Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento

Intervenciones en Contexto Escolar para Mejorar el Bienestar Psicosocial y Emocional de Adolescentes y Jóvenes Migrantes desde un Enfoque Integral Escolar: Abriendo la Caja Blanca

School-based Interventions to Improve Migrant Adolescents and Youth' Psychosocial and Emotional Well-Being from a Whole-School Approach: Unboxing the "White Box"

Miruna Bivol

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Máster Universitario en Investigación en Psicología

Trabajo Fin de Máster: Desarrollo emocional en la infancia

Director/a: Laura Quintanilla Cobián

2022/2023

Dentro del marco del proyecto Strengthening Social Support Systems for Migrant and Refugee Adolescents in Secondary Education (SURE) – Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

Nota de la autora

En primer lugar, quiero agradecer a la profesora Laura Quintanilla, tutora académica, por su asesoramiento y apoyo durante la realización de este trabajo. Mi agradecimiento se extiende a todos los miembros del equipo SURE cuyos comentarios en reuniones grupales contribuyeron a mejorar este trabajo. Agradecimiento también a la Dra. Laura Granizo y la Dra. Julia Shenderovich quienes me han asesorado y ayudado a resolver dudas compartiendo su conocimiento y experiencia. Agradezco profundamente a la Dra. Rocío Herrero, Investigadora Principal del Proyecto SURE, así como a la Dra. Cristina del Barrio y al Dr. Kevin van der Meulen por la oportunidad de formar parte del equipo SURE y por su constante supervisión y orientación durante todo este proceso.

Resumen

La escuela es el primer espacio en el que los estudiantes migrantes llevan a cabo su adaptación cultural y el principal lugar de contacto entre estudiantes migrantes y nativos, por lo que es el lugar ideal para los programas que tienen como objetivo promover la integración y la inclusión (Eurydice, 2019). La meta-revisión de Meroni y Velasco (2023) señala el enorme potencial de las intervenciones escolares basadas en un enfoque holístico para mejorar el bienestar de los estudiantes migrantes. Sin embargo, a pesar de los numerosos programas escolares que se han desarrollado para promover la salud, la educación y la adaptación, poco se sabe sobre el proceso de implementación (Goldberg et al., 2019; Meroni y Velasco, 2023). El propósito de este estudio es realizar una revisión de procesos de intervenciones en contexto escolar -cuyo enfoque es integral- para mejorar el bienestar psicosocial y emocional de adolescentes y jóvenes migrantes en países con altos ingresos. Se trata de abrir "la caja blanca" para obtener una visión más clara de cómo y por qué determinados elementos contribuyen al éxito o fracaso de una intervención concreta (Stame, 2004). Esta investigación se ha realizado de acuerdo con la declaración PRISMA. Se estudian los enfoques teóricos en los que se basan dichos programas, los materiales formativos, el procedimiento de la intervención, los administradores y los destinatarios, cómo, dónde y cuándo se realiza la intervención, la duración de las intervenciones, las adaptaciones y modificaciones (si las hubiera), la fidelidad y el grado de éxito de las intervenciones. La evidencia presentada en este estudio puede ayudar a investigadores, profesionales y responsables políticos a tomar decisiones en las áreas de la educación y la salud relacionadas con adolescentes y jóvenes migrantes.

Palabras clave: *Adolescentes, jóvenes, migrantes, evaluación de procesos, implementación, intervención, bienestar, enfoque escolar integral*

Abstract

The school is the first space in which migrant students engage in their cultural adaptation and the main place of contact between migrant and native students, making it the ideal place for programs that aim to promote integration and inclusion (Eurydice, 2019). The umbrella review by Meroni and Velasco (2023) highlights the enormous potential of school-based interventions using an holistic approach to improve the well-being of migrant students. However, despite the numerous school-based programs that have been developed to promote health, education, and adaptation, little is known about the implementation process (Goldberg et al., 2019; Meroni and Velasco, 2023). The purpose of this study is to conduct a process review of school-based interventions to improve the psychosocial and emotional well-being of migrant adolescents and youth in high-income countries from a whole-school approach; and thus "open the white box" to obtain a clearer picture of how and why certain elements contribute to the success or failure of a

particular intervention (Stame, 2004). This research has been conducted in accordance with the PRISMA statement. Theoretical approaches underpinning such programs, training materials, intervention procedure, administrators and recipients, how, where and when the intervention is delivered, duration of interventions, adaptations and modifications (if any), fidelity and degree of success of the interventions are studied. The evidence presented in this study can assist researchers, practitioners, and policy makers in making decisions in the areas of education and health related to migrant adolescents and youth.

Keywords: *Adolescents, youth, migrants, process evaluation, implementation, intervention, wellbeing, whole school approach*

Índice

Introducción ***6***

Procesos Migratorios 6

Qué se Entiende por "Migrante" 6

Efectos de la Migración en el Bienestar Psicosocial y Emocional de Adolescentes y Jóvenes Migrantes 7

La Escuela como Lugar de Intervención para Promover el Bienestar de Adolescentes y Jóvenes Migrantes 9

Intervenciones Basadas en Contexto Escolar para Mejorar el Bienestar y Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes Migrantes 11

Enfoque Escolar Integral o *Whole school approach* 12

Abriendo la "Caja Blanca" 16

Método ***19***

Estrategia de Búsqueda 19

Criterios de Inclusión y Exclusión 20

Selección de Estudios y Extracción de Datos 23

Resultados ***24***

Descripción de Objetivos, Estrategias y Fundamentos Teóricos de las Intervenciones 27

Evaluación de la Implementación 33

Materiales 33

Procedimiento y Actividades Complementarias a la Intervención 34

Quién Realiza la Intervención 39

Cómo se Implementa 43

Dónde 43

Cuándo y Cuánto 43

Adaptaciones 44

Modificaciones 45

Grado de Éxito Planificado 45

Grado de Éxito Real 46

Evaluación de Resultados 46

Discusión ***52***

Limitaciones 56

Referencias ***57***

Introducción

Procesos Migratorios

El Informe sobre las migraciones en el mundo de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2022) señala un aumento en el número de migrantes internacionales[1], que llega a los 281 millones de personas en 2020, lo que representa el 3,6% de la población mundial. Europa fue el principal destino con 87 millones de migrantes, seguido de Asia, con 86 millones y América del Norte, con 59 millones. La proporción estimada de menores de 19 años entre los migrantes internacionales disminuyó a un 14,6% en 2022.

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2022) calcula que 108,4 millones de personas fueron forzadas a desplazarse en todo el mundo a finales de 2022 debido a persecuciones, conflictos, entre otros motivos. Concretamente, 35,3 millones eran refugiados, 62,5 millones desplazados internos, 5,4 millones solicitantes de asilo y 5,2 millones personas necesitadas de protección internacional. El número de refugiados aumentó en un 35% debido a los refugiados de Ucrania y estimaciones revisadas de afganos. Europa, Turquía incluida, acogió a más de un tercio de todos los refugiados, con Turquía como el mayor país de acogida con 3,6 millones de refugiados a finales de 2022 seguida de Alemania que acogió a casi 2,1 millones. Según ACNUR (2022) los[2] niños representan el 40% de todos los desplazados forzosos a nivel mundial.

Qué se Entiende por "Migrante"

Actualmente, no existen definiciones universalmente acordadas de "migración" o "migrante". Según la última actualización del Glosario de la OIM sobre Migración (edición de 2019), la migración se define como el "movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un país" (p. 124). Por tanto, un migrante es cualquier persona que se marcha fuera de su lugar de residencia habitual, temporal o permanentemente, dentro o fuera de un país o a través de una frontera internacional, por diversas razones. Este término incluye a

[1] Según las Recomendaciones sobre Estadísticas de las Migraciones Internacionales de las Naciones Unidas se define como "migrante internacional" a toda persona que cambia de país de residencia habitual, distinguiéndose entre los "migrantes por breve plazo" (que cambian de país de residencia habitual por períodos de al menos tres meses, pero inferiores a un año) y los "migrantes por largo plazo" (que se trasladan por períodos de al menos un año). Importante tener en cuenta que no todos los países utilizan esta definición en la práctica.

[2] Por economía lingüística, en este trabajo se utiliza el masculino incluyendo el resto de géneros.

trabajadores migrantes, personas objeto de tráfico; estudiantes internacionales entre otros (OIM, 2022).

La controversia en la definición de migrante radica en incluir o no a las personas refugiadas. Mientras que organizaciones como la OIM mantienen un enfoque inclusivo (*inclusivist approach*); otras como ACNUR abogan por un enfoque residual (*residualist approach*). Un enfoque inclusivo comprende todas las formas de movimiento, en las que se encuentran las personas refugiadas, trabajadores extranjeros, entre otros y descarta los viajes de personas por motivo de ocio o vacaciones o tratamientos médico, etc. En la Tabla 1 se muestran, a modo de resumen, las definiciones de inmigrante, refugiado, desplazados, solicitantes de asilo y menores no acompañados según el Glosario de la OIM sobre Migración (edición de 2019). Desde un enfoque residual las personas que huyen de las guerras o la persecución -los refugiados- son excluidas de la definición y agrupa a las personas por algunos tipos de movimientos, pero no por otros. El principal argumento contra una definición inclusiva es la posible invisibilidad de las necesidades de protección jurídica de las personas refugiadas. Carling (2023) señala que una postura inclusiva: (1) reconoce que todo migrante (no solo los refugiados) puede ser una persona que cumpla los criterios para recibir protección internacional; (2) previene la discriminación; (3) da prioridad a las personas entendiendo que los refugiados son un grupo importante de migrantes con derechos específicos, como ocurre con los niños por ejemplo; (4) al tener un término genérico facilita atender mejor las necesidades de estas personas ya que es difícil determinar quién es o no refugiado y (5) preserva el significado de migración al reconocer que los refugiados también dejan su país natal para trasladarse a un país de destino diferente.

Siguiendo este argumento este trabajo aboga por una posición inclusiva. Es decir, se utilizará el término migrante para hacer referencia a personas que salen de su país de residencia para vivir en un país de destino diferente reconociendo que existen grupos importantes de migrantes (como inmigrantes, refugiados, desplazados, solicitantes de asilo, menores no acompañados o menores separados) con necesidades y derechos específicos.

Efectos de la Migración en el Bienestar Psicosocial y Emocional de Adolescentes y Jóvenes Migrantes

Migrar a otro país puede tener efectos tanto positivos como negativos en el bienestar psicosocial y emocional de los adolescentes y jóvenes migrantes. Según

Magyar y Keyes (2019) el bienestar emocional implica la satisfacción vital, la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo. El bienestar psicosocial se entiende como un término amplio que abarca tanto el bienestar psicológico como el bienestar social. El bienestar psicológico hace referencia al estado general de salud mental y funcionamiento personal. Incluye aspectos como la autoevaluación positiva, el desarrollo personal continuo, la sensación de propósito y significado en la vida, relaciones satisfactorias con otros, la capacidad de gestionar eficazmente la vida y el mundo que nos rodea, y una sensación de autodeterminación (Ryan y Deci, 2001; Ryff, 1989). El bienestar social se relaciona con el funcionamiento e integración social de un individuo en la comunidad e incluye aspectos como la integración social, las contribuciones a la sociedad, la coherencia social, la actualización y la aceptación social (Keyes, 1998).

Numerosos estudios han investigado la compleja dinámica entre la migración y el bienestar psicosocial y emocional. Delaruelle et al. (2021) realizaron un estudio con adolescentes de 11, 13 y 15 años de 29 países para evaluar la asociación entre los antecedentes de inmigración su la salud mental, y el papel moderador del capital social en el ámbito individual, escolar y nacional. Los resultados indicaron que los inmigrantes de primera[3] y segunda generación[4] reportaron niveles más altos de insatisfacción con la vida y síntomas psicosomáticos (dolores de cabeza, problemas gastrointestinales entre otros malestares físicos relacionados con el estrés emocional) que sus compañeros nativos. La revisión sistemática realizada por Belhadj et al. (2014) reveló que los niños y adolescentes migrantes en Europa tienden a mostrar mayores niveles de depresión o ansiedad que sus compañeros nativos. Es posible que estos síntomas y los desafíos y tensiones de la adaptación a una nueva cultura y entorno estén asociadas. No obstante, las autoras concluyen que tener un origen migrante no es un factor predictor de tener mayores problemas conductuales o emocionales. Es decir, la migración en sí misma no funciona necesariamente como un factor de riesgo.

Gatt et al. (2020) compararon la resiliencia, bienestar y comportamientos de salud mental en adolescentes migrantes y no migrantes con distintos niveles de exposición al trauma en seis países (Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, China,

[3] Personas que han nacido en otro país y se han convertido en ciudadanos y residentes del país de acogida tras la reubicación.
[4] Personas no migrantes de padres migrantes.

Sudáfrica y Canadá). Participaron 194 adolescentes -migrantes y no migrantes- entre 10 y 17 años. Los resultados revelaron que, en todos los países, los adolescentes migrantes reportaron una media más alta de sucesos traumáticos en el último año que sus compañeros nativos. Sin embargo, fueron los adolescentes migrantes quienes mostraron mayores recursos de resiliencia en comparación con los no migrantes. Esto sugiere que la propia experiencia de migración puede fortalecer la capacidad de adaptación de los jóvenes.

Delaruelle et al. (2021) observaron que los factores protectores para la salud mental de los adolescentes migrantes eran el apoyo social de compañeros y familiares y la confianza a nivel nacional. No obstante, se encontró que las relaciones de apoyo entre profesorado y alumnado ofrecían más protección contra la mala salud mental en adolescentes nativos que en adolescentes migrantes. En general, numerosos estudios destacan el papel fundamental del apoyo social en el bienestar de los migrantes (Abu-Kaf et al., 2021; Khawaja et al., 2017; Martiny et al., 2020). La investigación realizada por Lee et al. (2019) señala que el biculturalismo se relaciona positivamente con la autoestima, lo que a su vez influye en el bienestar autopercibido de los jóvenes migrantes en Hawái. Esto sugiere que el apoyo social y la identidad cultural pueden tener un impacto positivo en el bienestar. Es más, algunos autores señalan la identidad étnica como una variable predictora del bienestar de los jóvenes migrantes (Guler y Berman, 2019; Lee et al., 2020; Moinolmolki, 2019) encuentra que la identidad étnica es predictora del bienestar de los jóvenes migrantes.

Es importante recordar que la experiencia de migración es única para cada individuo y puede variar según factores como la edad, el país de origen, el país de destino y las circunstancias personales. Es primordial conocer las necesidades específicas de los adolescentes y jóvenes migrantes, así como los recursos de los que ya disponen, con el objetivo de brindarles apoyos que garanticen una transición exitosa y una adaptación positiva, en definitiva, que promuevan su bienestar psicosocial y emocional.

