

Junio, 2022

Síntesis Rápida de Evidencia

¿Cuál es el efecto de las intervenciones implementadas en APS por profesionales de la salud para prevenir la violencia escolar?

En el contexto del retorno escolar luego de la suspensión de clases por la pandemia por COVID-19, el Departamento de Salud Mental, Gabinete MINSAL y el Ministerio de Educación, establecieron una mesa de trabajo para hacer frente al aumento de hechos de violencia escolar ocurridos con el retorno presencial a clases desde marzo de 2022. Esta síntesis fue solicitada por el Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, con el objetivo de conocer la efectividad de medidas implementadas desde el sector salud para prevenir la violencia escolar.

Componentes de la pregunta

Población: población escolar.

Intervención: intervenciones de prevención de la violencia escolar realizadas en contexto de salud.

Comparación: cuidado usual.

Outcome: violencia escolar, intimidación, resolución de conflictos, habilidades sociales.

Mensajes clave

- No es posible establecer el efecto de las **estrategias conductuales** en la **población escolar**, en comparación con el cuidado usual sobre la victimización, la agresión y el apego en la escuela debido a que la certeza en la evidencia existente es muy baja.
- No es posible establecer el efecto de la **consulta escolar psiquiátrica** en la **población escolar** en comparación con el cuidado usual sobre la victimización.
- No es posible establecer el efecto de las **estrategias conductuales en población escolar conflictiva**, en comparación con el cuidado usual sobre la agresión.
- El balance costo-beneficio es favorable para las intervenciones que tienen como objetivo prevenir el abuso escolar.
- La medición de resultados de las intervenciones incluidas son a corto plazo, por lo que estos resultados podrían no ser válidos si las mediciones consideran el tiempo para adoptar las nuevas conductas.
- En Chile existen programas y asociaciones entre escuelas y centros de salud que favorecerían la implementación de programas desde el sector salud

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible para evaluar la pertinencia o efectos de una intervención. Su ejecución es en un plazo no mayor a 20 días hábiles.

✓ Esta síntesis incluye

- Contextualización del problema.
- Evidencia respecto a la efectividad.
- Consideraciones de implementación (costo efectividad, viabilidad, aceptabilidad, etc).

✗ Esta síntesis no incluye

- Recomendaciones explícitas de cómo desarrollar una política pública o modo de organización.

Se utilizan 4 revisiones sistemáticas

Certeza de la evidencia GRADE

ALTA ⊕⊕⊕⊕

La evidencia entrega una muy buena indicación del efecto verdadero. La probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es baja.

MODERADA ⊕⊕⊕○

La evidencia entrega una buena indicación del efecto verdadero. La probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es moderada.

BAJA ⊕⊕○○

La evidencia entrega alguna indicación del efecto verdadero. Sin embargo, la probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es alta.

MUY BAJA ⊕○○○

La evidencia no entrega una indicación confiable del efecto verdadero. La probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es muy alta.

Introducción

La violencia escolar es un fenómeno generalizado que ocurre en todos los países y afecta a un número significativo de niños, niñas y adolescentes. (1). El Ministerio de Educación define el maltrato escolar como un tipo de violencia física o psicológica cometida por cualquier medio -incluidos medios tecnológicos- realizada por un otro miembro de la comunidad educativa, en contra de otro integrante de esta (2).

Esta violencia tiene consecuencias en diversos niveles para quien la sufre: salud física, salud mental, ámbito social y rendimiento académico. Se debe precisar que los efectos negativos de la violencia escolar no solo se observan en la víctima, sino que también en quien ejerce violencia, representando complicaciones a nivel físico y psicológico (3), y en las comunidades educativas completas, afectando tanto el bienestar psicosocial como el rendimiento académico (1).

A nivel mundial, el 32% de los estudiantes declara haber sido víctima de alguna forma de acoso por parte de sus compañeros o compañeras en una o más ocasiones durante el último mes (1). Un reporte de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) señala que en Chile la prevalencia de victimización por bullying es de 15,1%, 15,8% en hombres y 13,9% en mujeres, siendo el principal tipo de acoso escolar el sexual (18,4%), seguido del físico (8,6%) y el psicológico (6,8%) (1).

Para abordar la violencia se hace necesaria la participación de diferentes sectores (4), más allá del sector educación, pues la violencia tiene consecuencias a nivel de salud física y psicológica(3). En ese contexto, el Ministerio de Salud se ha hecho presente para abordar la violencia escolar y solicitó, a través del Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública una síntesis rápida de evidencia.

La presente revisión busca sintetizar la evidencia sobre medidas implementadas desde el sector salud que cuenten con evaluación de efectividad para prevenir la violencia escolar.

METODOLOGÍA

¿Cómo se realizó la búsqueda de evidencia?

Se buscaron revisiones sistemáticas que respondieron la pregunta en las bases de datos PUBMED, EPISTEMONIKOS, MEDLINE, LILACS, BDNF-ENFERMERÍA, BINACIS, INDEX PSICOLOGÍA, con fecha 21 de abril 2022. Ver estrategia de búsqueda en [Anexo 1](#). Además, se construyó una [matriz de evidencia](#) con el objetivo de encontrar literatura adicional.

