexo seguro y la abstinencia ofrecen mayores probabilidades de retardar el comienzo de la actividad sexual, disminuir dicha actividad y aumentar el uso de los anticonceptivos¹⁹. Por ejemplo, la campaña ‘The Fleet of Hope’ de Tanzania utiliza materiales que presentan en tres barcos diferentes prácticas sexuales más seguras que impiden que las personas se ahoguen – los compromisos con la abstinencia, la fidelidad y el uso del preservativo. ‘Si una persona no se siente a gusto en un barco determinado, no debe saltar al agua, sino pasar a otro barco’. Los jóvenes que han recibido el mensaje de esta campaña registran un mayor grado de percepción del riesgo que representan las ETS y el embarazo no deseado. Este programa también ha ayudado a los jóvenes a examinar los aspectos positivos de la salud sexual que varios expertos sugieren como punto central de la reorientación de las actitudes y prácticas de los jóvenes^{19,30}. Dado que pone el énfasis en la responsabilidad individual y en la elección del cambio, este proyecto aborda también la autoeficacia.



Con el fin de incidir positivamente en la salud, los programas de promoción de la salud negocian cuidadosamente con la audiencia objetivo. Una intervención mediática participativa realizada en Sudáfrica comenzó como actividad de prevención del SIDA, pero rápidamente modificó su orientación hacia la prevención del embarazo, porque a los miembros de la audiencia objetivo les preocupaba más este beneficio para la salud. Al cambiar de orientación, este proyecto se mostró receptivo a las inquietudes de la audiencia, y mostró impacto sanitario al respecto, al tiempo permitió abordar determinadas cuestiones clave relativas al VIH / SIDA²⁶.

Existe una relación de intercambio que hay que negociar con cuidado. Los programas deben ser receptivos a la audiencia objetivo, al tiempo que intentan garantizar que un amplio espectro de cuestiones sanitarias sea abordado.

Dicho equilibrio se supo alcanzar en el proyecto de prevención del SIDA de 1992, dirigido a los chicos de la calle de Belo Horizonte, Brasil, en el cual los investigadores llegaron a la conclusión de que los ‘chicos de la calle valoraban la buena salud solamente en la medida en que les permitía sobrevivir día a día en las calles’. De allí que el tema que se desarrolló para este proyecto fuese el siguiente: ‘La juventud que sabe ganarse la vida en las calles puede mantenerse fuerte sin SIDA’. Se lanzaron un vídeo y un tebeo, y una encuesta de seguimiento mostró que el uso de las drogas había disminuido, mientras que el uso del preservativo y las jeringuillas desechables había aumentado¹⁹.

El Impacto Social

Impacto clave:

Diversos programas focalizados produjeron el impacto social siguiente:

- ▶ Diálogo generacional
- ▶ ‘Mediadores’ y centros de servicio ‘amigos de los jóvenes’
- ▶ Cambio de las normas culturales
- ▶ Empoderamiento de la juventud

Los entornos sociales ejercen una influencia enorme en las vidas y conductas de los jóvenes, principalmente en la juventud desescolarizada. ‘No es probable que los jóvenes en general, pero especialmente aquellos que se encuentran en los márgenes de la sociedad, puedan reducir la asunción de riesgo a menos que se cubran sus necesidades básicas y más inmediatas. Las estrategias de reducción de riesgos no deberían estar aisladas de contextos más amplios de promoción de la salud, del entendimiento acerca de la salud y las circunstancias sociales y materiales de las vidas de las personas jóvenes²⁸.

La realidad para muchos jóvenes es un entorno que fomenta la alienación, más que apoyarlos para su desarrollo personal. Los cambios de la estructura familiar y un mayor uso y disponibilidad de drogas, las prácticas sexuales inseguras, la violencia y los delitos, son todos factores que han desembocado en entornos donde están comprometidas la salud, las conductas saludables y las perspectivas a largo plazo de un ‘futuro prometedor’. En consecuencia, para abordar el estado de salud de los jóvenes, se necesita un mayor compromiso con estas causas subyacentes.

Numerosas revisiones y evaluaciones de la promoción de la salud de los adolescentes han llegado a la conclusión de que la formación en las habilidades para salir adelante, la negociación interpersonal, las habilidades de comunicación y otras habilidades generales para la vida fortalecen los resultados de conducta protectora^{17,26,27,28,29,30,31}.