La Escuela como Lugar de Intervención para Promover el Bienestar de Adolescentes y Jóvenes Migrantes

Las escuelas son lugares donde los jóvenes pasan gran parte de su tiempo. Según los Principios de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud (OMS, 1986) la escuela no consiste solo en educar a la gente para que lleve una vida más sana, o de

utilizarla como un canal para identificar a personas con las que intervenir. La escuela debe preocuparse de garantizar que los entornos en los que las personas “viven, trabajan, aman y juegan” favorezcan la salud y el bienestar. Desde un enfoque socioecológico el bienestar y salud mental de una persona puede estar influenciado por diversos factores como la genética (factores individuales), la escuela y la familia (microsistema), las interacciones entre la escuela y la familia (mesosistema), el trabajo de las familias, (exosistema), políticas, cultura y sistemas económicos (macrosistemas) y cambios en todo lo anterior a lo largo del desarrollo y de la historia (cronosistema). No obstante, las puntuaciones en diversos componentes de la salud mental no suelen variar tanto entre centros escolares (Shackleton et al., 2016). Una posible explicación podría ser que muchas de las formas en que las escuelas influyen en la salud mental son similares en todos los centros. Además, es probable que muchas de las actividades que realizan los colegios como parte de su día a día (y que no consideramos intervenciones) probablemente benefician (o perjudican) en gran medida la salud mental. Además, hay que tener en cuenta que las escuelas también pueden ser fuentes de exposición a riesgos como el acoso y la exclusión social (Moore, 2023).

Es importante resaltar que es probable que subgrupos de jóvenes corran un mayor riesgo de tener peores niveles de bienestar (Moore et al., 2017, 2020). Por ejemplo, los niños de familias pobres, aquellos con trastornos del desarrollo neurológico, personas de etnias minoritarias o de origen migrante.

Las escuelas pueden tener importantes repercusiones, reales y potenciales, en el bienestar y salud mental, tanto positivas como negativas. Sin embargo, también pueden ser instituciones que reflejen, afiancen, legitimen y reproduzcan las desigualdades en la sociedad en general. Por ello, es de vital importancia la implementación de intervenciones basadas en evidencia que contribuyan a mejorar el bienestar. Sin embargo, es poco realista pensar que la escuela puede hacerlo todo. La colaboración de la escuela con otros agentes podría ser un recurso de gran importancia para construir entorno más saludable para toda la comunidad educativa. Cuando se habla de adolescentes o jóvenes migrantes será de vital importancia identificar y comprender sus necesidades específicas y plantear intervenciones ajustadas que aumenten el potencial de mejora de la salud mental (y limitar el potencial perjudicial para la salud) de las escuelas.

Intervenciones Basadas en Contexto Escolar para Mejorar el Bienestar y Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes Migrantes

La meta-revisión o revisión "paraguas" realizada por Meroni y Velasco (2023) evidencia el enorme potencial de las intervenciones basadas en contexto escolar para mejorar el bienestar social, emocional y físico y las habilidades académicas de estudiantes migrantes y refugiados. Concretamente, demostraron ser eficaces las intervenciones centradas en técnicas creativas y expresivas. Aunque las autoras explican que la magnitud del impacto varía según los estudios, este tipo de técnicas consiguen reducir significativamente los síntomas de depresión, ansiedad, TEPT y problemas de conducta y mejoran el bienestar general, ajuste emocional, problemas con los compañeros y relacionales, resolución de conflictos, resolución de problemas, afrontamiento de pérdidas, conexión con los demás, sentido de pertenencia, felicidad e identidad (Tyrer y Fazel, 2014). El entrenamiento en habilidades sociales y emocionales mostraron resultados mixtos que se relacionan con características propias de los programas. Mientras que algunos estudios informan de un impacto significativo sobre la motivación, la integración, la felicidad, la agresividad, la ansiedad, la depresión, el afrontamiento de situaciones estresantes y los problemas de conducta; otros no informan de efectos sobre la competencia social y las conductas externalizantes (Beelmann et al., 2021; Charbonneau et al., 2022). Las evaluaciones de intervenciones basadas en el apoyo entre iguales han mostrado tener influencia positiva en las relaciones y el respeto cultural, mayor empatía y sentido de agencia o *agency* (Bennouna et al., 2019; Rousseau y Guzder, 2008). Los resultados relacionados con esta técnica indican su posible eficacia, aunque las autoras señalan la necesidad de evaluaciones que midan los efectos a largo plazo. El aprendizaje activo y cooperativo sobre temas culturales se relaciona con la reducción de los sentimientos de desconfianza y aumento del sentido de agencia, mejora de la convivencia y expresión de empatía y mejora de comportamientos y actitudes (Charbonneau et al., 2022). El compromiso familiar puede tener resultados muy positivos tanto para los padres como para los hijos. Aunque la implementación puede ser difícil, contar con el compromiso de las familias mejora de las prácticas de crianza, la comunicación, la calidad de la relación padres-hijos, el funcionamiento familiar, los sentimientos de seguridad y la motivación. Además, reduce los comportamientos agresivos y los síntomas psicológicos (Rousseau y Guzder, 2008). Las intervenciones que implican a la comunidad en las escuelas también muestran resultados positivos para el desarrollo de habilidades y conocimientos sobre algunos

temas de salud. Además, pueden ser eficaces para reducir el estigma asociado a la salud mental (Xin, 2020).

Meroni y Velasco (2023) afirman que las intervenciones que combinan diferentes técnicas para abordar diferentes objetivos de intervención y en las cuales exista un compromiso de las partes interesadas mejoran los efectos de la intervención. No obstante, advierten que existen limitaciones para llegar a conclusiones sobre la eficacia de intervenciones en relación con estrategias basadas en: (1) habilidades individuales (entrenamiento en habilidades socioemocionales; la formación académica, cognición y aprendizaje; apoyo y asesoramiento educativo y profesional, orientación y tutoría; educación e información sanitaria); (2) entrono social de la escuela (concretamente el apoyo entre iguales); (3) servicios de salud y sociales (concretamente la mediación lingüística y cultural); (4) enlaces con la comunidad (concretamente intervenciones que impliquen a la comunidad en la escuela). Se trata de limitaciones metodológicas relacionadas con la falta de definiciones claras sobre la intervención evaluada (como es el caso de las intervenciones basadas en el entrenamiento en habilidades socioemocionales) y el número reducido de estudios que evalúan algunas de estas estrategias (como el apoyo entre iguales y las intervenciones que implican a la comunidad en la escuela). Otra laguna de investigación señalada por las autoras es la falta de investigaciones que evalúen el impacto de las intervenciones basadas en contexto escolar para alumnado migrante a largo plazo.

Enfoque Escolar Integral o *Whole school approach*

El "Enfoque de Escuela Integral" o "*Whole School Approach*" o "*Whole School Community*" no es un concepto nuevo. A finales de los años 80, la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebra la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa. Fruto de este evento se elabora una carta de acción (OMS 1996) donde se sugiere un enfoque basado en la comunidad que reconozca las influencias sociales, políticas y medioambientales sobre la salud y establece los principios para el desarrollo de un enfoque holístico para promover la salud en las escuelas.

La aplicación de estos principios al contexto educativo derivó en el marco de las Escuelas Promotoras de Salud (EPS), que busca promover y apoyar la adopción de estilos de vida más saludables (Langford et al., 2014). La EPS se basa en un enfoque de escuela integral que identifica seis componentes: (1) competencias individuales en

materia de salud y acción, hace referencia a los conocimientos y competencias que permiten al alumnado adoptar medidas relacionadas con la salud, el bienestar y el rendimiento escolar (por ejemplo, la alfabetización sanitaria o las competencias para la vida diaria); (2) el entorno físico de la escuela como los edificios, terrenos o alrededores del centro educativo; (3) el entorno social de la escuela, se refiere a la calidad de las relaciones del alumnado con el personal de la escuela (4) las políticas escolares saludables, documentos claros que indican prácticas aceptadas y destinadas a promover el bienestar y salud de los estudiantes, (5) la colaboración de los servicios de salud, hace referencia a todos los servicios escolares responsables de promover la salud del alumnado a través de servicios específicos, y (6) los vínculos con la comunidad que incluye la colaboración entre la escuela y las familias del alumnado y grupos o líderes de la comunidad (IUHPE 2008; Meroni y Velasco, 2023). La revisión realizada por Langford et al. (2014) indica que no existe una definición clara para Escuela Promotora de Salud. Es más, en otros trabajos es común el uso de una definición más sencilla, de tres componentes que ya incluyen los seis anteriores. La meta-revisión realizada por Meroni y Velasco (2023) analiza un total de 21 estudios bajo el marco de la EPS. Las autoras identificaron estrategias relacionadas con cinco de los seis componentes concluyendo que el enfoque integral de la escuela propuesto por el modelo de EPS para la promoción de la salud es un marco adecuado. Sin embargo, señalan la escasez de conocimientos sobre el impacto del enfoque de la EPS en las poblaciones escolares inmigrantes.

Actualmente existe la Red de Escuelas para la Salud (Red SHE, https://www.schoolsforhealth.org/) en Europa que tiene por objetivo apoyar a organizaciones y profesionales en el desarrollo de las escuelas como promotoras de salud. Hoy en día más de 30 países, España incluido, son miembros de esta red. Según la Red SHE una escuela promotora de la salud es aquella que aplica un plan estructurado y sistemático para promover la salud, el bienestar y el desarrollo de todo el alumnado, el personal docente y no docente. Turunen et al. (2017) explica que esto se caracteriza como un enfoque escolar integral de la salud y el bienestar.

Según la definición de la OMS (1998) el “Enfoque de Escuela Integral” o “W*hole School Approach*” comprende tres componentes clave. El componente de currículum, enseñanza y aprendizaje hace referencia a la enseñanza de competencias mediante la aplicación de intervenciones basadas en evidencia; el modelado de

competencias socioemocionales y las oportunidades continuas y constantes de practicar estas competencias en situaciones cotidianas del aula. El segundo componente se refiere a la ética y clima escolar. Es decir, medidas no curriculares (como políticas, relaciones sociales, formación de todo el personal, estructura organizativa y actividades diarias) que refuerzan las competencias y promueven un clima escolar positivo. Por último, el enfoque incluye las relaciones con las familias y las partes interesadas de la comunidad para ampliar las oportunidades de aprendizaje y garantizar el acceso a los servicios para los estudiantes que necesitan ayuda adicional. Cohen et al. (2015) explica que este enfoque requiere la colaboración de toda la comunidad escolar –alumnado, padres, cuidadores, directores, profesores, personal de la escuela, miembros y líderes de la comunidad. Se trata de un enfoque multicomponente que tiene por objetivo promover el bienestar y abordar los problemas de salud mental en las escuelas (Weare, 2015). Según Cohen et al. (2015) todas las partes necesitan desarrollar una visión compartida sobre qué tipo de escuela quieren llegar a conseguir. Para logarlo, es fundamental que todas las partes estén comprometidas significativamente y se sientan intrínsecamente motivadas para aprender y trabajar juntas.

En general, tanto el enfoque Escuela Promotora de Salud como el enfoque escolar integral buscan promover la salud y el bienestar de manera integral y holística en las escuelas. No obstante, existen algunas cuestiones que deben tenerse en cuenta. Según Turunen et al. (2017) el “Enfoque Integral Escolar” o “WSA” es resultado de la adaptación del enfoque de “Escuela Promotora de Salud” o “HPS” en diferentes países europeos, adoptando términos similares según el país como “escuelas saludables” o “escuelas buenas y saludables”. Es por lo que las dimensiones que comprenden ambos enfoques son las mismas (políticas escolares saludables, entorno físico de la escuela, entorno social de la escuela, aptitudes individuales para la salud y competencias para la acción, vínculos con la comunidad y servicios sanitarios) (Turunen et al., 2017). No obstante, otros autores diferencian ambos enfoques, así como de las dimensiones que los comprenden y se decantan por uno de ellos (Goldberg et al., 2019). También es posible que existan diferencias conceptuales entre ambos enfoques. Igualmente, cada enfoque puede priorizar determinadas estrategias, prácticas y componentes.

En este trabajo consideramos ambos enfoques como similares. No obstante, optamos por un Enfoque de Escuela Integral, ya que pone mayor énfasis en la participación comunitaria en sentido amplio y la integración de la salud en el currículum

escolar. El enfoque de la Escuela Promotora de Salud incide más en la importancia en la promoción de estilos de vida más saludables a través de la creación de entornos saludables. En esta investigación se analizan intervenciones que buscan promover el bienestar psicosocial y emocional atendiendo a tres componentes: el currículum, enseñanza y aprendizaje, la ética y clima escolar y las relaciones con las familias y la comunidad.

Un enfoque escolar integral auténtico es el que entiende que el bienestar y la salud mental "es cosa de todos y todas", donde verdaderamente existe una participación del alumnado, el profesorado, el equipo directivo, el personal de la escuela, las familias, agencias externas y la comunidad en general (Weare, 2015). Algunos revisores sugieren que las intervenciones escolares que adoptan un enfoque holístico no logran mostrar impacto (Durlak et al., 2011; Langford et al., 2014). Sin embargo, esto puede deberse diversos factores como la heterogeneidad de las intervenciones, la adaptación a diferentes contextos, las dificultades para establecer grupos de comparación adecuados o cómo y cuándo se miden los resultados (Craig et al., 2008; Grant et al., 2013; Moore et al., 2015). Algunas revisiones indican que es más probable que un enfoque escolar integral produzca un cambio positivo duradero que las intervenciones individuales en el aula (Blank et al., 2009; Weare y Nind 2011). Un metaanálisis reciente indica que las intervenciones basadas en contexto escolar y en un enfoque escolar integral producen efectos pequeños pero significativos en el ajuste social y emocional, el ajuste conductual y los síntomas internalizantes de niños y adolescentes. (Goldberg et al., 2019). Es más, el uso de este enfoque está recomendado por diferentes instituciones como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Comisión Europea, el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE, por sus siglas en inglés) o el Departamento de Educación del Reino Unido.

La escuela es el primer espacio institucional y social en el que los estudiantes migrantes llevan a cabo su adaptación cultural y el principal lugar de contacto entre estudiantes, migrantes y nativos, por lo que es el lugar ideal para los programas que tienen como objetivo promover la integración y la inclusión (CE, EACEA, Eurydice, 2019).