¿Cómo se seleccionó la evidencia?

Dos revisores independientes seleccionaron las revisiones sistemáticas y estudios primarios según los siguientes criterios:

Inclusión:

- Intervenciones dirigidas a prevenir violencia escolar
- Intervenciones que cuenten con evaluación de efectividad.
- Intervenciones dirigidas por profesionales de la salud o en entorno sanitario

Exclusión:

- Intervenciones dirigidas a prevenir violencia sexual
- Intervenciones realizadas por profesores sin apoyo de profesional de salud.
- Intervenciones realizadas por el equipo investigador, sin que este sea profesional de salud.

¿Cómo se realizó la extracción de datos?

La extracción la realizaron 2 personas, priorizando la información extraída por las revisiones sistemáticas. Cuando éstas no reportaban adecuadamente los resultados presentados, se recurrió a los estudios primarios para complementar la información faltante.

Resumen de Hallazgos

A partir de la metodología descrita anteriormente, se identificaron inicialmente 575 revisiones sistemáticas. De éstas se excluyeron 571 por disenso o duplicados, y se utilizaron **4 revisiones sistemáticas (RS)**(5–8), de las cuales 1 corresponde a la actualización de una RS Cochrane anterior(6). Las RS fueron publicadas entre 2010 y 2018.

A los estudios primarios incluidos en las RS utilizadas se les aplicaron los mismos criterios de inclusión y exclusión que a las RS (cuadro de metodología). Con estos criterios, se consideraron finalmente 4 estudios primarios(9–12), todos ellos ensayos controlados aleatorizados (ECAs). En la Tabla N°1 se describen las características de todos los estudios incluidos.

Para estimar el efecto de los hallazgos de esta SRE, se utilizaron 4 estudios primarios(9–12) Los hallazgos aquí presentados se han separado de acuerdo al tipo de intervención implementada y según si es población escolar general o conflictiva. Cada hallazgo contiene además una tabla resumen con los resultados, mostrando la certeza en la evidencia de cada uno de los desenlaces encontrados, de acuerdo a GRADE (ver recuadro en portada).

Tabla 1. Descripción de los estudios incluidos en esta Síntesis Rápida de Evidencia (SRE)

Objetivos de la SRE: ¿Cuál es el efecto de intervenciones implementadas en APS para prevenir la violencia escolar?	
Fecha de búsqueda de las RS incluidas en esta SRE: no establecieron restricciones por fecha de búsqueda, respecto al límite superior la RS más actualizada realizó la búsqueda en abril 2013	
Componentes	Descripción
Diseños de estudio	4 ensayos controlados aleatorizados (ECA).
Población	Los ensayos incluyeron a población escolar de 8 a 16 años de EEUU(10,12). Australia(11) y Sudáfrica(9). En el caso de la población de Sudáfrica, la intervención se realizó en estudiantes con conductas conflictivas.
Intervención	Todas las intervenciones incluidas fueron desarrolladas en un ambiente escolar e incluyeron a un profesional de la salud, ya sea como el que entregaba la intervención (9,10,12) o como apoyo a otro profesional no-salud (11). Los profesionales de la salud que entregaron las intervenciones fueron psicólogos(9,10) y psiquiatras(12). Las estrategias implementadas fueron a través de un enfoque cognitivo-conductual y clima escolar (11), estrategias conductuales solas(9) o combinadas con biblioterapia(10) y consulta escolar psiquiátrica (12). La duración de las intervenciones varió de 5 semanas (20 horas) (10) a 2 años, sin embargo éstas últimas tuvieron una duración de 15 hrs(11) y 4 hrs(12).
Comparación	Todas las comparaciones utilizadas en los ensayos incluidos corresponden a participantes de la misma clase y mismas características de los estudiantes que recibieron la intervención. Todos los ensayos se compararon contra un grupo que recibía cuidado usual; ningún estudio realizó otra intervención como control.
Desenlaces	De acuerdo a las revisiones sistemáticas incluidas, los ensayos evaluaron los siguientes desenlaces: victimización por bullying, agresión física, bullying reportado por los mismos agresores y apego con la escuela.
Ámbitos (setting)	Todos los ensayos se desarrollaron en ambiente escolar. Sólo 1 estudio primario se enfoca en población intimidadora de 16 años y que proviene de un contexto de bajos ingresos(9).