En un exitoso proyecto dirigido a los adolescentes de las calles de Nueva York, en el que se impartía formación en habilidades generales para la vida, al tiempo que se ofrecía acceso a la atención sanitaria y a otros recursos, se produjeron incrementos considerables de una conducta saludable²⁹.

Los programas accesibles y orientados a los jóvenes son esenciales para conectar con aquellos jóvenes a los cuales llega con dificultad la atención sanitaria y el soporte social que necesitan, se merecen y que a menudo se les niega³⁶.

Los proyectos eficaces de promoción de la salud de vanguardia han ilustrado la necesidad de ir más allá de los mensajes conductuales, y considerar el entorno social o cultural más amplio que condiciona a los jóvenes adultos, y a sus acciones de búsqueda de la salud o de puesta en peligro de la misma¹⁷. Una política pública saludable debe contribuir a un entorno social y a una infraestructura política que satisfagan las necesidades³²:

- ▶ Relacionadas con las habilidades personales que los jóvenes consideran importantes para salvaguardar su propia salud y la de los demás
- ▶ Relacionadas con los entornos y los escenarios que los propios jóvenes consideran como de apoyo
- ▶ Relacionadas con modos de acción comunitaria que redunden en mayor medida en un cambio que proteja la salud o la potencia



La promoción de la salud funciona continuamente a niveles múltiples, abordando a audiencias múltiples, que incluyen la audiencia objetivo real y todas las audiencias que actúan como partes interesadas o ‘mediadores’ de la población objetivo.

Diálogo generacional

La juventud no se puede aislar de la cultura y la comunidad donde ha crecido. La familia y los contextos sociales han sido asociados a la salud y a las conductas de riesgo de los adolescentes, los padres, los adultos, profesionales y los líderes de la comunidad, desempeñan todos un papel en la mejora o en el compromiso con la salud de los jóvenes³³.

En muchas culturas, las cuestiones de salud como el sexo, las drogas y la violencia constituyen temas tabú de conversación en el seno de las familias y las comunidades. Tales tabúes son puestos en entredicho por medio de campañas mediáticas que promocionan la responsabilidad con la salud y fomentan la comunicación entre los jóvenes y sus padres^{17,34}. Los padres deben aceptar la necesidad de desempeñar un papel activo en la configuración de las conductas protectoras de los jóvenes^{35,38}.

Los ‘Mediadores’

El hecho de que la promoción de la salud aborde a la juventud como parte de redes familiares puede modificar no solamente la conducta de los jóvenes, sino también las actitudes y percepciones de los adultos que los rodean. Los ‘mediadores’ son los profesionales clave de una comunidad que configuran las opiniones y el acceso a la información, los productos y los servicios que garantizan la salud. Abordar las concepciones previas de los ‘mediadores’ es una estrategia de promoción de la salud importante.

Dotar a aquellos que prestan servicios a los jóvenes de una comprensión holística de la salud y los riesgos que corre la salud de este grupo ha sido importante en la prestación de mejores servicios a los jóvenes^{36,37,38,39}. El proyecto Bridgeport TOPS puso a una población marginal en el centro de la agenda de una comunidad, incrementando con éxito el conocimiento de dicha comunidad con respecto a las cuestiones de salud de los adolescentes, a la vez que se concentraba en su audiencia principal: los jóvenes desescolarizados, los jóvenes desatendidos³⁵.



Componentes integrales de la campaña	Impacto social importante
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Acceso y remisión a la atención sanitaria y otros servicios ▶ Acceso y consejo por iguales ▶ Educación por iguales ▶ Servicios en colaboración con los proveedores tradicionales ▶ Formación cultural de los proveedores de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ayudó a los adolescentes a acceder a los servicios sanitarios y de apoyo ▶ Ayudó a los adolescentes a mantenerse en contacto con los servicios con el fin de garantizar la atención y la continuidad ▶ Permitió mejorar los servicios existentes y desarrollar otros nuevos ▶ Modificó el modo en que los proveedores de servicios y los organismos de planificación veían a la juventud

Una amplia revisión de las iniciativas relacionadas con la salud de los adolescentes llegó a la conclusión de que los dispensarios, centros y servicios que prestan con éxito un servicio a los jóvenes tienen las características siguientes en común⁴⁰:

- ▶ Confidencialidad
- ▶ Personal de recepción formado para tratar con los jóvenes
- ▶ Horario de atención conveniente
- ▶ Accesibles desde las rutas de transporte principales
- ▶ Amplia publicidad
- ▶ Los jóvenes pueden aportar ideas para mejorar el servicio que se presta al usuario
- ▶ Los jóvenes acuden por recomendación de un amigo
- ▶ Acceso a información sobre prestaciones sociales, trabajos, formación y Vivienda
- ▶ Accesibilidad a un asesoramiento experto sobre problemas especializados
- ▶ Continuidad del servicio
- ▶ El servicio permanece alerta a las señales de aviso, como un intento de suicidio

Modificando las Normas Culturales

Utilizando la radio, la televisión, el cine, las vallas publicitarias y otras formas de comunicación de masas, las intervenciones están creando nuevos términos de referencia que permiten que en el seno de las familias y las comunidades se discutan temas relacionados con la salud y la adolescencia. Estos proyectos comienzan por confrontar las normas sociales que impiden una discusión abierta de temas delicados, con el fin de facilitar intercambios más abiertos y responsables y la formación de nuevas normas protectoras¹⁷.



Entre las personas clave en la formación de opiniones podemos citar a los líderes religiosos. El proyecto The Fleet of Hope de Tanzania ha generado una aceptación creciente entre los líderes religiosos y de la comunidad en el sentido de que el uso del preservativo debe apoyarse y no condenarse³⁰. De igual manera, la Asociación de Planificación Familiar de Pakistán ha conseguido que los líderes islámicos suministren información relativa a los intervalos entre los partos a las parejas recién casadas⁴¹. En Sudáfrica, un anuncio televisado del servicio público, donde aparecía el Arzobispo Desmond Tutu promocionando el uso del preservativo, introdujo la cuestión del sexo más seguro en la agenda, abriendo el camino del diálogo en el seno de la comunidad⁴².

Los medios de comunicación tienen un papel importante que desempeñar en la promoción de la salud entre los adolescentes a quienes es difícil llegar. Sin embargo los medios también inciden muy negativamente en la salud. La publicidad del tabaco ha estado causalmente relacionada con la iniciación en este hábito⁴³; la publicidad televisiva ha estado asociada a ‘un clima de opinión que era hostil a las actividades de promoción de la salud’⁴⁴. La omnipresencia y el carácter repetitivo de las imágenes que muestran actividades que comprometen la salud plantean una amenaza constante para los jóvenes^{9,45}.



‘Empoderamiento’ de la Juventud

Dada la complejidad y diversidad de la vida de los jóvenes desescolarizados, los esfuerzos eficaces de promoción de la salud tienden a dejar de lado los mensajes didácticos específicos para adoptar concepciones de la salud ‘más amplias, más multidimensionales y más orientadas a los derechos humanos’¹⁹. Este enfoque reconoce la importancia de ‘empoderar’ a los jóvenes para que adopten decisiones y actúen de modo responsable y correcto.

La implicación de la juventud en todos los aspectos del diseño e implantación de los programas facilita claramente este proceso, mejorando la autoestima y el sentido de responsabilidad y de urgencia – siendo todos éstos factores del ‘empoderamiento’ de la juventud²⁴.

Los proyectos participativos emprendidos en todo el mundo han contribuido a aprovechar la creatividad, la energía y la inventiva de los jóvenes desescolarizados en el desarrollo de actividades que son más que productos puntuales. Los procesos de desarrollo producen una serie de herramientas, habilidades, actitudes y percepciones esenciales que son fundamentales para que los jóvenes se preparen para el futuro^{18,19,46}.

El Impacto Económico

Impacto clave:

Diversos programas focalizados han generado el impacto económico siguiente:

- ▶ Generación de ingresos individuales
- ▶ Intervenciones comunitarias rentables
- ▶ Ahorros presupuestarios globales

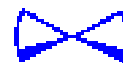
Desde una perspectiva económica, es importante reconocer el coste de no intervenir. La explotación económica de los grupos vulnerables, las políticas que restringen los salarios de los jóvenes, las altas tasas de desempleo entre los jóvenes sin formación, son todos elementos que se traducen en una importante carga económica para las familias y la sociedad. Se teje un entramado económicamente desfavorecido que refuerza las mismas condiciones que crean los problemas.



El impacto económico de la promoción de la salud entre los jóvenes está poco documentado, investigado y comprendido.