Abriendo la "Caja Blanca"

La metarevisión llevada a cabo por Meroni y Velasco (2023) evidencia el enorme potencial de las intervenciones basadas en la escuela para mejorar el bienestar de los adolescentes inmigrantes. Según las autoras, las necesidades de los jóvenes inmigrantes no pueden abordarse solo desde el individuo, sino que debe prestarse más atención al entorno social para abordar la compleja interacción entre factores individuales y estructurales. No obstante, a pesar de los numerosos programas escolares que se han desarrollado para prevenir problemas socioemocionales y de comportamiento y para promover la salud, la educación y la adaptación de los estudiantes inmigrantes, poco se sabe acerca de su implementación (Goldberg et al., 2019; Meroni y Velasco, 2023).

Adoptar un enfoque en la evaluación realista resulta crucial (Pawson and Tilley, 1997; Salter y Kothari, 2014) puesto que nos proporciona información sobre "qué", "cómo" y "por qué" funcionan los programas (Durlak y DuPre, 2008; Moore et al., 2015; Skivington et al., 2021). Las evaluaciones de procesos son estudios diseñados para comprender cómo se implementa y se lleva a cabo una intervención compleja, examinando el contexto en el que se presenta un programa, los mecanismos de impacto y los factores que pueden influir en los resultados (Moore et al., 2015; Skivington et al., 2021). Según Skivington et al. (2021) las intervenciones complejas comprenden múltiples componentes interrelacionados que interactúan entre sí y con el contexto en el que se implementan. Las intervenciones en contextos educativos que adoptan un enfoque escolar integral son un buen ejemplo de este tipo de intervenciones.

El Consejo de Investigación Médica del Reino Unido (Medical Research Council; MRC) publicó un marco para investigadores y financiadores sobre el desarrollo y la evaluación de intervenciones en el año 2000 y una guía revisada en 2006 (Campbell et al., 2000; Craig et al., 2006, 2008). A partir de este momento, han surgido estudios complementarios con orientaciones más detalladas sobre el proceso de investigación incluidos en un nuevo marco encargado por el Instituto Nacional de Salud (NIHR) y el MRC (O'Cathain et al., 2019; Craig et al., 2012; Craig et al., 2018; Moore et al., 2015; Moore et al., 2021). Concretamente, Moore et al. (2015) proponen un nuevo modelo basándose en los temas de evaluación descritos en las intervenciones complejas del MRC de 2008 para llevar a cabo la evaluación de procesos de manera sistemática y rigurosa. Desde este marco de referencia se entiende que el propósito de la

evaluación de procesos es comprender la relación entre la implementación de una intervención y sus resultados, identificando los elementos clave que contribuyen al éxito o fracaso de la intervención.

Según los autores la evaluación de procesos de intervenciones complejas comprende cinco funciones clave. En primer lugar, el modelo debe proporcionar una descripción clara de la intervención objetivo de evaluación y aclarar las hipótesis causales. Esto implica identificar y definir en qué consiste la intervención (objetivos), cómo se llevará a cabo (estrategias) y cómo se espera que funcionen (supuestos, teoría del cambio o componentes clave de la intervención). Los autores reconocen la utilidad de basar las intervenciones en teorías existentes para que puedan ser probadas, refinadas o ampliadas. No obstante, recomiendan no forzar un marco teórico que se ajuste a la intervención cuando su desarrollo está motivado por factores como la experiencia o el sentido común. Asimismo, el modelo busca evaluar cómo se implementa la intervención. Esto implica evaluar el grado de fidelidad con el que se siguen los protocolos establecidos (las guías, manuales de la intervención), la calidad de la entrega de la intervención por parte de los proveedores, la dosis de intervención entregada a los participantes, las adaptaciones para ajustar la intervención a diferentes contextos (en relación con la teoría en la que se basa la intervención), el "alcance" de las intervenciones (si el público al que se dirigen entra en contacto con la intervención y cómo lo hace). Otros aspectos para tener en cuenta son la formación y el apoyo, las estructuras de comunicación y gestión, y el modo en que estas estructuras interactúan con las actitudes y circunstancias de los ejecutores para dar forma a la intervención. Evaluar cómo se ha implementado una intervención proporciona conocimiento clave a investigadores, profesionales y responsables políticos sobre la replicabilidad de la intervención y la generalización de conocimientos sobre cómo aplicar intervenciones complejas. En tercer lugar, el modelo estudia los mecanismos y procesos de las intervenciones producen cambios. Este conocimiento es fundamental para entender cómo se produjeron los efectos de una intervención específica y cómo podrían replicarse estos efectos con intervenciones futuras. Para conseguirlo, las evaluaciones de procesos pueden utilizar datos cuantitativos y/o cualitativos. En cuarto lugar, el modelo reconoce la importancia crucial del contexto. Analizar y comprender el contexto en el que se realiza la intervención es fundamental para interpretar los resultados y generalizar más allá de la propia intervención. Concretamente, Moore et al. (2015)

señalan la importancia de (1) los factores contextuales –incluyendo factores sociales, culturales, económicos y políticos– que conforman las teorías sobre el funcionamiento de la intervención; (2) los factores contextuales que influyen o podrían influir en la ejecución, los mecanismos de intervención y los resultados y (3) los mecanismos causales presentes en el contexto que actúan para mantener el statu quo o potenciar los efectos. Por último, el modelo busca establecer una relación entre los procesos de implementación de la intervención y los resultados obtenidos. Esto implica examinar cómo los procesos de implementación influyen en la efectividad de la intervención y cómo los resultados pueden verse afectados por la forma en la que se implementa.

Algunos autores han denominado la "caja negra" a la falta de comprensión sobre "cómo" y "por qué" funcionan las intervenciones (Harachi et al., 1999; Pearson et al., 2001; Ramaswamy et al., 2018; Salter y Kothari, 2014). En contraposición Ramaswamy et al. (2018) explica que la "caja blanca", hace referencia al conocimiento sobre los diferentes componentes de una intervención, cómo se implementan, cómo interactúan entre sí y con el contexto y cómo influyen en los resultados de una intervención concreta. Podría decirse que el propósito de una evaluación de procesos, basada en un enfoque de la evaluación realista, es "abrir la caja blanca" para obtener una visión más clara de cómo y por qué determinados elementos contribuyen al éxito o fracaso de una intervención concreta (Stame, 2004).

Las evaluaciones de procesos aportan un valor enorme a la investigación. En primer lugar, facilitan explicar por qué fracasan o tienen éxito determinadas intervenciones en contextos concretos. Ayudan a identificar las barreras y facilitadores que pueden influir en la implementación de la intervención, así como en diferentes grupos de la población. A su vez, esto permite diseñar estrategias específicas para abordar desigualdades y garantizar igualdad de oportunidades de acceso a la intervención. Ayuda a investigadores, profesionales y responsables políticos a tomar decisiones. También facilita tomar decisiones sobre la implementación y el escalamiento de intervenciones, así como asignar recursos de manera eficiente y efectiva. Por último, promueve la transparencia al proporcionar descripciones claras sobre la implementación de la intervención.

Sin una descripción completa de las intervenciones objetivo de evaluación, los investigadores y profesionales no pueden aplicar intervenciones eficaces. En este estudio nos proponemos "abrir la caja blanca" relacionada con intervenciones en

contexto escolar para mejorar el bienestar psicosocial y emocional de adolescentes y jóvenes migrantes en países de altos ingresos desde un enfoque escolar integral.

Método

Al inicio, este estudio se planteó como una revisión sistemática de intervenciones basadas en contexto escolar que tienen por objetivo mejorar el bienestar psicosocial y emocional de estudiantes migrantes asentados en países de renta alta. No obstante, tras revisar la literatura se encontró una gran cantidad de estudios de revisión que perseguían objetivos similares. La reciente meta-revisión realizada por Meroni y Velasco (2023) muestra el gran esfuerzo de diversos investigadores para mostrar qué intervenciones se están llevando a cabo para mejorar el bienestar de esta población.

Teniendo en cuenta el número amplio de investigaciones al respecto y la necesidad de comprender cómo y por qué funcionan estas intervenciones se decidió realizar una revisión de procesos incluyendo publicaciones sobre intervenciones basadas en contexto escolar y en un enfoque escolar integral, y que tienen por objetivo estudiantes migrantes asentados en países de renta alta.

La guía de Evaluación de procesos de intervenciones complejas del MRC (Moore et al., 2015) y la guía y plantilla para la descripción y replicación de intervenciones (TIDieR) fueron utilizadas para planificar, realizar y reportar los resultados de esta revisión de procesos.

Estrategia de Búsqueda

Se llevaron a cabo dos estrategias de búsqueda distintas y complementarias. En primer lugar, se identificaron aquellas intervenciones revisadas previamente por Meroni y Velasco (2023) con al menos un artículo evaluativo. También se identificaron artículos descriptivos y de evaluación de procesos relacionados con estas intervenciones (estrategia de búsqueda 1). El objetivo principal de esta estrategia no era solo identificar intervenciones eficaces, sino también detectar posibles diferencias en los factores de implementación y contexto, así como mostrar su impacto, ya sea positivo o negativo, en caso de existir. Para lograrlo se revisaron manualmente las referencias de cada uno de los estudios incluidos por las autoras (21 estudios en total). Estos estudios incluían intervenciones realizadas en diversos contextos, entre ellos contextos escolares. En caso de no disponer de información relevante sobre alguno de los estudios primarios incluidos en Meroni y Velasco (2023), se contactó con los investigadores

correspondientes. El proceso inició el 15 de mayo de 2023 y finalizó el 14 de julio de 2023.

Posteriormente, se realizó una segunda estrategia de búsqueda con los objetivos de: (1) identificar artículos descriptivos y de evaluación de procesos de intervenciones entre 2021 y 2023 correspondientes a las intervenciones identificadas previamente con la primera estrategia de búsqueda; y (2) identificar intervenciones recientes entre 2021 y 2023, con al menos un artículo evaluativo, y artículos descriptivos y evaluación de procesos relacionados (estrategia de búsqueda 2). En un primer momento se llevaron a cabo diversas búsquedas piloto. Finalmente, se decidió utilizar las mismas palabras clave que en el estudio de Meroni y Velasco (2023) excluyendo revisiones y metaanálisis, añadiendo palabras clave relacionadas con población adolescente y joven y con el tipo de resultados de interés en este estudio. Se llevó a cabo una búsqueda de palabras clave en los resúmenes de las publicaciones, esta estrategia de búsqueda se adaptó para cumplir con la estructura específica de cada base de datos. Se identificó literatura adicional buscando manualmente en *Google Scholar* y con base en las referencias de los artículos seleccionados. Esta segunda estrategia de búsqueda fue realizada entre el 17 de julio de 2023 y el 23 de agosto de 2023 en las bases de datos PsycInfo y ERIC. Se buscaron publicaciones revisadas por pares entre 2021 y 2023 utilizando las siguientes palabras clave: (school* OR education* OR student*) AND (intervention* OR program* OR initiative*) AND (refugee* OR asylum-seek* OR asylum seek* OR migran* OR migrat* OR immigra* OR displac* OR ethnic minorit* OR racial minorit* OR unaccompanied) AND (adolescent* OR teen* OR youth OR young OR child*) AND (wellbeing OR mental health OR psychological OR emotional OR belonging OR inclusion OR *adapt* OR school motivation OR school aspiration OR school expectations OR academic performance OR academic engagement OR academic adjustment OR internalizing behave* OR externalizing behav* OR prosocial behav* OR peer relat* OR integrat* OR inclus*).

Criterios de Inclusión y Exclusión

Los estudios de evaluación de procesos son relativamente recientes por lo que se decidió limitar la búsqueda a publicaciones entre 2005 y 2023. Las publicaciones deberían estar revisadas por pares y escritas en inglés o español. Se han definido criterios de inclusión y exclusión más específicos en función de los objetivos de la

revisión, siguiendo el modelo PICO, que se refiere a los elementos clave de una pregunta de investigación, a saber, la Población (*Population*), la Intervención (*Intervention*), la Comparación (*Comparison*) y el Resultado (*Outcome*):

Población: se incluyeron intervenciones dirigidas a adolescentes y jóvenes entre 11 y 23 años identificados como migrantes, inmigrantes, solicitantes de asilo, refugiados o desplazados y menores no acompañados o separados. Si las intervenciones incluían adolescentes y jóvenes con origen no migrante (por ejemplo, compañeros/as de clase), se incluyeron, aunque solo se reportaron los resultados de aquellos participantes de origen propio o familiar migrante. Se limitó la búsqueda a intervenciones aplicadas en centros educativos de países de renta alta, según la clasificación del Banco Mundial, debido a las marcadas diferencias en contextos y circunstancias entre las personas de origen migrante en estos países y aquellos en campos de refugiados u otros entornos de bajos recursos. Los países de renta alta generalmente cuentan con una mayor disponibilidad de recursos y servicios y suelen tener políticas y marcos legales diferentes en lo que respecta a la inmigración. Las personas inmigrantes en campos de refugiados a menudo presentan necesidades más inmediatas y urgentes como refugio y atención médica, mientras que aquellos en países de renta alta pueden enfrentar desafíos relacionados con la igualdad de oportunidades, acceso a la educación o la integración. Por último, los factores de riesgo y de protección pueden variar según el contexto. Mientras que los inmigrantes en países de renta alta pueden tener acceso a recursos educativos y redes de apoyo más amplias, aquellos en campos de refugiados pueden estar expuestos a condiciones de vida extremadamente precarias y traumas adicionales. Esta revisión se refiere a migrantes que viven en comunidades o barrios en países con altos ingresos y no en campos de refugiados ni en países con bajos recursos. Se excluyeron las intervenciones centradas exclusivamente en participantes mayores de 23 años o menores de 11 años. Si las intervenciones también consideraban adultos mayores de 23 años, solo se incluyeron los resultados separados para adolescentes y jóvenes migrantes. Tampoco se incluyeron intervenciones dirigidas a adolescentes y jóvenes no escolarizados o no matriculados en nivel de secundaria/vocacional/técnico. También se excluyeron intervenciones centradas en estudiantes universitarios y que incluyeran exclusivamente a personas con trastornos del desarrollo o afecciones médicas establecidas como por ejemplo síndrome de Down, autismo, discapacidad intelectual, entre otros. Se excluyeron intervenciones centradas exclusivamente en participantes con

trastornos diagnosticados como depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad entre otros. Esta exclusión se llevó a cabo con el propósito de no dejar fuera a otros adolescentes o jóvenes de origen migrante que no presentaban trastornos diagnosticados y que también eran objeto de interés en esta investigación.