Hallazgo 1. Estrategias conductuales comparado con cuidado usual para prevenir la violencia escolar

Los ensayos controlados aleatorizados que evaluaron intervenciones conductuales implementadas en un contexto escolar para prevenir la violencia escolar se realizaron en población escolar entre 8(11) y 14 años(10) en colegios de Australia y EEUU, respectivamente. El ensayo realizado en Australia(11) aplicó clases donde enseñaron principios cognitivos conductuales para auto-manejo y se dispuso de un equipo de salud para adolescentes en toda la escuela. La intervención fue entregada por profesores junto a personal de la salud durante 2 años (promedio de 20 lecciones y 15 horas durante el primer año), siendo apoyados por el equipo de salud. El ensayo realizado en EEUU(10) aplicó estrategias conductuales en la que se introdujeron temas a través de la literatura y luego practicaban a través de la escritura (biblioterapia). La intervención fue entregada por psicólogos durante 5 semanas (20 horas).

Los resultados de los ECAs no permiten establecer el efecto que tienen las estrategias conductuales sobre la prevención de la violencia escolar ya sea en la victimización como en la agresión, esto se debe principalmente al sesgo de los estudios.

Resultado de salud (Outcome)	Efecto relativo (IC 95%) -- Nº de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados*			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
		Con cuidado usual	Con estrategias conductuales	Diferencia (IC 95%)		
Victimización luego del primer año de intervención ¹	OR 1,03² (0,86 a 1,26) -- Nº de participantes: 2678 (1 ECA(11))	32%	32,6% (28,8 a 37,2%)	0,6% (-3,2 a 5,2%)	⊕○○○ Muy baja ^{a,b}	No es posible establecer el efecto de las estrategias conductuales en la población escolar en comparación con el cuidado usual sobre la victimización, el bajo apego en la escuela y la agresión física debido a que la certeza en la evidencia existente es muy baja
Bajo apego a la escuela luego del primer año de intervención ³	OR 1,20² (0,96 a 1,50) -- Nº de participantes: 2678 (1 ECA(11))	37,5%	41,8% (36,5 a 47,3%)	4,4% (-1 a 9,9%)	⊕○○○ Muy baja ^{a,b}	
Agresión física auto reportada por los estudiantes ⁴	NA -- Nº de participantes : 132 (1 ECA(10))	Media de 1,14 puntos	Media de 1,2 puntos	DM 0,06 puntos (-0,08 a 0,2)	⊕○○○ Muy baja ^{c,d}	

Agresión física reportada por los profesores ⁴	NA -- Nº de participantes: 150 (1 ECA(10))	Media de 1,19 puntos	Media de 1,12 puntos	DM -0,07 puntos (-0,23 a 0,09)	⊕○○○ Muy baja ^{c,d}
Victimización física auto reportada por los estudiantes ⁴	NA -- Nº de participantes : 132 (1 ECA ((10)))	Media de 1,43 puntos	Media de 1,35 puntos	DM -0,08 puntos (-0,31 a 0,15)	⊕○○○ Muy baja ^{c,d}
Victimización física reportada por los profesores ⁴	NA -- Nº de participantes : 150 (1 ECA (10))	Media de 1,04 puntos	Media de 1,04 puntos	DM 0 (-0,07 a 0,07 más)	⊕○○○ Muy baja ^{c,d}

*El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en el grupo sin la intervención se basa en el cuidado usual que y en el caso de los desenlaces del EP Bond 2004 en que no fue entregado el dato se asumió un riesgo basal de victimización de un 32%(13) y de 37,5% para bajo apego escolar(14)

IC: Intervalo de confianza; ECA: Ensayo controlado aleatorizado; DM: Diferencia de medias; NA: No aplica; OR: Odds Ratio; GRADE: Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation

1: Evaluado por reporte del estudiante respecto a ser objeto de burlas, que se propaguen rumores sobre ellos, exclusión deliberada o experiencia de amenazas o violencia. Los resultados reportados corresponden a los del primer año ya que el estudio no reporta la intensidad de la intervención durante el segundo año.

2:OR ajustado según línea de base por género, estructura familiar, nacimiento en Australia y si los padres fuman o no

3:La escala de apego a la escuela comprende 23 ítems y 5 subescalas. Estos ítems son sobre relaciones entre estudiantes, profesores, aprendizaje escolar y oportunidades de participación. Para clasificar el bajo apego a la escuela se utilizó el tercil más bajo.

4:Reportado por los profesores y estudiantes sobre la agresión individual de los estudiantes mediante las escalas The Verbal and Physical Bullying Scale-Victimization and The Verbal and Physical Bullying Scale-Perpetration- Teacher Version. Cuenta con 2 subescalas: agresión y victimización, la que se responde en una escala Likert donde 1=nunca y 5=siempre

a. Se disminuyen dos niveles de certeza de la evidencia debido a alto riesgo de sesgo en el cegamiento de los participantes, medición de los resultados, reporte de resultados y alto riesgo de sesgo de selección en la conformación de los grupos intervención y control. Evaluación entregada por la RS Cochrane Langford 2014.

b. Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia debido a que el IC 95% sobrepasa el no efecto y el IC falla en excluir los beneficios importantes o los riesgos importantes con un adecuado tamaño muestral

c. Se disminuyen dos niveles de certeza de la evidencia debido a que el estimador de efecto indica tanto un beneficio como un riesgo con un tamaño muestral pequeño

d. Se disminuyen dos niveles en la calidad de la evidencia debido a que no está claro si la asignación de la secuencia fue por azar ni si el reporte de los outcomes fue selectivo. La RS reporta alto riesgo de sesgo en el ocultamiento de la asignación, cegamiento de participantes y presencia de variables confundentes.