El Impacto Individual

Algunos proyectos atraen a los jóvenes desescolarizados no solamente como miembros de una audiencia objetivo, sino como educadores de otros jóvenes y distribuidores de preservativos. Debido a que los productos sociales comercializados se venden y no se dan gratuitamente en los proyectos de marketing social, los vendedores pueden ganar algún dinero realizando este esfuerzo. Aunque escasos, estos ingresos sirven para motivar a los jóvenes para que desarrollen habilidades empresariales básicas que son transferibles. El proyecto tanzano ha formado a más de 2.000 ‘agentes de ventas’ de la comunidad, que de lo contrario estarían en el desempleo.

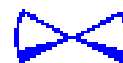


En Pakistán, el modelo de educación por iguales ha estado asociado a una privación de derechos económicos más profunda. En este país se han concedido pequeños préstamos comerciales y formación en gestión a jóvenes desempleados que reunían ciertos requisitos. Como condición de los préstamos, estos jóvenes empresarios debían distribuir anticonceptivos y ofrecer asesoramiento como una de las funciones de sus empresas emergentes. Las ventas de anticonceptivos representarían alrededor del 20% de sus ganancias mensuales. Una evaluación externa determinó que ‘este programa no solamente contribuía materialmente a reducir el desempleo entre los jóvenes, sino que también ayudaba a educarlos para que adoptasen algunas normas familiares defendidas por la FPAP⁴⁷. Los beneficiarios de dicho programa incluían a los propios empresarios, a sus clientes, y a aquellos que tenían acceso a los métodos anticonceptivos o al asesoramiento en los centros, así como a los proveedores que servían a las empresas.

El Impacto en la Comunidad

A nivel comunitario es necesario considerar los costes y beneficios en términos multidimensionales. La educación por iguales entre los trabajadores del sexo en Camerún resultó ser rentable, incluso habiéndose calculado que sus costes monetarios, cifrados en 104.000 dólares, representaban solamente el 48% de los recursos reales utilizados en la intervención⁴⁸. El *screening* de ETS ha demostrado ser rentable en Suecia, incluso cuando se aplica en varones adolescentes asintomáticos, dado que previene complicaciones costosas e infecciones consecuentes en las mujeres jóvenes con quienes han tenido contactos sexuales⁴⁹. Tomando como base los ahorros producidos por los casos de prevención del SIDA, un programa de intercambio de jeringuillas destinado a prevenir la transmisión de la infección por VIH entre los drogadictos por vía intravenosa en Canadá, ha demostrado hacer un uso eficiente de los recursos financieros⁵⁰.

Los datos de costes de las campañas mediáticas ratifican la opinión de que éstas son un medio eficaz de promover objetivos de salud pertinentes. El proyecto Kenia Youth Initiative ha notificado ‘que el coste de transmitir a un solo joven información sobre salud reproductiva utilizando los medios de comunicación es de 0,03 centavos de dólar, mientras que el



coste de promover un cambio de conducta entre los jóvenes es apenas de 11,63 dólares¹⁷. Una campaña mediática contra el tabaco a lo largo de cuatro años en EE. UU. cuesta 754 dólares en concepto de prevención de un solo fumador, mientras que el coste de una vida ganada cuando un joven adulto deja de fumar es de 696 dólares. En caso de que la campaña fuese difundida en los 209 mercados mediáticos estadounidenses, aquellos costes descenderían a 162 dólares y 138 dólares, respectivamente⁵¹.

La exclusión social de los jóvenes desescolarizados les impide acceder a las intervenciones en los centros escolares, o incluso a algunas intervenciones centradas en los centros de salud, dado que a estos jóvenes ya no les atraen estos puntos de reunión. Los relativamente elevados presupuestos destinados a las campañas mediáticas se deben cotejar con los costes que se derivarían de no modificar la conducta arriesgada: el desempleo debido al embarazo, la enfermedad pulmonar debida al tabaco, la enfermedad hepática debida a la bebida.

Presupuestos globales

Al modelar los costes y beneficios de la promoción del abandono del tabaco en el Noroeste de Inglaterra, Haycox encontró importantes beneficios y ahorros de recursos en materia de atención sanitaria. Según este análisis, el Servicio Nacional de Salud gastaría menos en atender a una población no fumadora de edad avanzada que a una población más joven con niveles altos de consumo de tabaco⁵². El valor de las actividades de promoción de la salud reside en que éstas pueden constituir ‘un medio económicamente eficiente de reducir la muerte prematura y mejorar la calidad de vida’⁵³.