Intervención: se incluyeron intervenciones llevadas a cabo en contextos escolares (de formación reglada y no reglada) desde un enfoque escolar integral según la definición de la OMS (1998). Es decir, intervenciones donde la mayoría de las sesiones son implementadas en las instalaciones del centro educativo e intervenciones que incluyen necesariamente estos tres componentes: (1) currículum, enseñanza y aprendizaje, como por ejemplo la inclusión de sesiones dirigidas a estudiantes para desarrollar competencias emocionales, formación para los docentes o fomento del compromiso y motivación de las partes involucradas; (2) relación con la familia y la comunidad, como por ejemplo la facilitación de servicios de información a las familias para que conozcan el apoyo disponible a través de la escuela, cómo acceder a ella, y lo que está disponible en la comunidad y en el ámbito nacional o la colaboración de la escuela con equipos de apoyo a la salud mental para ayudar a las familias que necesitan ayuda especializada; y (3) ética y clima escolar, como por ejemplo proporcionar talleres que promuevan la valoración de las diferencias, aborden los estereotipos, las desigualdades, el estigma o la discriminación fomentando comportamientos positivos o involucrando al alumnado en la toma de decisiones. Se excluyeron las publicaciones que evaluaban intervenciones basadas en contextos hospitalarios o campos de refugiados. También intervenciones que no tuvieran un componente claro sobre la formación o educación de adolescentes y jóvenes migrantes para promover su bienestar y salud mental como por ejemplo programas de crianza o *parenting programs* que miden exclusivamente cambios en competencias parentales.

Comparación[5]: se incluyeron intervenciones que (1) mínimo tenían un estudio que evaluaba los efectos de la misma con un diseño cuantitativo con un grupo control (estudios experimentales, cuasi-experimentales, pretest/postest) y que además, (2)

[5] Dado que no se encontraron intervenciones con al menos una evaluación rigurosa, se decidió ampliar este criterio para incluir intervenciones evaluadas al menos con un grupo de comparación o con medidas pre/postintervención. (preexperimentales se llaman estos diseños)

incluían diseños cualitativos (observación, entrevistas, focus groups, entre otros) o mixtos.

Resultados: se incluyeron estudios que reportaban resultados sobre cambios en el bienestar psicosocial y emocional de los/as adolescentes y jóvenes migrantes por lo menos. Se excluyeron intervenciones centradas en población general de adolescentes y jóvenes si no reportaban resultados separados para adolescentes y jóvenes migrantes.

Tipo de estudios: se incluyeron artículos de evaluación de intervenciones (evaluaciones de impacto, de resultados y de procesos). También estudios conceptuales, descriptivos o no evaluativos siempre y cuando estuvieran relacionados con un estudio de evaluación. Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en la primera infancia, la educación preescolar y la educación primaria; y los trabajos sobre la migración interna (desplazamiento de personas dentro de un mismo país con el objetivo de establecer la nueva residencia dentro de las fronteras nacionales).

Selección de Estudios y Extracción de Datos

Una vez identificadas las publicaciones potencialmente relevantes con las estrategias de búsqueda 1 y 2, la autora de este trabajo examinó los títulos y resúmenes de dichas publicaciones (fase de cribado o *screening)* haciendo uso de las herramientas Excel y RAYYAN. Mediante un sistema de pares, dos revisores diferentes e independientes revisaron los títulos y resúmenes de las publicaciones de interés. En caso de desacuerdo, la inclusión o no de los artículos y los criterios se discutieron entre los revisores. La decisión de incluir un artículo fue consensuada. En caso de duda, se incluyeron en la siguiente fase para el análisis completo del texto.

Una vez seleccionados los artículos de interés, se buscaron los textos correspondientes para su análisis y se comprobó, también por sistema de pares, su elegibilidad en función de si cumplían con los criterios de inclusión, previamente priorizados (lengua extranjera, año de publicación, estudio principal, población, contexto, enfoque de la intervención, diseño del estudio, resultados). Es importante mencionar que antes de dar comienzo a la fase de elegibilidad se llevó a cabo un estudio piloto para ajustar los criterios de inclusión y exclusión.

Por último, se registraron las razones de exclusión de los artículos, previamente priorizadas. Los estudios que cumplían todos los criterios de inclusión se codificaron posteriormente para la extracción de datos. Se extrajeron los siguientes datos utilizando

la lista de comprobación y una guía para de la Plantilla para la descripción y replicación de intervenciones *Template for Intervention Description and Replication* (TIDieR) elaborada por Hoffmann et al. (2014): nombre breve, por qué, qué (materiales), qué (procedimiento), quién lo proporcionó, cómo, dónde, cuándo y cuánto, adaptación, modificaciones, grado de éxito (planificado), grado de éxito (real). Los datos fueron extraídos y resumidos por la autora de este trabajo que a su vez fue revisado y discutido por varios autores.

Una vez realizada la extracción de datos, se realizó un primer análisis para identificar diferencias en los objetivos, estrategias y fundamentos teóricos de las distintas intervenciones, en cómo se llevó a cabo su implementación y cómo se evaluaron los resultados obtenidos.

Resultados

En total se identificaron un total de 504 estudios potencialmente relevantes: 238 mediante la estrategia de búsqueda 1[6] (EB1), 258 mediante la estrategia de búsqueda 2 (EB2) y 8 a través de fuentes adicionales. Se eliminaron 114 duplicados, con lo que quedaron 382 registros para la fase de cribado. Mediante el primer cribado se excluyeron 241 artículos que claramente no cumplían con los criterios de inclusión. Se incluyeron 149 registros en la segunda fase de selección. A través de un análisis más exhaustivo del texto completo, se excluyeron 135 artículos. Las razones principales para excluir estos resultados fueron: (a) no incluían adolescentes o jóvenes de origen migrante como usuarios de la intervención o escolarizados en centros educativos en países de renta alta, (b) no describían o evaluaban intervenciones relacionadas con los objetivos de esta investigación; (c) no incluían necesariamente los tres componentes de un *Whole School Approach,* según la definición utilizada en este estudio; (d) estudios descriptivos o evaluaciones de procesos que no tenían mínimo un estudio que evaluara cuantitativamente los efectos de la intervención con un diseño experimental o

[6] Se revisaron los 21 estudios identificados por Meroni y Velasco (2023): 2 revisiones, 3 revisiones narrativas, 3 revisiones panorámicas o scoping reviews, 9 revisiones sistemáticas y 3 meta-análisis. 3 estudios no pudieron incluirse por falta de información. Aunque se escribió a los autores correspondientes no se obtuvo respuesta por lo que se excluyeron. También se excluyeron 3 de los 21 estudios por no coincidir con los criterios de inclusión.

cuasiexperimental con un grupo control o medidas pre/postintervención; (e) no se había implementado en un contexto escolar; (f) no reportaban resultados relacionados con el bienestar psicosocial y emocional de los adolescentes y jóvenes de origen migrante o no informaban de los resultados por separado para estos estudiantes. No se pudo recuperar el texto completo para seis publicaciones identificadas como potencialmente relevantes.

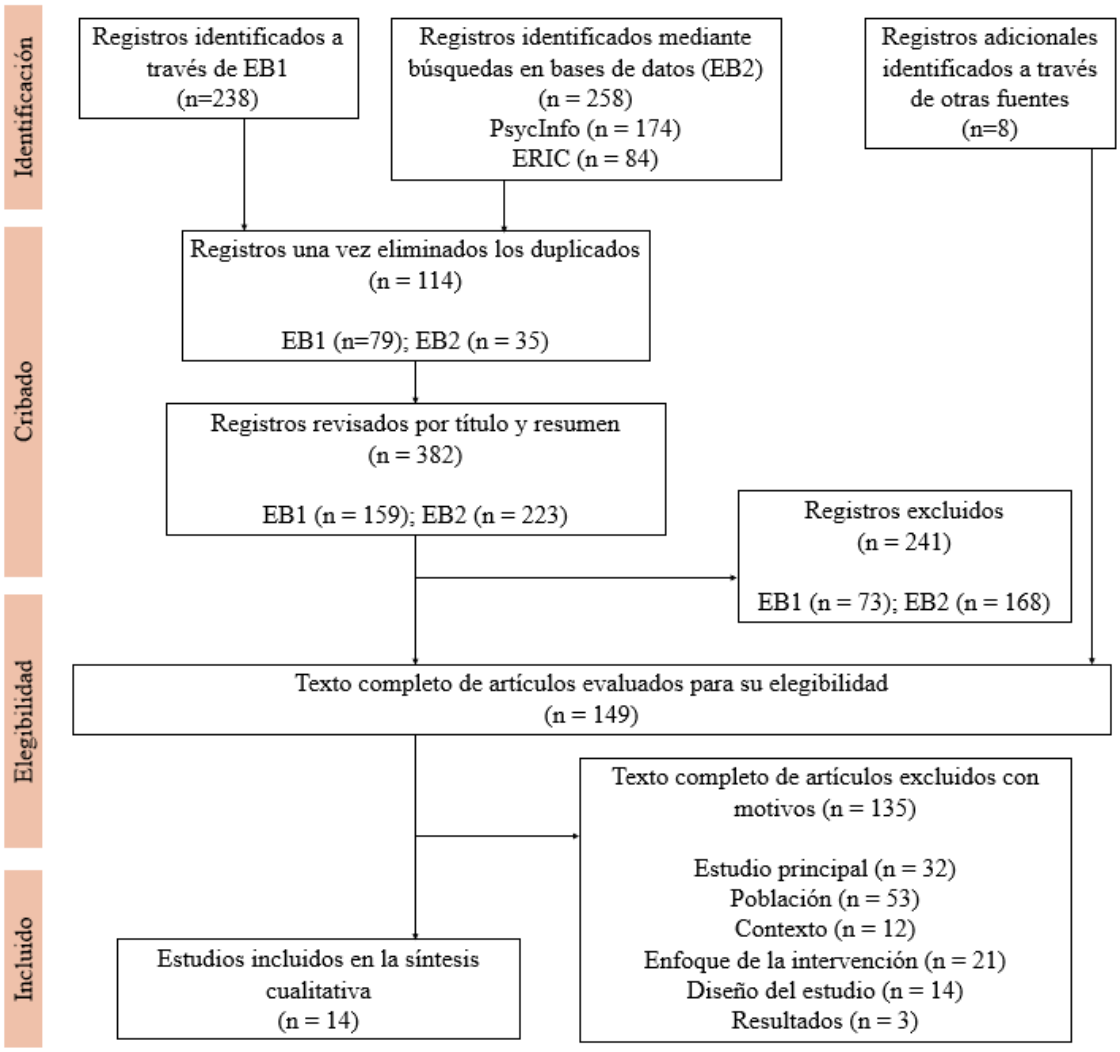
Tras las dos fases de selección, se identificaron un total de seis estudios para su inclusión final. La búsqueda manual dio lugar a ocho estudios identificados por fuentes adicionales. En total, se incluyeron 14 estudios para su síntesis cualitativa.

Es importante comentar que en este estudio no se ha encontrado ninguna intervención que incluyera necesariamente los tres componentes de un *Whole School Approach*, según la definición utilizada, y que tuviera al menos un estudio evaluativo riguroso (con un diseño experimental o cuasiexperimental, con un grupo de comparación y medidas pre/post intervención). Ante la falta de resultados se decidió flexibilizar el criterio “diseño del estudio” y se incluyeron intervenciones con al menos un estudio que evaluara cuantitativamente los efectos de la intervención bien con un grupo control o bien con medidas pre/postintervención.

La Figura 1 muestra el flujo de información seguido en este estudio para la búsqueda y selección de artículos, de acuerdo con el diagrama de flujo de la declaración PRISMA.

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA



A continuación, se presenta un análisis descriptivo de las tres intervenciones identificadas (Programa HEAL, Football United, Proyecto SHIFA) en base a los 14 estudios incluidos en la síntesis cualitativa. Los objetivos son (1) comprender mejor en qué consisten las intervenciones (objetivos, estrategias y fundamentos teóricos), cómo se ha realizado la implementación de cada intervención y cómo se han evaluado los resultados, y (2) describir las posibles semejanzas o diferencias entre las diferentes intervenciones.

Descripción de Objetivos, Estrategias y Fundamentos Teóricos de las Intervenciones

Como se observa en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**2 l as tres intervenciones están diseñadas para trabajar con comunidades de refugiados o migrantes que enfrentan desafíos específicos relacionados con el trauma, la adaptación y la inclusión. No obstante, existen ligeras diferencias en cuanto a las poblaciones objetivo. Mientras que el Programa HEAL se enfoca en adolescentes, jóvenes y comunidades de refugiados y de orígenes culturalmente diversos que han experimentado traumas; Football United trabaja con jóvenes refugiados y migrantes (*humanitarian entrants*) en zonas de gran asentamiento de refugiados. El Proyecto SHIFA (Apoyo a la salud de las familias y los adolescentes inmigrantes; SHIFA por sus siglas en inglés y que significa salud en Somalia) se dirige a una población muy concreta de adolescentes somalíes y sus familias en una ciudad de Nueva Inglaterra.

Las tres intervenciones (Programa HEAL, Football United y Proyecto SHIFA) están enfocadas a mejorar el bienestar y salud mental del alumnado, pero se diferencian en cómo abordan estos aspectos. Tanto el Programa HEAL como el Proyecto SHIFA están relacionados directamente con la mejora de la salud mental y la recuperación de traumas. El objetivo principal del Programa HEAL es la curación del trauma y el desarrollo de habilidades a través de terapias expresivas, integrando psicoterapia, narrativa y programas de resiliencia. Su enfoque está directamente relacionado con abordar problemas de salud mental y bienestar. Por otro lado, el Proyecto SHIFA tiene como objetivo la prevención múltiple a través de servicios de Terapia de Sistemas de Trauma (TST) como uno de sus componentes para abordar el estrés y los traumas que puedan sufrir jóvenes somalíes. Además, brindan apoyo familiar, lo que puede tener un impacto en el bienestar emocional en los estudiantes. Aunque Football United también busca mejorar el bienestar del alumnado, su enfoque es diferente. Utilizan el fútbol como herramienta para promover el bienestar y la inclusión social. A través de la participación en actividades deportivas, el programa tiene por objetivo fomentar la cohesión social y mejorar la calidad de vida de los participantes. No es una intervención de salud mental en sí misma, sino que se basa en que el deporte puede tener beneficios psicológicos indirectos.