Hallazgo 2. Consulta escolar psiquiátrica comparado con cuidado usual para prevenir la violencia escolar

El ECA que evaluó la consulta escolar psiquiátrica para prevenir la violencia escolar se realizó en población escolar de 8 a 10 años en EEUU. La intervención consistió en una consulta escolar psiquiátrica de 4 horas semanales por 2 años e incluyó modificaciones en las estrategias de manejo del personal escolar y de los padres.

Los resultados del único ECA que evaluó esta comparación no permite establecer el efecto que tiene la consulta escolar psiquiátrica sobre la victimización, esto se debe principalmente al sesgo del estudio.

Resultado de salud (Outcome)	Efecto relativo (95% CI) -- Nº de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
		Con cuidado usual	Con consulta psiquiátrica	Diferencia (95% IC)		
Victimización ¹	OR: 0,94 (0,68 a 1,29%) -- Nº de participantes: 782 (1 ECA(12))	26,1%	24,9% (19,4 a 31,3%)	-1,2% (-6,7 a 5,2%)	⊕○○○ Muy baja ^{a,b}	No es posible establecer el efecto de la consulta escolar psiquiátrica en la población escolar en comparación con el cuidado usual sobre la victimización debido a que la certeza en la evidencia existente es muy baja.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en el grupo sin la intervención se basa en el cuidado usual.

IC: Intervalo de confianza; **ECA:** Ensayo controlado aleatorizado; **OR:** Odds Ratio; **NA:** No aplica; **GRADE:** *Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation*

1: Medido al finalizar la intervención través del "The Peer Experiences Questionnaire" que evalúa agresión verbal confrontativa, agresión física confrontativa y ostracismo o agresión relacional. Se les preguntó a los escolares con qué frecuencia les sucedió cada una de las acciones desde hace 4 meses, medido a través de una escala de Likert de 5 puntos (nunca, una o dos veces, algunas veces, aproximadamente una vez a la semana, varias veces a la semana). Esta variable se dicotomizó sobre si han sido o no víctimas de agresión. (15)

- a. Se disminuye un nivel la certeza de la evidencia ya que hubo alto riesgo de sesgo por no ocultamiento de participantes y personal. Esta evaluación se realizó a partir del análisis entregado por una revisión sistemática (16) que utilizó la herramienta Cochrane para riesgo de sesgo de ensayos controlados aleatorizados v.2011.
- b. Se disminuyen dos niveles de certeza de la evidencia debido a que el estimador de efecto indica tanto un beneficio como un riesgo

Hallazgo 3. Estrategias conductuales comparado con cuidado usual en población escolar conflictiva para prevenir la violencia escolar

El único ECA identificado para evaluar esta comparación, evaluó estrategias conductuales en población escolar masculina involucrada en intimidación y calificada como una seria amenaza para el funcionamiento armonioso de la escuela, fue realizado en Sudáfrica(9). La intervención consistió en un programa basado en el Modelo de Interacción Social para el desarrollo de la agresión e implicó un enfoque conductual para abordar el acoso. Fue implementado por estudiantes de psicología con una duración de 20 horas en total (2 veces por semana). Los componentes del programa conductual de 17 sesiones incluyeron tareas para el hogar, modelado, autoobservación, juegos de roles y un sistema de economía de fichas para reforzar comportamientos positivos.

Los resultados del único ECA que evaluó esta comparación no permite establecer el efecto que tiene la estrategia conductual en población escolar conflictiva sobre la prevención de la violencia escolar (agresión), esto se debe principalmente al sesgo del estudio.

Resultado de salud (Outcome)	Efecto relativo (95% CI) -- Nº de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
		Con cuidado usual	Con estrategias conductuales	Diferencia (95% IC)		
Agresión ¹	OR 0,68 (0,16 a 2,90) Nº de participantes: 36 (1 ECA(9))	50%	40,5% (13,8 a 74,4)	9,5% (-36,2 a 24,4)	⊕○○○ Muy baja ^{a,b}	No es posible establecer el efecto de las estrategias conductuales en población escolar conflictiva en comparación con el cuidado usual sobre la agresión debido a que la certeza de la evidencia existente es muy baja.

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en el grupo sin la intervención se basa en el cuidado usual que en el caso de los desenlaces que no fue entregado el dato, se asumió un riesgo basal de agresión de un 50%(17)

IC: Intervalo de confianza; **ECA:** Ensayo controlado aleatorizado; **OR:** Odds Ratio; **NA:** No aplica **RR:** Riesgo relativo; **GRADE:** *Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation*.