Los presupuestos globales pagarán las consecuencias de que las necesidades de los jóvenes desescolarizados no se aborden enérgicamente. Registrarán el gasto de la morbilidad, la mortalidad, el desempleo, los delitos y la violencia que destruye a los jóvenes en un contexto social poco receptivo.

La economía de la promoción de la salud de los jóvenes desescolarizados defiende la inversión en los grupos mal atendidos y situados fuera del sistema. ‘Con el fin de facilitar la aceptación de las medidas de promoción de la salud por parte de todos los grupos de la sociedad por igual’ – como es su derecho – ‘podría ser necesario asignar recursos por igual, debiendo los más necesitados ser el objetivo prioritario’⁵⁴.

El Impacto Político

Impacto clave:

Diversos programas focalizados han generado el impacto político siguiente:

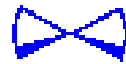
- ▶ Alianzas eficaces con la comunidad
- ▶ Introducción de la juventud en la agenda como audiencia y no como problema
- ▶ Una política pública de amplio alcance puede incidir en el estado de salud

La salud de los adolescentes es un punto cada vez más importante del debate relativo a la salud pública. La carga potencial de enfermedad debida a causas completamente evitables es enorme. Tanto la población joven, como los presupuestos sanitarios a largo plazo, saldrán perjudicados si las intervenciones focalizadas no son bien planificadas, bien ejecutadas y bien investigadas y evaluadas. Con todo, con demasiada frecuencia, los jóvenes desescolarizados entran a formar parte de la agenda política como un problema que hay que resolver, y no como colaboradores investidos de los poderes necesarios para buscar un futuro seguro.

El reconocimiento pragmático de las necesidades de los jóvenes desescolarizados es esencial si los derechos de estos jóvenes se van a abordar con responsabilidad. Estas necesidades incluyen formación y educación, vivienda y asistencia social, productos y servicios de salud sexual, material de inyección seguro y alternativas a las sustancias adictivas, como la metadona.



Los proyectos más eficaces que funcionan con los jóvenes desescolarizados son fruto de alianzas importantes con la comunidad. Los proyectos aquí descritos tienen todos su origen en programas que implican alguna combinación de organizaciones no gubernamentales, ministerios o departamentos de sanidad y educación, los medios de comunicación, las organizaciones juveniles, los jóvenes individualmente, los clubes locales, las organizaciones deportivas y otros grupos culturales. Un solo sector o un grupo cualquiera no podría posiblemente haber llegado a un grupo de jóvenes tan dinámico y complejo como aquellos que están desescolarizados. Solamente la colaboración intersectorial garantiza que dicho acceso se consiga y se alcance el impacto^{55,56,57}.



Las decisiones de política pública de amplio alcance pueden incidir e incidir en las vidas de los jóvenes. Un enfoque más abierto de la sexualidad, al igual que de las políticas que se derivan de esta apertura, ha tenido un impacto significativo en Holanda, país donde existía una tasa considerablemente elevada de embarazos entre las adolescentes en los años sesenta. 'Esta tasa no ha dejado de descender hasta ser la más baja de los países desarrollados⁵⁸, a través de una estrategia coordinada y una voluntad inquebrantable de mejorar la educación sexual, facilitar el acceso a ayuda confidencial y mantener una actitud positiva frente a la sexualidad de los adolescentes.

Abordar el desafío que plantean los jóvenes desescolarizados es comprometerse con su marginación, con su exclusión social y económica, y con la frustración que nos producen las culturas cuyas estructuras y recursos no pueden abordar o no abordarían directa y honestamente las necesidades y aspiraciones de los jóvenes.

Los proyectos aquí descritos destacan la importancia de trabajar con la juventud y motivarla para que se interese en las cuestiones de salud. Al mismo tiempo, las actividades eficaces de promoción de la salud con los jóvenes desescolarizados ponen de manifiesto la importancia de crear marcos estructurales, ambientales y políticos que faciliten y apoyen que los jóvenes actúen con respecto a aquello que les preocupa.

Las intervenciones de promoción de la salud eficaces, exitosas y focalizadas intentan presentar opciones realistas a partir de las cuales los adolescentes puedan elegir; dotan a los jóvenes de los recursos y habilidades necesarios para que puedan tomar decisiones eficaces; y crean un entorno facilitador y de apoyo en el cual estas decisiones se puedan adoptar y practicar. Solo en un entorno que potencie la salud, se puede realizar el derecho de cada joven a tomar sus propias decisiones.