Tabla 2

Resumen descriptivo de cada intervención según TIDieR

	HEAL Program	Football United (FUn)	Proyecto SHIFA
Fuentes	Quinlan et al. (2016) Our Strategic Framework (2022) HEAL impact report 2021 -2022 Submission to the Every Culturally and Linguistically Diverse Student Succeeding Plan Consultation (2022)	Nathan et al. (2013) Nathan et al. (2010) Bunde-Birouste et al. (2021) Baffsky et al. (2021) Bunde-Birouste et al. (2010) Bunde-Birouste (2013)	Ellis et al. (2013) Ellis et al. (2011) Price et al. (2012) McNeely et al. (2010)
Descripción breve	Servicio de salud mental que emplea terapias expresivas para la recuperación de traumas de niños, jóvenes y comunidades de refugiados y de orígenes culturalmente diversos.	Intervención futbolística multinivel para la inclusión y la cohesión social en zonas de gran asentamiento de refugiados.	Programa de prevención múltiple para jóvenes somalíes reasentados en una ciudad de Nueva Inglaterra.
Por qué (objetivos, estrategias, fundamentos teóricos)	Curación del trauma y desarrollo de habilidades a través de terapias expresivas, integrando psicoterapia, narrativa y programas de resiliencia. Enfoque escolar integral: 1. Enseñanza de competencias basadas en evidencia (técnicas creativas y expresivas).	El programa pretende mejorar la salud, el bienestar, la inclusión social y el compromiso intercultural basándose en un marco socioecológico. Enfoque escolar integral: 1. Enseñanza de competencias a través del currículo y oportunidades de aplicar lo aprendido	Tres componentes: apoyo familiar, grupo de estudiantes para la reducción del estrés y Terapia de Sistemas de Trauma (TST) para estudiantes y familias seleccionados. Enfoque escolar integral: 1. Enseñanza de competencias basadas en evidencia (TST).

		2. Promoción de un clima escolar positivo a través de actividades escolares integrales y formación a la comunidad educativa sobre aspectos diversos del bienestar de personas refugiadas. 3. Colaboración con diversos profesionales para ofrecer servicios de extensión escolar.	(en entrenamientos de fútbol durante las clases de educación física o exparticipantes como entrenadores y coordinadores de actividades). 2. Promoción de un clima escolar positivo a través de entrenamientos de fútbol regulares y actividades complementarias como campamentos o excursiones creando y reforzando vínculos. 3. Implicación de las escuelas, clubes de fútbol locales y grupos comunitarios en la organización de días de gala basados en la comunidad.	2. Promoción de un clima escolar positivo a través del compromiso de las partes implicadas, formación para la comunidad educativa para reducir la discriminación entre iguales y el estrés de la aculturación. 3. Colaboración con agentes de la comunidad somalí para ofrecer talleres relacionados con el bienestar a las familias y para mediar en sesiones grupales entre iguales.
Qué	Materiales	Actividades de arte y musicoterapia (escultura, pintura, etc.). No es un programa manualizado.	Equipamiento deportivo (proporcionado por FUn), instalaciones del instituto.	Manuales de TST.
	Procedimientos	Derivaciones, detección, apoyo a la transición, desarrollo de capacidades, apoyo en	Actividades futbolísticas, desarrollo de capacidades, creación de vínculos,	Intervención por niveles (1-4), fuentes de derivación, evaluación

	situaciones de crisis, actividades escolares integrales, terapias expresivas, defensa.	sensibilización, asociaciones comunitarias, oportunidades de gobernanza.	para servicios de salud mental individualizados.
Quién realiza la intervención	Profesores titulados y asistentes sociales comunitarios, psicoterapeutas artísticos y musicoterapeutas, terapeutas HEAL, servicios de extensión escolar QPASTT.	Exparticipantes, Miembros del personal de la escuela, Miembros de la comunidad local, Estudiantes participantes.	Dirigentes de organizaciones comunitarias, personal somalí y no somalí del proyecto SHIFA, personal clínico a domicilio, agentes culturales, personal clínico (no a domicilio), trabajadores sociales somalíes.
Cómo	Sesiones en grupo e individuales, presenciales, incluyendo terapia musical o artística. Opciones específicas para grupos culturales y de género.	Sesiones en grupo, presenciales.	Sesiones de grupo para estudiantes somalíes y bantúes somalíes, presenciales, en pequeños grupos específicos para cada sexo. También sesiones individuales de TST con estudiantes y familias.
Dónde	Institutos en Brisbane, Australia.	Centros intensivos de inglés (IEC) y centros de enseñanza secundaria de acogida en el oeste de Sídney, Australia.	Aulas para estudiantes de inglés como segunda lengua (ELL) en la escuela, el hogar y servicios comunitarios en una ciudad de Nueva Inglaterra, EE.UU.
Cuándo y cuánto	Aproximadamente 10 semanas (un trimestre). Sesiones en grupo: Un mínimo de una sesión horaria por semana (mínimo 10 sesiones). Sesiones individuales: una sesión semanal de 45 min.	Actividades futbolísticas semanales después de las clases y algunos fines de semana y días festivos.	Durante los 9 meses del año escolar. Grupos de apoyo para jóvenes somalíes ofrecidos una vez a la semana. El personal realiza hasta tres visitas a domicilio por semana en función de las necesidades de la familia.

		Servicios de extensión escolar QPASTT: ofrecen semanalmente servicios extendidos.		
Adaptaciones		-	FUn amplió su alcance para incluir a todos los jóvenes con bajos ingresos y se asoció con la *Rugby Youth Foundation* para crear *Creating Chances* como entidad independiente.	La adaptación del TST a los refugiados incluye el compromiso con la comunidad, la integración de los servicios y el énfasis en el ajuste entre el entorno social y la regulación de las emociones del niño. Asociación con la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Boston (BUSSW) para ofrecer becas financieras y apoyo de mentoría a dos individuos somalíes de la comunidad para cursar sus maestrías en trabajo social.
Modificaciones		-	-	-
Cómo de bien	Planificado	-	-	Supervisión de la fidelidad del modelo TST: Realizado para servicios de nivel 3 y superior. Método de supervisión: Reuniones semanales del equipo clínico con clínicos formados, agentes culturales y supervisores. Los clínicos presentaron casos y un miembro del equipo no implicado en el caso calificó la fidelidad utilizando un instrumento de 12 preguntas.

	Observado	-	-	Resultados de fidelidad: Valoración media de la fidelidad a lo largo de la duración del tratamiento: 87,87%. Sugiere fidelidad en la ejecución de la intervención.

Los supuestos y teorías subyacentes a cada intervención también son diferentes. Por ejemplo, el Programa HEAL se basa en una combinación de terapias expresivas como las artes visuales y actividades de juego, así como en enfoques narrativos, como el programa "Arbol de la Vida". También se fundamenta en el programa BRiTA Futures, centrado en la resiliencia y el estrés de la aculturación, abordando la identidad cultural y personal. Football United utiliza el fútbol como herramienta principal debido a su gran accesibilidad, popularidad en muchas culturas y su capacidad para unir a jóvenes con experiencias de refugiados. Se basa en un enfoque socioecológico y reconoce que el bienestar y el comportamiento social están influenciados por factores físicos, sociales, institucionales y culturales. El Proyecto SHIFA aboga por la TST para atender directamente a estudiantes con necesidad de recibir atención psicológica. La TST se centra en ayudar a la persona a controlar emociones y conductas, reduciendo tensiones y amenazas sociales del entorno y mejorando competencias de regulación emocional.

En resumen, aunque las tres intervenciones están dirigidas a comunidades de refugiados y migrantes jóvenes, tienen objetivos, estrategias y supuestos teóricos diferentes reflejando enfoques adaptados a las necesidades particulares de las poblaciones a las que se dirigen.

Evaluación de la Implementación

Materiales

El Programa HEAL trata de una intervención sin manual, ni instrucciones (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** 2) sobre el material formativo p ara los participantes, ni de su aplicación, ni para formar a los profesionales que implementan la intervención. En el caso de Football United, el material para aplicar la intervención consiste en equipamiento deportivo (proporcionado por FUn) y el uso de las instalaciones del centro educativo. No se ha encontrado información sobre el material formativo para los participantes o los profesionales que implementan la intervención. El Proyecto SHIFA cuenta con un manual de tratamiento sobre la TST para los profesionales clínicos el cual tiene un apéndice detallando consideraciones sobre la implementación de la TST con refugiados. No se ha encontrado accesible este manual.

Procedimiento y Actividades Complementarias a la Intervención

Las tres intervenciones, Programa HEAL, Football United y Proyecto SHIFA, buscan brindar apoyo y servicios a estudiantes y comunidades que enfrentan desafíos emocionales y de salud mental. En general, se tratan de intervenciones que van más allá del entorno académico involucrando activamente a la comunidad. No obstante, existen diferencias en cuanto a los procedimientos relacionados con la identificación de posibles usuarios, su derivación a los servicios que ofrecen las intervenciones, el tipo de servicios disponibles, las actividades realizadas por el personal que participa en la intervención y las actividades adicionales utilizadas para apoyar la intervención (Tabla 2).

Identificación y Derivación de Posibles Usuarios.

En los tres programas, el personal escolar juega un papel importante en el proceso de identificación y derivación de los participantes. No obstante, los tres difieren en los procedimientos de identificación utilizados y en cómo se lleva a cabo la derivación.

El Programa HEAL utiliza pruebas específicas para identificar a posibles usuarios. No obstante, no se ha encontrado información detallada sobre estas pruebas ni sobre quién las administra. Football United se centra en identificar a un grupo limitado de jóvenes (entre 10 y 20) en función de su potencial de liderazgo y/o necesidad de compromiso. No se menciona el uso de pruebas específicas. El Proyecto SHIFA estructura la identificación en cuatro niveles. El nivel 1 se ofrece a toda la población de la comunidad somalí en general. El nivel 2 se ofrece a todos los grupos de estudiantes somalíes que aprenden inglés (ELL) en la escuela donde se esté implementando la intervención. El nivel 3 se ofrece al alumnado del nivel 2, identificados por los responsables de grupo, profesores o familias, que requieren servicios individualizados de salud mental debido a problemas de desregulación emocional. Los estudiantes son asignados a fases concretas del tratamiento en base a evaluaciones específicas de su regulación emocional y de la estabilidad de su entorno social. El nivel 4 se ofrece al alumnado del nivel 3 identificados por los clínicos como necesitados de un nivel más alto de atención, evidenciado por una severa desregulación de las emociones y/o un entorno social muy angustiado (por ejemplo, muestran comportamientos peligrosos como agresión física o autolesiones o sufren una alta exposición a la violencia en el vecindario o acceso inadecuado a los alimentos).

También existen diferencias relacionadas con el proceso de derivación realizado por las tres intervenciones. En el Programa HEAL los estudiantes identificados son derivados por los responsables de orientación escolar, docentes, directores. Los principales motivos de derivación son un estado de ánimo triste/estresado/deprimido, preocupación, dificultades con las transiciones educativas, desvinculación del trabajo escolar y dificultades con los compañeros. También pueden darse casos de autoderivación (son los propios estudiantes quienes solicitan acceder a los servicios proporcionados a través del Programa HEAL) en casos de desregulación en el aula, falta de atención y de control de los impulsos, desinterés por la escuela, sentimientos de preocupación, tristeza o miedo, retraimiento o aislamiento social y autolesiones. En Football United los jóvenes identificados reciben formación y acreditación como entrenadores. Una vez terminada la formación, los nuevos entrenadores imparten un programa semanal en las escuelas donde se implementa la intervención para los cursos 7º y 8º en sus clases de educación física. En el Proyecto SHIFA la intervención se estructura en cuatro niveles y la derivación se basa en la identificación realizada en los niveles anteriores. Aunque diversos agentes participan en la identificación en diferentes etapas, es el personal clínico quien determina el nivel de atención necesario en función de la desregulación emocional y de la estabilidad del entorno social.

Tipo de Servicios Disponibles y Actividades.

Cada intervención ofrece servicios únicos que se ajustan a las características de la población a las que se dirigen.

En el Programa HEAL existe una amplia variedad de servicios: apoyo a la transición, desarrollo de capacidades y apoyo a profesores y comunidades escolares, apoyo en situaciones de crisis, terapias expresivas (actividades de arteterapia como escultura con arcilla, plastilina y plastilina; pintura; juego con arena; collage; construcción con maderas y telas; dibujo; fotografía y arte digital; fabricación de muñecos, marionetas y máscaras; creación de murales en grupo; narración de cuentos; y teatro. También cuenta con actividades de musicoterapia como análisis de letras, composición de canciones, canciones-parodia, improvisación instrumental/vocal (con instrumentos de percusión, batería, teclados, guitarra y sonidos vocales), rap y juegos musicales, aprender a tocar la guitarra o el teclado, escuchar favoritos musicales, compartir canciones de la cultura original o de origen religioso, bailar, actuar durante desfiles de salida y actos escolares), actividades escolares integrales (como por ejemplo,

el Día de la Independencia de Afganistán, los alumnos prepararon una presentación y música para la Asamblea en honor a las mujeres jóvenes de Afganistán. Los alumnos prepararon deliciosas comidas tradicionales para vender y recaudaron fondos para una organización educativa que sigue apoyando a las jóvenes sobre el terreno en Afganistán).

En colaboración con el programa *Communities Healing to Thrive* (CHT) de *Queensland Program of Assistance to Survivors of Torture and Trauma* (QPASTT), HEAL apoya a líderes de comunidades culturales mediante terapias expresivas. Además, a través de este programa las escuelas pueden solicitar formación a QPASTT sobre temas como el trabajo con niños de origen refugiado, cómo afecta el trauma a los niños de origen refugiado y el trauma vicario. Concretamente, los servicios de extensión escolar de QPASTT brindan apoyo directo a los estudiantes en una variedad de áreas, como el apoyo social, los conflictos familiares, la participación comunitaria, la vivienda, el apoyo al empleo, el desarrollo de habilidades de liderazgo, la tutoría y los itinerarios de estudio. Los estudiantes pueden acudir por sí mismos a QPASTT o ser remitidos por profesores, orientadores y otros miembros del personal escolar. QPASTT también ayuda a los jóvenes a derivarse a otros servicios para recibir asistencia especializada. QPASTT ofrece una amplia gama de grupos para satisfacer los intereses, necesidades y aspiraciones de los jóvenes. Estos grupos y actividades van desde grupos terapéuticos como DRUMBEAT, Girls Talk y Rock and Water hasta actividades deportivas estructuradas a la hora del almuerzo o grupos sociales. Es esencial que los grupos terapéuticos en curso estén integrados en el horario. Por último, QPASTT apoya a los estudiantes con la defensa de sus necesidades individuales, así como en la implementación de intervenciones que aborden problemáticas más amplias de una escuela o grupo de estudiantes (por ejemplo, para el apoyo al bienestar de los grupos de estudiantes, o las aulas de trauma-informado). Esto puede incluir conferencias sobre casos con personal escolar y las familias para abordar necesidades y preocupaciones específicas de los estudiantes mejorando los niveles de compromiso y la comprensión de la experiencia escolar del alumnado. Esta colaboración permite un enfoque colaborativo y la oportunidad de implementar apoyos integrales.