1: Los estudiantes tenían que calificarse a sí mismos de acuerdo a la frecuencia con la que exhiben el comportamiento agresivo durante los recreos, después del horario escolar y durante los fines de semana. La puntuación consistió en sumar la puntuación de calificación de los catorce elementos de las tres secciones.

a. Se disminuyen dos niveles en la calidad de la evidencia debido a que la RS fue calificada como alto riesgo de sesgo Esta evaluación se realizó a partir del análisis entregado por una revisión sistemática(18) que utilizó la herramienta Cochrane para riesgo de sesgo de ensayos controlados aleatorizados v.2008.

b. Se disminuyen dos niveles de certeza de la evidencia debido a que el estimador de efecto indica tanto un beneficio como un riesgo

Consideraciones de Implementación

Para el análisis de las consideraciones de implementación, durante la selección de títulos, resúmenes y texto completo de esta síntesis, se realizó una selección de revisiones sistemáticas que pudieran entregar antecedentes para el análisis de la aplicabilidad de la evidencia al contexto local, consideraciones económicas, equidad y de monitoreo y evaluación.

A continuación, se presentan algunas consideraciones para interpretar la evidencia mostrada en esta síntesis.

Consideraciones de Aplicabilidad

La evidencia aquí contemplada proviene de intervenciones realizadas en Estados Unidos(10,12), Australia(11) y Sudáfrica(9). Cabe señalar que los sistemas educativos son diferentes en cuanto a los recursos invertidos, el tiempo de horas en el aula de los estudiantes y el ratio de profesores según alumnos (13). En cuanto a la inversión, Chile gasta aproximadamente 6.524 dólares anuales por alumno en educación primaria y 6.287 en educación secundaria, mientras que Australia y Estados Unidos superan los 14.000 en ambos niveles (13).

Es necesario considerar que en Chile hay un promedio de 30 alumnos en educación primaria y 31 en educación secundaria por aula, en Australia la cifra baja a 24 y 25 respectivamente, mientras que en Estados Unidos son 20 y 25 alumnos por clase según el nivel(13). Chile cuenta con un promedio de 20 estudiantes por docente, cifra superior a los 15 alumnos promedio por profesor que tiene Estados Unidos, pero por debajo de Sudáfrica, que tiene un promedio de 29 (13). Este sería un elemento a considerar debido a que en Chile los docentes señalan que una de las razones de desmotivación laboral es la gran cantidad de alumnos por clase, pues esto dificulta la enseñanza y el aprendizaje (19). Esto, también fue identificado en una RS que analiza las barreras en la implementación de programas de violencia juvenil en Latinoamérica, destacando como una dificultad el bajo compromiso y la desmotivación de los interesados y proveedores de la intervención(20) .

Es necesario considerar el recurso humano con el que cuenta el establecimiento educativo y también en el sector salud, pues uno de los estudios incluidos consiste en la asistencia a una consulta psiquiátrica en el ambiente escolar (12). Considerando que en Chile la tasa de psiquiatras corresponde a 7,0x100.000 habitantes (21) y existe una brecha de 921 psiquiatras infanto-juveniles (22), se debe analizar la factibilidad de implementar intervenciones con estrategias como esta.

Por otro lado, este resumen incluyó únicamente intervenciones realizadas en un contexto de prevención primaria y a nivel comunitario y los investigadores, profesionales de salud y estudiantes que aplicaban las estrategias eran externos al centro educativo y que no provenían de un centro de salud asociado a la escuela. Ninguna de ellas se realizó en el mismo centro de salud. En ese sentido, Chile cuenta con programas centrados en el área de educación que cuentan con participación del sector salud (23,24), lo que podría constituir una puerta de entrada y un facilitador para la implementación de intervenciones de violencia escolar por parte del sector salud.

Una revisión sistemática incluida en este reporte señala que la intensidad y la duración de la intervención está directamente ligada a la efectividad de los resultados, especificando una relación de dosis-respuesta entre el número de componentes de la intervención, la duración en días e intensidad en horas de esta y la capacitación de profesores(8). Sin embargo, con las intervenciones incluidas en esta revisión - duración máxima de 20 horas y tiempos de intervención varían entre 5 semanas y 2 años, no se cuenta con la información necesaria para establecer una relación entre la duración o intensidad de la intervención y la efectividad en la disminución del acoso escolar.

Consideraciones Económicas

Un estudio de costo-efectividad realizado en Suecia en la que se analiza el “Olweus Bullying Prevention Program”, intervención basada en un manual que incluye acciones en 4 niveles: escuela, sala de clases, estudiantes y comunidad, y la cual es ejecutada por consultores entrenados y coaches certificados(25,26). Esta evaluación económica señala que este programa, con un costo de 4079 coronas suecas (€450) por estudiante, tiene como resultado el desembolso de 131.250 coronas suecas (€14.470) por víctima libre de sufrir bullying (26) . Otro estudio realizado en el mismo país de una intervención denominada KIVA, un programa educativo realizado por docentes que incluye a toda la comunidad educativa y que utiliza manuales, juegos en línea y herramientas de supervisión en línea (27,28) señala que este programa tiene un costo de 3686 SEK (corona sueca) por estudiante (€388), estimando una inversión €13,832 por cada año ganado con buena calidad de vida (QALY). Ambas intervenciones se pueden considerar rentables debido a que el umbral es inferior al valor aceptado en políticas de salud suecas, alrededor de €50000 (28).

Es preciso considerar que un estudio de costo-efectividad se realiza en el marco de un determinado país o contexto, por lo que la aplicación o extrapolación de los resultados del estudio al contexto nacional se debe realizar con precaución

Consideraciones de Equidad

La literatura señala que el sistema escolar chileno presenta uno de los niveles más altos de segregación socioeconómica entre los países que participan en el Programa Internacional de Evaluación de Estudiantes (PISA)(29). Por otro lado, también se reporta un fuerte vínculo entre desigualdad socioeconómica y violencia escolar, por lo que la efectividad de las intervenciones pueden verse afectadas por la inequidad económica(4).

Existe evidencia dirigidas a analizar la efectividad de intervenciones para prevenir la violencia escolar a poblaciones vulnerables como LGBTI+ (lesbianas, gays, travestis e intersexuales) o estrategias que apuntan a establecer diferencias de efectividad por sexo , sin embargo el foco de esta revisión fue la población escolar general, por lo cual la información relacionada con poblaciones específicas no fue reportada. A pesar de esto, es un aspecto a tener en cuenta al momento de implementar estrategias para reducir la violencia escolar.

Consideraciones de Monitoreo y Evaluación

Es necesario considerar que existen varios actores involucrados en la implementación de un programa de violencia escolar, siendo el principal actor el Ministerio de Educación, quienes



son los encargados de la distribución de los programas de educación implementados en Chile.

Una revisión incluida en esta síntesis señala que las escuelas son lugares que brindan oportunidades a la hora de intervenir y, dado la inextricable conexión entre salud y educación, disciplinas que apuntan a crear ambientes saludables, individuos educados que puedan contribuir a la sociedad, se hace necesario que ambas instituciones funcionen de manera conjunta. A pesar de esta conexión, a menudo se presentan barreras para la realización de una agenda mutua, operando estos departamentos de forma aislada (6).

En nuestro país se han implementado estrategias que buscan la integración del sector salud en el ámbito educativo, destacando la reciente “Estrategia de Bienestar y Convivencia”, un conjunto de medidas que buscan aportar al cuidado y reencuentro de familias, niños, niñas y adolescentes en el retorno a las aulas, destacando la creación de un Consejo Asesor para la Convivencia y la No Violencia que reúne a 13 expertos en salud mental, bienestar y convivencia, quienes orientarán políticas públicas en esta materia (30).

Los resultados analizados en esta revisión corresponden a evaluaciones realizadas inmediatamente posterior a la intervención, lo cual puede ser una limitante a la hora de encontrar resultados a largo plazo, considerando que diversos modelos señalan que los cambios conductuales son difíciles de lograr y deben ser evaluados a largo plazo(31) (32). En ese sentido, la inclusión de resultados con un periodo de seguimiento más largo podría llevar a observar resultados diferentes.

Existe evidencia sobre intervenciones enfocadas a prevenir la violencia escolar sexual implementadas por personal de salud, sin embargo esta evidencia fue excluida de esta síntesis ya que no era el foco de trabajo del solicitante. Sin embargo, sería importante considerar que este tipo de violencia sería más típicamente abordada por personal de salud que la prevención de violencia relacional entre estudiantes, esto pudiera ser la causa del bajo volumen de evidencia encontrada para esta síntesis.

Además, es necesario monitorear la publicación de nueva evidencia que evalúe intervenciones implementadas por personal de salud para prevenir la violencia ya que los desenlaces evaluados provienen de estudios con alto riesgo de sesgo y no permite conocer el verdadero efecto de las intervenciones.

Información Adicional

Citación sugerida

Departamento ETESA-SBE - Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia. ¿Cuál es el efecto de las intervenciones implementadas en APS por profesionales de la salud para prevenir la violencia escolar? Junio 2022. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: <https://etesa-sbe.minsal.cl/index.php/publicaciones/>

Autores

- Paula García-Celedón
- Nelson Vargas- Malebrán
- Carolina Castillo-Ibarra

Palabras Clave

Adolescent, grade schooler, violence, aggression bullying; Rapid Evidence Synthesis.

Revisión por pares

Esta síntesis fue comentada por:

- Rocío Bravo Jeria, Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia
- Deborah Navarro-Rosenblatt, Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia
- Dino Sepúlveda Viveros, Jefe de Departamento ETESA-SBE.

Declaración de potenciales conflictos de interés de los autores de esta SRE

Los autores declaran no tener conflictos de interés al respecto.