La intervención de Football United se enfoca en cuatro áreas fundamentales: actividades futbolísticas, desarrollo de capacidades, creación de vínculos y crear conciencia sobre Football United y los problemas de las comunidades. Los

entrenamientos regulares de fútbol, los campamentos de vacaciones escolares, las competiciones y los festivales son actividades centrales del del programa. Durante estas actividades también se promueve la tutoría entre entrenadores, voluntarios y jugadores. Además de la participación semanal en el programa, Football United ofrece otras oportunidades para que los jóvenes se conecten y participen, como excursiones especiales, desarrollo internacional y oportunidades de intercambio. Football United promueve el desarrollo de capacidades ofreciendo a los miembros de las comunidades locales cursos gratuitos de entrenamiento y arbitraje, tutoría y habilidades para la vida, liderazgo y gestión de proyectos, y la oportunidad de aplicar lo aprendido en el programa pasando de jugadores a entrenadores voluntarios o remunerados y coordinadores de proyectos. La construcción de vínculos entre los participantes del programa y los organismos asociados, incluidos los clubes de fútbol locales, el gobierno, la comunidad y los sectores empresariales también es una parte fundamental del programa. Por último, Football United busca crear conciencia sobre Football United y los problemas de las comunidades a través de la promoción, las asociaciones clave y colaborando con campeones individuales de alto perfil.

Algunos ejemplos de colaboración con asociaciones clave son los eventos creados junto con Streetfootballworld como el Festival Football for Hope 2010 (Sudáfrica) y 2014 (Brasil), el Festival 16 (Lyon) y el Festival de la Fundación FIFA 2018 (Moscú). Adicionalmente Football United organiza eventos inspirados como herramienta para conocer los días/semanas de celebración nacionales e internacionales que coinciden con valores del programa, como la Semana del Refugiado, la Semana de la Juventud, el Día de la Armonía, el Día Mundial de la Paz, el Día Internacional del Deporte para el Desarrollo y la Paz y el Día Internacional de la Mujer. Desde una perspectiva de género, Football United cuenta con el programa Sportswomen for Change Leadership Program para promover la igualdad de género y la cohesión social y aumentar la concienciación sobre el papel del deporte. Un programa dirigido a mujeres que trabajen o estén en contacto con el sector del deporte en Australia y las regiones árabes.

Es importante destacar que esta intervención va más allá del entorno académico involucrando activamente a la comunidad. El programa proporciona un equipo de desarrollo futbolístico para la representación escolar en diversas competiciones e implica a las escuelas primarias de referencia, los clubes de fútbol locales y los grupos

comunitarios en la organización de días de gala basados en la comunidad. Se trata de un enfoque integral y colaborativo que busca fortalecer los lazos y la cohesión social en la comunidad a través del futbol.

El Proyecto SHIFA estructura la intervención en cuatro niveles, desde desarrollo de resiliencia comunitaria hasta tratamiento de salud mental. El objetivo del nivel 1 es el desarrollo de la resiliencia comunitaria a través del compromiso, la educación y la divulgación. En el nivel 2 se ofrecen servicios para el desarrollo de habilidades preventivas relacionadas con el estrés por aculturación y la gestión de emociones a estudiantes somalíes que aprenden inglés (ELL). En el nivel 3 o fase duradera/comprensiva se ofrecen servicios individualizados de salud mental basados en el modelo de TST para abordar factores estresantes del entorno social y desregulación emocional relacionada con el trauma. También se ofrecen servicios de desarrollo de habilidades en la escuela. En el nivel 4 o fase de supervivencia y estabilización se ofrece terapia individual basada en el modelo TST, en habilidades en la escuela, atención domiciliaria, defensa y gestión de casos y, si es necesario, psicofarmacología. Esta etapa es flexible (no todos los estudiantes requieren los mismos servicios) adaptándose a las necesidades individuales de los jóvenes y sus familias.

La psicoterapia individual basada en habilidades se enfoca primero en el desarrollo de habilidades de regulación emocional, incluyendo la identificación y etiquetado de emociones, especialmente importante en el idioma somalí, que tiene limitaciones en términos de vocabulario emocional. A medida que los jóvenes desarrollan mejores habilidades de regulación y su entorno social se estabiliza, pasan a una fase de procesamiento cognitivo del tratamiento, seguida de la creación de significados. Por último, el tratamiento domiciliario busca estabilizar el entorno social, abordando factores estresantes del reasentamiento y los conflictos familiares (a menudo relacionados con diferencias culturales del niño y la familia). Este elemento del TST ayuda a abordar algunos de los factores de estrés concretos que las familias suelen identificar como prioritarios y facilita enormemente la participación y el compromiso de la familia. La intermediación cultural es una parte esencial de este servicio; los intermediarios culturales abordan la situación de cada familia de forma única, proporcionando psicoeducación sobre salud mental y ayuda para negociar los sistemas de servicios. La defensa de los servicios implica la defensa cualificada de los niños que se enfrentan a factores de estrés estructurales, como la implicación en el sistema

judicial, una colocación escolar inadecuada o una vivienda inadecuada. En algunos casos, se utiliza la psicofarmacología para gestionar una desregulación emocional grave, aunque en la comunidad somalí esta opción se considera el último recurso.

Además, el proyecto SHIFA colabora con una agencia comunitaria somalí para organizar actividades y reuniones dirigidas a las familias y centradas en aprender sobre los efectos de la exposición a la violencia en los jóvenes. En las escuelas, se brinda consulta y capacitación a los profesores sobre salud mental en población refugiada y el impacto del trauma además de los grupos de apoyo para jóvenes. Además, para abordar las necesidades lingüísticas y culturales de los refugiados somalíes un equipo de mediadores culturales somalíes media en las sesiones de habilidades entre pares, enfocándose en reducir la agresión/discriminación entre pares y el estrés de la aculturación.

Quién Realiza la Intervención

Las tres intervenciones involucran a diversos tipos de profesionales y miembros de la comunidad para llevar a cabo los servicios que ofrecen. La **¡Error! No se e ncuentra el origen de la referencia.**3 muestra un resumen de las personas involucradas en la implementación de cada intervención, la función que desempeña y la formación con la que cuenta o ha recibido con el propósito de mejorar la implementación del programa.

Como se observa en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**3 en t odas las intervenciones se involucra al personal escolar en varios niveles: identificando a estudiantes que necesitan apoyo psicosocial (Programa HEAL), coordinando y supervisando actividades (Football United), o colaborando en el proceso de identificación y derivación (SHIFA).

Las tres intervenciones buscan involucrar activamente a miembros de la comunidad en sus programas. El Programa HEAL a través de la colaboración con líderes culturales y comunitarios (QPASTT) proporcionando apoyo directo a los estudiantes (defensa) y grupos y Actividades (consultas con los estudiantes y el personal de la escuela). Football United involucra a miembros de la comunidad local ofreciendo oportunidades para participar en formaciones gratuitas y facilitan la aplicación de lo aprendido en el programa. También colaboran con exparticipantes como entrenadores voluntarios o remunerados y coordinadores de proyectos. El Proyecto SHIFA reconoce

los años de experiencia de organizaciones comunitarias trabajando con la comunidad somalí y fomenta su liderazgo en los esfuerzos de divulgación comunitaria.

En general, cada intervención proporciona algún tipo de formación al personal o miembros de la comunidad. Esto puede incluir capacitación en terapia expresiva (Programa HEAL), entrenamiento en fútbol y habilidades para la vida (Football United), o capacitación en salud mental y apoyo cultural (SHIFA). Gracias a la colaboración con asociaciones clave Football United ofrece a los estudiantes participantes la oportunidad de obtener certificaciones de la Federación de Fútbol de Australia (FFA) y la Comisión de Deportes de Australia (ASC). Por otro lado, el Proyecto SHIFA (en Boston) ha conseguido establecer una colaboración con la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Boston (BUSSW) y ofrecieron becas financieras y apoyo de mentoría a dos individuos somalíes de la comunidad para cursar sus maestrías en trabajo social.

Es interesante destacar que las intervenciones involucran a diferentes tipos de profesionales y líderes comunitarios. El Programa HEAL cuenta con profesionales en arteterapia y musicoterapia, así como terapeutas HEAL que forman parte del Equipo de Bienestar Escolar. También cuenta con otros profesionales cualificados que operan a través de QPASTT. Football United emplea a exparticipantes como entrenadores y coordinadores. SHIFA involucra a líderes de organizaciones comunitarias, personal clínico, trabajadores sociales y mediadores culturales.

Tabla 3

Personas involucradas en la implementación, funciones y formación

Intervención	Personas involucradas	Funciones	Formación y capacitación
Programa HEAL	Profesores registrados y trabajadores sociales comunitarios	Identificación de los estudiantes que necesitan apoyo psicosocial a través del servicio HEAL	Profesionales cualificados
	Psicoterapeutas artísticos y musicoterapeutas	Proporcionan terapia expresiva	Poseen un máster en salud mental en arteterapia y un marco de trabajo basado en el trauma
	Terapeutas HEAL	Basados en las escuelas como parte del Equipo de Bienestar Escolar, proporcionando apoyo al personal y a los estudiantes	Formación profesional continua sobre el desarrollo del trauma en niños y jóvenes
	QPASTT School Outreach Services	Proporcionan apoyo directo a los estudiantes (defensa) y grupos y Actividades (consultas con los estudiantes y el personal de la escuela)	Profesionales cualificados
Football United	Ex participantes	Participan como entrenadores voluntarios o remunerados y coordinadores de proyectos	Formación recibida por Football United como jugadores y formación adicional
	Miembros del personal escolar	Coordinadores y enlaces entre centros	Profesionales cualificados
	Miembros de la comunidad local	Participan en la formación gratuita y aplican lo aprendido en el programa.	Reciben formación en entrenamiento, arbitraje, tutoría, habilidades para la vida, liderazgo y gestión de proyectos.
	Estudiantes participantes	Aptos para entrenar voluntariamente a participantes juveniles.	Completar cursos de entrenamiento y recibir la certificación de la Federación Australiana de Fútbol (FFA) y la Comisión Australiana de Deportes (ASC).

Proyecto SHIFA	Organizaciones comunitarias	Dirige los esfuerzos de divulgación comunitaria	No se reporta que reciban formación, pero cuentan con sus años de experiencia trabajando con la comunidad somalí
	Personal somalí y no somalí del proyecto SHIFA	Codirige grupos de apoyo. Clínicos a domicilio: Proporcionan atención a domicilio.	Profesionales con formación clínica
	Agente cultural	Proporciona psicoeducación sobre salud mental. Ayuda a navegar por los sistemas de servicios.	Formación en trabajo social
	Personal clínico (no a domicilio)	Participan en la defensa de los derechos, consultan con abogados cuando es necesario para abordar problemas sistémicos.	Profesionales cualificados
	Trabajadores sociales somalíes	Proporcionan servicios de salud mental en el marco del proyecto SHIFA y colaboran con estudiantes de trabajo social para fomentar la comprensión cultural entre los proveedores.	Reciben formación a través de una asociación con una escuela local de graduados en trabajo social.

Cómo se Implementa

Las tres intervenciones ofrecen sesiones grupales presenciales para los participantes (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**2). El Programa H EAL y el Proyecto SHIFA ofrecen además sesiones individuales también en formato presencial que incluyen terapia musical o artística y sesiones de TST con jóvenes y familias, respectivamente. Con respecto al enfoque utilizado, el Programa HEAL ofrece opciones para grupos específicos de género y culturales (por ejemplo, sesiones para chicas afganas). El Proyecto SHIFA ofrece sesiones grupales específicas para estudiantes somalíes y somalíes Bantu, en grupos pequeños específicos por género. Football United no menciona un enfoque específico en grupos culturales o de género.

Dónde

El Programa HEAL y Football United operan en Australia, aunque en diferentes regiones. Mientras que el Programa HEAL se ubica en Brisbane, Football United lo hace en el Oeste de Sídney. El Proyecto SHIFA opera en una Ciudad de Nueva Inglaterra, Estados Unidos.

Aunque todas las intervenciones se implementan en entornos escolares, estos presentan características únicas. El Programa HEAL opera en escuelas secundarias. El Proyecto SHIFA también colabora con escuelas secundarias, pero opera en las aulas de inglés como segundo idioma (ELL). También ofrece servicios en el propio domicilio de las familias, y reuniones sociales en lugares comunitarios además de la escuela. Football United opera en Centros Intensivos de inglés[7] (IECs) y Centros de enseñanza secundaria de acogida.

Cuándo y Cuánto

Como se observa en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**2 el p rograma HEAL dura aproximadamente 10 semanas (un trimestre). Las sesiones grupales se imparten mínimo una vez por semana durante y tienen una duración de 60 minutos. En total se ofrecen mínimo 10 sesiones grupales. Las sesiones individuales también se ofrecen una vez por semana y tienen una duración de 45 minutos. Adicionalmente, los servicios de extensión escolar QPASTT ofrecen servicios semanales. La programación en Football United se organiza a lo largo del año escolar.

[7] Los IEC forman parte del sistema escolar estatal y preparan a los estudiantes de secundaria recién llegados para estudiar en un instituto australiano ofreciéndoles clases intensivas de inglés.

En el trimestre 1, el programa se imparte al alumnado de 7º curso; en el trimestre 2, al alumnado de 8º; y en el trimestre 3 se trabaja con los alumnos "desmotivados". El trimestre 4 marca una etapa importante, ya que se dedica a la formación de nuevos entrenadores. Además, se celebra un día de gala para las escuelas primarias de referencia, fomentando la participación y el compromiso de la comunidad. Football United ofrece actividades semanales de fútbol después de la escuela y algunos fines de semana y días festivos, dentro y fuera del currículo escolar. El proyecto SHIFA también abarca el año escolar. Los grupos de apoyo para jóvenes somalíes se ofrecen una vez a la semana. Respecto a las sesiones en el domicilio, el personal realiza hasta tres visitas por semana en función de las necesidades de la familia.

En general, las tres intervenciones implican una participación continua a lo largo del tiempo (desde 10 semanas hasta un curso escolar completo), lo que permite un apoyo prolongado a los participantes. Es interesante destacar que solo Football United y SHIFA ofrecen actividades después de la escuela o durante los fines de semana, facilitando la participación fuera del horario escolar.