Referencias

1. UNESCO. Unesco. Más allá de los números: Poner fin a la violencia y el acoso en el ámbito escolar. [Internet]. [citado 1 de junio de 2022]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/in/documentViewer.xhtml?v=2.1.196&id=p::usmarcdef_0000378398&file=/in/rest/annotationSVC/DownloadWatermarkedAttachment/attach_image_port_ae835cf6-5909-4e1e-881c-b5f4e9affb55%3F_%3D378398spa.pdf&locale=es&multi=true&ark=/ark:/48223/pf0000378398/PDF/378398spa.pdf#2423_18_ED_bullying_INT_S.indd%3A.100682%3A305
2. MINEDUC. Maltrato Escolar [Internet]. [citado 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://ayudamineduc.cl/ficha/maltrato-escolar>
3. Rivara F, Menestrel SL, Prevention C on the B and PE of PVL for B, Board on Children Y, Justice C on L and, Education D of B and SS and, et al. Consequences of Bullying Behavior [Internet]. Preventing Bullying Through Science, Policy, and Practice. National Academies Press (US); 2016 [citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK390414/>
4. Contreras, D y Miranda, A. COES (Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social). Desigualdad de ingreso, violencia escolar y rendimiento escolar. [Internet]. COES; 2017 [citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://coes.cl/publicaciones/no8-desigualdad-de-ingreso-violencia-escolar-y-rendimiento-escolar/>
5. Melendez-Torres GJ, Tancred T, Fletcher A, Campbell R, Thomas J, Bonell C. Integration of academic and health education for the prevention of physical aggression and violence in young people: systematic review, narrative synthesis and intervention components analysis. *BMJ Open*. 2018;8(9):e020793.
6. Langford R, Bonell C, Jones H, Poulou T, Murphy S, Waters E, et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015;15(1):130.
7. Rebecca Langford, Christopher P Bonell, Hayley E Jones, Theodora Poulou, Simon M Murphy, Elizabeth Waters, et al. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;4(4):CD008958.
8. Farrington D, Baldry A, Kyvsgaard B, Ttofi M. School-Based Programs to Reduce Bullying and Victimization. *Campbell Syst Rev* [Internet]. 2010;6(6). Disponible en: <http://www.epistemonikos.org/documents/043c51d00d60bad6944906140d5835ea3b94f8be>
9. Meyer N, Lesch E. An Analysis of the Limitations of a Behavioural Programme for Bullying Boys from a Subeconomic Environment. *South Afr J Child Adolesc Ment Health*. 2000;12(1):59-69.
10. Couch LK. The Bullying Literature Project: An Evaluation of a Class-wide Bullying Intervention Program. 2015; Disponible en: <http://www.epistemonikos.org/documents/da41a7c620ceb2aed0cb2fc6a53205ebd1ba1ced>
11. Bond L, Patton G, Glover S, Carlin JB, Butler H, Thomas L, et al. The Gatehouse Project: can a multilevel school intervention affect emotional wellbeing and health risk behaviours? *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(12):997-1003.
12. Fonagy P, Twemlow SW, Vernberg EM, Nelson JM, Dill EJ, Little TD, et al. A cluster randomized controlled trial of child-focused psychiatric consultation and a school systems-focused intervention to reduce aggression. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50(5):607-16.
13. OECD. Education at a Glance 2021: OECD Indicators [Internet]. OECD; 2021 [citado



- 25 de mayo de 2022]. (Education at a Glance). Disponible en:
https://www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2021_b35a14e5-en
14. Lippman L, Rivers A. ASSESSING SCHOOL ENGAGEMENT: A GUIDE FOR OUT-OF-SCHOOL TIME PROGRAM PRACTITIONERS. :5.
 15. Vernberg EM, Jacobs AK, Hershberger SL. Peer Victimization and Attitudes About Violence During Early Adolescence. *J Clin Child Psychol.* agosto de 1999;28(3):386-95.
 16. Franklin C, Kim JS, Beretvas TS, Zhang A, Guz S, Park S, et al. The Effectiveness of Psychosocial Interventions Delivered by Teachers in Schools: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 1 de septiembre de 2017;20(3):333-50.
 17. Barbarin OA, Richter L. ADVERSITY AND PSYCHOSOCIAL COMPETENCE OF SOUTH AFRICAN CHILDREN. *Am J Orthopsychiatry.* julio de 1999;69(3):319-27.
 18. Sivaraman B, Nye E, Bowes L. School-based anti-bullying interventions for adolescents in low- and middle-income countries: A systematic review. *Aggress Violent Behav.* 1 de marzo de 2019;45:154-62.
 19. Ávalos B, Valenzuela JP. Education for all and attrition/retention of new teachers: A trajectory study in Chile. *Int J Educ Dev.* julio de 2016;49:279-90.
 20. Atienzo EE, Kaltenthaler E, Baxter SK. Barriers and Facilitators to the Implementation of Interventions to Prevent Youth Violence in Latin America: A Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis. *Trauma Violence Abuse.* octubre de 2018;19(4):420-30.
 21. Ministerio-de-Salud_2014_Informe-WHO-AIMS-II.pdf [Internet]. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en:
https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Ministerio-de-Salud_2014_Informe-WHO-AIMS-II.pdf
 22. Plan-de-Acción-Salud-Mental-2019-2025.pdf [Internet]. [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en:
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/Plan-de-Acci%C3%B3n-Salud-Mental-2019-2025.pdf>
 23. Instructivo-para-completar-Ficha-Salud-Integral-30.12.16.pdf [Internet]. [citado 1 de junio de 2022]. Disponible en:
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Instructivo-para-completar-Ficha-Salud-Integral-30.12.16.pdf>
 24. Seamos Comunidad [Internet]. [citado 1 de junio de 2022]. Disponible en:
<https://seamoscomunidad.mineduc.cl/index.html>
 25. Olweus Bullying Prevention Program, Clemson University [Internet]. [citado 22 de junio de 2022]. Disponible en: <https://olweus.sites.clemson.edu/about.php>
 26. Beckman L, Svensson M. The cost-effectiveness of the Olweus Bullying Prevention Program: Results from a modelling study. *J Adolesc.* 1 de diciembre de 2015;45:127-37.
 27. KiVa Antibullying Program | Youth.gov [Internet]. [citado 22 de junio de 2022]. Disponible en: <https://youth.gov/content/kiva-antibullying-program>
 28. Persson M, Wennberg L, Beckman L, Salmivalli C, Svensson M. The Cost-Effectiveness of the Kiva Antibullying Program: Results from a Decision-Analytic Model. *Prev Sci.* agosto de 2018;19(6):728-37.
 29. OECD. Education at a Glance 2011: OECD Indicators [Internet]. OECD; 2011 [citado 25 de mayo de 2022]. (Education at a Glance). Disponible en:
https://www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2011_eag-2011-en
 30. MINEDUC. «Estrategia de Bienestar y Convivencia» [Internet]. Ministerio de educación. 2022 [citado 1 de junio de 2022]. Disponible en:
<https://www.mineduc.cl/estrategia-de-bienestar-y-convivencia/>

31. Michie S, West R, Sheals K, Godinho CA. Evaluating the effectiveness of behavior change techniques in health-related behavior: a scoping review of methods used. *Transl Behav Med.* abril de 2018;8(2):212.
32. Cabrera G. El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Rev Fac Nac Salud Pública [Internet].* 2000 [citado 1 de junio de 2022];18(2). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/997>

Anexo 1: Estrategia de Búsqueda

NOMBRE PUBMED/BUSCADOR 1

Fecha de ejecución de la búsqueda: 21-04-2022

Estrategia 1:((((("Child"[Mesh]) OR ("Adolescent"[Mesh]) OR (youngster[Title/Abstract])) OR (((grade schooler[Title/Abstract]) OR (school boy[Title/Abstract])) OR (school girl[Title/Abstract])) OR ((schoolchild[Title/Abstract])))) AND (((("Bullying"[Mesh]) OR ((("Violence"[Mesh]) OR ("Aggression"[Mesh])) OR (abuse[Title/Abstract])))) AND (((("prevention and control" [Subheading]) OR (prevention[Title/Abstract])) OR (preventive[Title/Abstract])) OR (support[Title/Abstract]))))

NOMBRE EPISTEMONIKOS/BUSCADOR 2

Fecha de ejecución de la búsqueda: 21-04-2022

Estrategia 1:(title:(title:("Child" OR "Adolescent" OR youngster OR "grade schooler" OR "school boy" OR "school girl" OR "schoolchild") OR abstract:("Child" OR "Adolescent" OR youngster OR "grade schooler" OR "school boy" OR "school girl" OR "schoolchild")) AND (title:(Bullying OR Violence OR Aggression OR abuse AND (prevention OR preventive OR support))) OR abstract:(Bullying OR Violence OR Aggression OR abuse AND (prevention OR preventive OR support)))) OR abstract:(title:("Child" OR "Adolescent" OR youngster OR "grade schooler" OR "school boy" OR "school girl" OR "schoolchild") OR abstract:("Child" OR "Adolescent" OR youngster OR "grade schooler" OR "school boy" OR "school girl" OR "schoolchild")) AND (title:(Bullying OR Violence OR Aggression OR abuse AND (prevention OR preventive OR support))) OR abstract:(Bullying OR Violence OR Aggression OR abuse AND (prevention OR preventive OR support))))

NOMBRE MEDLINE/BUSCADOR 3

Fecha de ejecución de la búsqueda: 21-04-2022

Estrategia 1:

1= (child or adolescent or youngster or "grade schooler" or "school boy" or "school girl" or schoolchild).ti,ab.

2=(Bullying or Violence or Aggression or abuse).ti,ab.

3=(prevention or preventive or support).ti,ab.

2 AND 3

1 AND 4

NOMBRE LILACS/BUSCADOR 4

Fecha de ejecución de la búsqueda: 21-04-2022

Estrategia 1: (((mh: (Bullying OR "acoso escolar" OR violencia OR agresión)) OR abuso)
AND ((mh:prevención & control) OR prevención)) AND ((mh:pubertad OR adolescente) OR
escolar)