Adaptaciones

Destacan viarias adaptaciones[8] realizadas en Football United a lo largo de sus años de implementación de la intervención (**¡Error! No se encuentra el origen de la r eferencia.**2). En un primer momento, Football United nació como una iniciativa que buscaba mejorar la cohesión social a través de entrenamientos regulares de fútbol en los parques de zonas con gran asentamiento de refugiados. No obstante, tras los primeros años implementando la iniciativa se observó que estas zonas en muchas ocasiones no eran percibidas por los estudiantes y sus familias como zonas seguras. Por esta razón, se empezó a colaborar con colegios para implementar el programa, ya que sus instalaciones eran percibidas como seguras por parte del alumnado y sus familias. Más adelante y a través del aprendizaje de ciclo rápido se hizo evidente que los jóvenes que no eran refugiados o inmigrantes, pero seguían sufriendo desventajas sociales no estaban recibiendo la formación en habilidades para la vida necesaria para prosperar en un mundo complejo y moderno. Así que FUn amplió el "quién" para incluir a todos los jóvenes con bajos ingresos. También quedó claro que no todos los estudiantes preferían el fútbol. Había un gran interés por el rugby. El equipo de investigadores y

[8] Si la intervención se planificó para ser personalizada, con ajustes o adaptada, descripción de los cambios, por qué, cuándo y cómo.

profesionales de la UNSW se adaptó asociándose con la *Rugby Youth Foundation* para desarrollar *Creating Chances* como entidad independiente de FUn en 2014.

El Proyecto SHIFA reporta haber adaptado el modelo TST para población refugiada en torno a tres innovaciones: el compromiso de la comunidad, la integración de los servicios y un enfoque centrado en el ajuste entre el entorno social y la regulación de las emociones del niño. Además, el proyecto SHIFA de Boston creó una solución innovadora para abordar las necesidades lingüísticas y culturales de los refugiados somalíes en Boston. En el momento de la implementación inicial del proyecto, no había clínicos de salud mental somalíes en el estado de Massachusetts. En respuesta a esto, se formó una asociación con la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Boston (BUSSW), y se ofrecieron becas financieras y apoyo de mentoría a dos individuos somalíes de la comunidad para cursar sus maestrías en trabajo social. Estos estudiantes somalíes de trabajo social se convirtieron en miembros clínicos activos del equipo y proporcionaron servicios directos en las escuelas, además de colaborar con proveedores no somalíes como mediadores culturales.

El programa HEAL no reporta datos relacionados con posibles adaptaciones de los servicios ofertados.

Modificaciones

Ninguna intervención reporta haber realizado cambios posteriores en la intervención inicialmente planificada o implementada debido a razones específicas, como la necesidad de adaptarse a nuevas circunstancias o mejorar la efectividad de la intervención en función de los resultados del estudio (**¡Error! No se encuentra el o rigen de la referencia.**2).

Grado de Éxito Planificado[9]

La fidelidad al modelo TST en el proyecto SHIFA se evaluó a través de reuniones semanales del equipo clínico en las que participaban terapeutas, mediadores culturales y supervisores capacitados en el modelo TST (**¡Error! No se encuentra el o rigen de la referencia.**2). Estas reuniones eran dirigidas por un experto en TST. Durante las reuniones, los terapeutas presentaban casos clínicos de forma rotativa, y un miembro del equipo que no estaba involucrado en el caso evaluaba la fidelidad

[9] Si se evaluó el cumplimiento o la fidelidad a la intervención descripción de cómo y por quién, y si se utilizaron estrategias para mantener o mejorar el cumplimiento.

utilizando un instrumento de medición con 12 ítems diseñado para medir la fidelidad al modelo TST. El equipo tenía como objetivo mantener la fidelidad asegurando que los servicios se integraran y se orientaran en torno a un plan de tratamiento común. Tanto expertos culturales como clínicos participaban en las reuniones, lo que permitía una discusión abierta sobre cómo resolver posibles diferencias entre las perspectivas culturales y clínicas.

El Programa HEAL y Football United no reportan datos relacionados con la evaluación de la fidelidad o cumplimiento de la intervención.

Grado de Éxito Real[10]

A lo largo del tratamiento, las calificaciones de fidelidad en el proyecto SHIFA promediaron un 87,87%, lo que indica que la intervención se entregó con fidelidad (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**2). Las reuniones semanales del e quipo y la participación de expertos en TST, tanto clínicos como culturales, contribuyeron a mantener la fidelidad al modelo TST. Además, el proyecto SHIFA enfatizaba la comunicación regular cara a cara entre los equipos clínicos y culturales para asegurar que las recomendaciones y enfoques fueran conscientes de todo el rango de riesgo y posibilidad. El proyecto celebraba reuniones semanales del equipo para coordinar la atención a las familias y reunir la experiencia de múltiples socios para abordar desafíos.

El Programa HEAL y Football United al no reportar datos relacionados con la evaluación de la fidelidad o cumplimiento de la intervención, tampoco describen en qué medida la intervención se llevó a cabo según lo planeado.

Evaluación de Resultados

Como se muestra en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**4 t odas las intervenciones incluyen algún tipo de comparación para evaluar los efectos. El Programa HEAL y Football United mencionan haber utilizado grupos de control y de intervención. El programa HEAL y el Proyecto SHIFA realizan mediciones en momentos diferentes para evaluar los cambios a lo largo del tiempo. Mientras que en la evaluación del Programa HEAL se realizan mediciones antes y después de la intervención, en el Proyecto SHIFA se realizan mediciones en el momento de

[10] Si se evaluó el cumplimiento o la fidelidad a la intervención, descripción de en qué medida la intervención se llevó a cabo según lo planeado.

inscripción, a los 6 y 12 meses de seguimiento. Todas las intervenciones se han evaluado cuantitativamente y solo la evaluación de Football United utiliza un diseño de métodos mixtos (encuesta y entrevistas).

Es importante tener en cuenta que, en ninguna de las evaluaciones correspondientes a las tres intervenciones, los participantes del grupo control y de intervención fueron asignados aleatoriamente, lo que puede introducir ciertos sesgos en el estudio.

En general las intervenciones presentan un tamaño de muestra reducido, siendo Footbal United quien presenta mayor número de participantes (142) frente al Programa HEAL (42) y el Proyecto SHIFA (30). Todas las intervenciones trabajan con estudiantes refugiados o migrantes que han llegado a un nuevo país aunque con características únicas. Football United es el que trabaja con una mayor diversidad de jóvenes en cuanto a su origen cultural (Iraq, Irán, Afganistán, Sierra Leona, Liberia, Sudán, Eritrea, Nepal, Burma, Tailandia, y otros). Le sigue el Programa HEAL que trabaja con estudiantes provenientes de Oriente Medio, Asia Oriental y África. El Proyecto SHIFA está exclusivamente centrado en trabajar con estudiantes refugiados somalíes y somalíes Bantu. También existen diferencias en cuanto al tiempo que los participantes llevan asentados en los países de acogida. En el caso del Programa HEAL los participantes del grupo de intervención llevaba residiendo en Australia una media de 11 meses, mientras que el grupo control llevaba una media de 6,4 meses. En el caso de Football United la mayoría de participantes del grupo de comparación tenían muchas más probabilidades de declararse refugiados o solicitantes de asilo y haber vivido en dos o más países antes de llegar a Australia. La mayoría de participantes del grupo de intervención habían llegado a Australia hace más de un año (38,7%), el 33,9% había llegado el año pasado y el 27,4% el mismo año. En el grupo control la gran mayoría (63,3%) habían llegado el año pasado y una pequeña minoría (5,1%) hace más de un año. En el caso del Proyecto SHIFA la media de tiempo que los estudiantes llevaban reasentados en EE.UU. fue de 5 años, con un intervalo de 1 a 9 años. Es importante destacar que existen diferencias en la forma en la que se presentan los datos específicos por cada estudio evaluativo, lo que puede influir en la interpretación y las conclusiones sobre la efectividad de las intervenciones.

En general, las intervenciones incluyen una variedad de edades en sus participantes, con un rango de edad entre los 11 y los 18 años y son accesibles tanto

para chicos como para chicas. Destacan Football United y el Proyecto SHIFA con la baja participación de participantes femeninas (22.5% y 36,7% respectivamente) en comparación con el Programa HEAL (59,5%).

Las tres intervenciones mostraron efectos positivos en al menos una medida de bienestar emocional o psicosocial implicando mejoras en la salud mental o el comportamiento de los participantes. El programa HEAL mostró una reducción significativa de los síntomas emocionales, hiperactividad y problemas con los compañeros. Football United reportó un aumento significativo de la orientación hacia otros grupos entre los jóvenes. Los participantes del grupo de intervención mostraron resultados más positivos en relación con el comportamiento prosocial, orientación hacia otros grupos y problemas con los compañeros. El Proyecto SHIFA mostró ser eficaz en la reducción de los síntomas de depresión y TEPT en el grupo de nivel superior (nivel 4) a lo largo del tiempo.

Tabla 4

Resumen de la evaluación realizada para cada intervención

	Heal Program	Football United (FUn)	Proyecto SHIFA
Fuentes	Quinlan et al. (2016)	Nathan et al. (2013)	Ellis et al. (2013)
Evaluación	Ensayo controlado. Grupo de control y de intervención. Medidas pre/post intervención.	Diseño cuasiexperimental de métodos mixtos. 4 escuelas: dos con el programa Football United y dos escuelas de comparación donde no se aplicaba Football United.	Recopilación de datos en tres momentos diferentes: al momento de la inscripción, seguimiento a los 6 y 12 meses.
Participantes	42 estudiantes recién llegados a Australia provenientes de Oriente Medio, Asia Oriental y África. Grupo HEAL (*N*=22), grupo control (*N*=20). Edad media: 15 años 5 meses (*DT* = 1 año 5 meses). 17 chicos, 25 chicas.	Participantes (Encuesta): 142 jóvenes en total. - Escuelas FUn (*N*=63) y escuelas de comparación (*N*=79). Edad media de la muestra: 14,7 años (*DT*=2,4). - Grupo FUn: 15.0 (*DT*=2,6) - Grupo de comparación: 14,4 (*DT*= 2,1). 22.5% de la muestra total eran chicas. - Grupo FUn: 60 chicos (95,2%). Solo 3 chicas (4,8%). - Grupo de comparación: 50 chicos (63,3%) y 29 chicas (37,7%). Participantes (Entrevista): 79 estudiantes de los que completaron la encuesta fueron entrevistados. Grupo FUn (N=48) y el Grupo de Comparación (N=31). Rango de edad de la muestra total entre 11 y 18 años.	30 estudiantes somalíes que aprenden inglés (ELL). Todos participaron en el Nivel 2 de la intervención (grupos basados en habilidades). El 50% participó en el Nivel 3 (TST individual) y el 13% en el Nivel 4 (TST en el hogar). Edad media de la muestra: 13,0 años (*DT*=0,96). Rango de edad entre 11 y 15 años. 63,3% (*N*=19) eran chicos y 36,7% (*N*=11) eran chicas. 60% (N=18) eran de etnia Somalí y 40% (N=12) de etnia Somalí Bantu. No hubo diferencias significativas entre los grupos étnicos en

		Entrevista con enfoque en diversidad de género: - Grupo FUn: 9 chicas (18,75%) y 39 chicos (81,25%). - Grupo de comparación: 9 chicas (29%) y 22 chicos (71%). Origen de los participantes (Encuesta y entrevista): Participantes provenientes de varios países, incluyendo Iraq, Irán, Afganistán, Sierra Leona, Liberia, Sudán, Eritrea, Nepal, Burma, Tailandia, y otros. Principales países de origen en: - Grupo FUn: Iraq, otras naciones africanas y asiáticas. - Grupo de Comparación: Afganistán, Sierra Leona, Burma, entre otros. Diferencias significativas en autodeclaración como refugiados o solicitantes de asilo y de haber vivido en dos o más países antes de llegar a Australia en el grupo de comparación (encuestado).	términos de edad, género, exposición al trauma, dificultades de posguerra, o síntomas de TEPT o depresión entre los dos grupos étnicos. Media de tiempo reasentados en EE.UU.: 5 años, con un rango de 1 a 9 años.
Resultados	Reducción significativa de los síntomas emocionales (efecto moderado). Efectos moderados sobre la hiperactividad y los problemas con los compañeros. No se encontraron diferencias significativas en otras medidas, como problemas de conducta, problemas con los compañeros,	Aumento significativo de la orientación hacia otros grupos entre los jóvenes. Los chicos del grupo FUn informaron de resultados más positivos en problemas con los compañeros, comportamiento prosocial y orientación hacia otros grupos. No se observaron diferencias significativas entre los grupos en medidas como síntomas emocionales, hiperactividad, problemas con los compañeros, resiliencia, inclusión social, entre otras.	Eficacia en la reducción de los síntomas de depresión y TEPT en el grupo de nivel superior (nivel 4) a lo largo del tiempo. El grupo del nivel 4 mostró mayores síntomas iniciales de TEPT y depresión en comparación con los grupos de los niveles 2 y 3. El género influyó en los síntomas emocionales, ya que las chicas

	comportamiento prosocial, ansiedad, depresión, síntomas somáticos, entre otros.		presentaron puntuaciones más altas. No se encontraron diferencias significativas en las medidas de discriminación, sentido de pertenencia y problemas de aculturación en relación con los resultados.

Discusión

La literatura revisada muestra el enorme potencial de las intervenciones basadas en un enfoque escolar integral o *Whole School Approach* para promover el bienestar y la salud mental de adolescentes y jóvenes migrantes en el contexto escolar (Craig et al., 2008; Grant et al., 2013; Meroni y Velasco, 2023). Se trata de un enfoque respaldado por diversos autores (Blank et al., 2009; Goldberg et al., 2019; Moore et al., 2015; Weare y Nind 2011) e instituciones (la UNESCO, la Comisión Europea o el NICE). No obstante, Meroni y Velasco (2023) advierten que existen limitaciones para llegar a conclusiones sobre la eficacia de estas intervenciones en relación con determinadas estrategias (como habilidades individuales, el apoyo entre iguales, la mediación lingüística y cultural y la implicación de la comunidad en la escuela). Las autoras argumentan que estas limitaciones se relacionan con (1) la falta de definiciones claras sobre las intervenciones evaluadas y (2) el número reducido de estudios que evalúan algunas de estas estrategias. En el metaanálisis realizado por Goldberg et al. (2019) sobre intervenciones basadas en un enfoque escolar integral (aunque no centradas en población migrante) también identifica estas limitaciones. Además, resalta la necesidad de más investigación sobre la implementación de las intervenciones basadas en este enfoque para comprender como impactan diversos factores (el proveedor, la comunidad, la entrega, entre otros) en la calidad con la que se implementa.

En esta revisión se propuso: (1) identificar intervenciones basadas en contexto escolar para mejorar el bienestar psicosocial y emocional de adolescentes y jóvenes migrantes en países de altos ingresos desde un enfoque escolar integral y que cuenten con al menos un estudio evaluativo cuantitativo (con un diseño experimental o cuasi-experimental con grupo control o con medidas pre/postintervención), (2) evaluar su implementación y (3) comprender su relación con los resultados. En definitiva, el propósito es entender cómo y por qué determinados elementos influyen en el éxito o fracaso de estas intervenciones (Stame, 2004).

Tras un primer análisis exhaustivo de los estudios potencialmente relevantes para esta revisión, no se encontró ninguna intervención que, aun cumpliendo necesariamente con los tres componentes de un enfoque escolar integral según la definición de la OMS (1998), contara con al menos un estudio evaluativo cuantitativo con un diseño experimental o cuasiexperimental. Este resultado pone en evidencia la ausencia de estudios que evalúen con rigor la eficacia de intervenciones basadas en un

enfoque escolar integral, centradas en adolescentes y jóvenes migrantes que asisten a escuelas en países de renta alta. Solo cuando se flexibilizó el criterio metodológico (es decir, se incluyeron estudios con al menos un estudio evaluativo cuantitativo con grupo control o con medidas pre/postintervención) se encontraron 14 estudios que identificaban un total de tres intervenciones diferentes basadas en un Enfoque Integral Escolar: el Programa HEAL, Football United y el Proyecto SHIFA.

A pesar de haber flexibilizado el criterio metodológico el número de intervenciones identificadas en este estudio es muy reducido. Esto puede deberse a diversos factores. Evaluar intervenciones basadas en un enfoque escolar integral centradas en adolescentes y jóvenes migrantes es una tarea compleja debido a la propia naturaleza de este tipo de intervenciones (Moore et al., 2015) y a las características de la población objetivo. Un enfoque escolar integral va más allá de lo académico. Se trata de un enfoque holístico que busca la participación de la comunidad y su compromiso en diversas fases de la intervención para promover un entorno escolar (clima, prácticas de enseñanza y de aprendizaje, currículum, políticas escolares, etc.) que favorezca el bienestar y la salud mental de todos y todas. Como muestran los resultados analizados en este estudio, este tipo de intervenciones son muy costosas en cuanto a recursos humanos (agentes implicados en las diferentes fases de la intervención), recursos físicos (por ejemplo, el tiempo dedicado por los diferentes agentes a diferentes tareas relacionadas con la intervención o los materiales físicos o digitales utilizados durante la implementación como manuales para los participantes o los profesionales que imparten las sesiones), recursos intelectuales (por ejemplo, registro de marca, aunque no es obligatorio muchas intervenciones suelen optar por este mecanismo de protección), y recursos económicos (financiación para desarrollar, implementar y evaluar). Es probable que esta sea una de las razones por las que es difícil encontrar intervenciones basadas en un enfoque escolar integral que hayan sido evaluadas con un diseño experimental o cuasi-experimental. Además, este tipo de intervenciones presentan numerosos desafíos en cuanto a la medición de cambios en aspectos tan amplios como el clima escolar o las relaciones interpersonales. En primer lugar, evaluar el clima escolar, por ejemplo, ya es en sí misma una actividad compleja. Se trata de un constructo que engloba diversos aspectos como las relaciones interpersonales, sentimiento de seguridad, políticas de la escuela, entre otros (Thapa et al., 2013). Igual ocurre con otros conceptos que, desde un enfoque escolar integral, se busca cambiar

como las relaciones interpersonales entre estudiantes y personal de la escuela o entre la escuela y la comunidad, entre otros. Los efectos de una intervención basada en un enfoque escolar integral pueden no ser evidentes a corto plazo (Moore et al., 2015). Medir los efectos a largo plazo, manteniendo los niveles de participación y de compromiso puede ser otro desafío importante ya que el alumnado y profesorado pueden cambiar con el tiempo, lo que puede influir en los resultados. Existen diferencias entre escuelas. Cada escuela es única y no todo lo que funciona en un contexto es igual de efectivo en otro. Es importante tener en cuenta que las intervenciones pueden llegar a tener efectos dañinos, además de positivos. Es importante evaluar si este tipo de efectos secundarios no deseados tienen lugar, lo que implica añadir complejidad a la evaluación.

El hecho de que sean tan costosas (en todos los sentidos) podría plantear serias dudas sobre si "merece la pena apostar" por este tipo de intervenciones o si la financiación debería redireccionarse a otro tipo de intervenciones más sencillas con menos componentes. Por ejemplo, intervenciones basadas en técnicas creativas y expresivas reducen significativamente los síntomas de depresión, ansiedad, TEPT y problemas de conducta, además de mejorar el bienestar general, la adaptación emocional, los problemas con los compañeros y relacionales, la resolución de conflictos, la resolución de problemas, el afrontamiento de la pérdida, la conexión con los demás, el sentido de pertenencia, la felicidad y la identidad (Tyrer y Fazel, 2014). Es decir, las intervenciones basadas en un enfoque escolar integral no solo buscan mejorar el bienestar de los estudiantes o de un subgrupo como pueden ser adolescentes migrantes, sino cambiar el entorno, clima escolar, los sistemas de organización y de relaciones en la escuela y de la escuela con la comunidad. Entonces, ¿son realmente necesarias este tipo de intervenciones para mejorar el bienestar del alumnado si casi no hay evaluaciones rigurosas que avalen su implementación?

Aunque en este trabajo no se han encontrado intervenciones evaluadas de forma rigurosa, sí se han analizado en profundidad intervenciones basadas en este enfoque que sugieren que este tipo de intervenciones dirigidas a adolescentes y jóvenes migrantes tienen efectos positivos en el bienestar y salud mental. Es más, la Organización Mundial de la Salud sugirió un enfoque basado en la comunidad hace ya 25 años y todavía no se ha aplicado sistemáticamente. Precisamente porque todavía no hay evaluaciones rigurosas, sería de gran valor una mayor inversión en investigaciones que evalúen la

eficacia de este tipo de intervenciones o si existen determinados componentes que se pueden priorizar frente a otros según las necesidades de la escuela y la comunidad con la que trabaja (Goldberg et al., 2019). Aunque los resultados presentados en este estudio deben interpretarse con precaución, es importante destacar que cada programa ha demostrado ser eficaz en áreas específicas y con poblaciones particulares, lo que sugiere que no existe una única solución universal en la aplicación de un enfoque escolar integral. Una posible línea de investigación futura que se plantea a partir de los resultados obtenidos en este estudio (y en la cual la autora de este estudio se sigue trabajando actualmente) podría ser revisar si existen diferencias entre los resultados obtenidos al implementar intervenciones que cumplen necesariamente con los tres componentes de un enfoque escolar integral según la definición de la OMS (1998) e intervenciones que cumplen con al menos dos de los tres componentes.

Aunque las intervenciones que se han incluido en este estudio se han implementado en Australia y en EE. UU., otros países en Europa, como el Reino Unido, reconocen el potencial de este tipo de intervenciones y apuesta por su implementación. Recientemente el Servicio de Sanidad Pública de Reino Unido (*Public Health England*) ha desarrollado, con el respaldo del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (*National Institute for Health ans Care Excellence*, NICE) y el Departamento de Educación inglés (*Department for Education*, DfE), un modelo de ocho principios clave para promover un enfoque integral de la salud mental y el bienestar en la escuela: (1) liderazgo y gestión que apoyen y defiendan los esfuerzos para promover la salud emocional y el bienestar.; (2) una ética y clima que fomenten el respeto y valoren la diversidad; (3) currículo, enseñanza y aprendizaje fomentar la resiliencia y apoyar el aprendizaje social y emocional; (4) la voz de los estudiantes influye en las decisiones; (5) desarrollo del personal para favorecer su propio bienestar y el de los alumnos, (6) determinación de las necesidades y seguimiento del impacto de las intervenciones; (7) trabajar con padres, familias y cuidadores y (8) apoyo específico y derivaciones adecuadas (Public Health England, 2021). Alrededor de este modelo han creado Co.Lab *platform*, un espacio que facilita trabajar conjuntamente con la comunidad educativa para identificar fortalezas y áreas de mejora, implementar un enfoque escolar integral y evaluar el progreso con el objetivo de hacer sostenibles los cambios. Actualmente, existe un cuestionario de autoevaluación basado en estos principios con un total de 87 ítems y cuyo objetivo es facilitar la implementación de un

enfoque integral en las escuelas. Esto refleja un reconocimiento creciente de la importancia de abordar el bienestar psicosocial y emocional de manera holística.

En resumen, la revisión de procesos de intervenciones basadas en un enfoque escolar integral dirigidas a adolescentes y jóvenes migrantes en países con altos ingresos muestra la complejidad y desafíos que suponen este tipo de enfoque. A pesar de la falta de estudios rigurosos que respalde su eficacia, son muchos los estudios e instituciones que respaldan su potencial para mejorar el bienestar y salud mental los adolescentes y jóvenes migrantes. La investigación futura podría centrarse en identificar ejemplos de buenas prácticas, componentes clave de estas intervenciones, cómo abordar desafíos metodológicos y de evaluación para fortalecer la evidencia en esta área y avanzar hacia entornos escolares más saludables.

Limitaciones

Es importante tener en cuenta que los resultados de esta revisión están limitados por el contenido de los estudios incluidos. En primer lugar, existen limitaciones metodológicas relacionadas con el diseño de los estudios evaluativos cuantitativos incluidos en este estudio. Aunque todos los artículos evaluativos cuantitativos introducían algún tipo de comparación, no todos incorporaron un grupo control o medidas pre/postintervención. La falta de un diseño de investigación aleatorizado y controlado con grupos de comparación dificulta la atribución de los resultados exclusivamente a la intervención en sí misma. Además, las poblaciones objetivo de las intervenciones analizadas y el contexto de aplicación mostraban características únicas, lo que limita la generalización de los resultados. Por último, una revisión de procesos requiere recursos significativos para llevar a cabo evaluaciones exhaustivas y seguimiento a largo plazo. Esto supone un desafío en términos de recursos humanos y financieros. A pesar de estas limitaciones este trabajo consigue sintetizar las características fundamentales de una amplia variedad de publicaciones, ofreciendo una visión general de los procesos a través de los que opera cada intervención y cómo estos se relacionan con los resultados.

Referencias

Abu-Kaf, S., Al-Said, K., y Braun-Lewensohn, O. (2021). Community coherence and acculturation strategies among refugee adolescents: How do they explain mental-health symptoms?. Comprehensive psychiatry, 106, 152227. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2021.152227

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (2023). Tendencias Globales de Desplazamiento Forzado en 2022. Denmark. Disponible en: https://www.acnur.org/tendencias-globales-de-desplazamiento-forzado-en-2022

Beelmann, A., Arnold, L. S., y Schulz, S. (2021). Buffering negative effects of immigration on cognitive, social, and educational development: A multinational meta-analysis of child and adolescent prevention programmes. *International Journal of Psychology*, *56*(3), 478-490. https://doi.org/10.1002/ijop.12725

Belhadj Kouider, E. B., Koglin, U., y Petermann, F. (2014). Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: A systematic review. *European Childhood & Adolescent Psychiatry*, 23, 373– 391. https://doi.org/10.1007/s00787-013-0485-8

Bennouna, C., Khauli, N., Basir, M., Allaf, C., Wessells, M., y Stark, L. (2019). School-based programs for Supporting the mental health and psychosocial wellbeing of adolescent forced migrants in high-income countries: A scoping review. *Social Science & Medicine*, *239*, 112558. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112558

Blank, L., Baxter, S., Goyder, E., Guillaume, L., Wilkinson, A., Hummel, S., ... y Payne, N. (2009). Systematic review of the effectiveness of universal interventions which aim to promote emotional and social wellbeing in secondary schools. *Interventions*, *56*(4.5), 1.

Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., y Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *Bmj*, *321*(7262), 694-696. doi:10.1136/bmj.321.7262.694

Carling, J. (7 de mayo de 2023). *Meaning of migrants*. WordPress. https://meaningofmigrants.org/

Charbonneau, S., deLeyer-Tiarks, J., Caterino, L. C., y Bray, M. (2022). A meta-analysis of school-based interventions for student refugees, migrants, and immigrants. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, *50*(4), 434-449. https://doi.org/10.1080/10852352.2021.1935190

Cohen, J., Espelage, D. L., Twemlow, S. W., Berkowitz, M. W., y Comer, J. P. (2015). Preventing Efforts: Promoting Healthy School Climates, Positive Youth Development, and Preventing Bully-Victim-Bystander Behavior. *International Journal of Violence and schools*, 2–40. https://schoolclimate.org/wp-content/uploads/2021/05/Rethinking_Bully_Prevention_Paper_IJVS_9-15.pdf

Craig, P., Cooper, C., Gunnell, D., Haw, S., Lawson, K., Macintyre, S., Ogilvie, D., Petticrew, M., Reeves, B., Sutton, M., y Thompson, S. (2012). Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. *J Epidemiol Community Health*, *66*(12), 1182-1186. doi:10.1136/jech-2011-200375

Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie, S., Nazareth, I., y Petticrew, M. (2006). Developing and evaluating complex interventions: new guidance. Medical Research Council, London.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., y Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj*, *337*. doi:10.1136/bmj.a1655

Craig, P., Di Ruggiero, E., Frolich, K. L., Mykhalovskiy, E., White, M., Campbell, R., Cummins, S., Edwards, N., Hunt, K., Kee, F., Loppie, C., Moore, L., Ogilvie, D., Petticrew, M., y Poland, B. (2018). Taking account of context in population health intervention research: guidance for producers, users and funders of research. doi:10.3310/CIHR-NIHR-01

Delaruelle, K., Walsh, S. D., Dierckens, M., Deforche, B., Kern, M. R., Currie, C., Moreno, M.C., Cosma, A., y Stevens, G. W. (2021). Mental health in adolescents with a migration background in 29 European countries: the buffering role of social capital. *Journal of Youth and Adolescence*, *50*, 855-871. https://doi.org/10.1007/s10964-021-01423-1

Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES). (1998). *Recomendaciones sobre Estadísticas de las Migraciones Internacionales: Revisión 1*. Nueva York. Disponible en https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/Standards-and-Methods/files/Principles_and_Recommendations/International-Migration/SeriesM_58rev1-S.pdf.

Durlak, J. A., y DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementationdurla. *American journal of community psychology*, *41*, 327-350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0

Gatt, J. M., Alexander, R., Emond, A., Foster, K., Hadfield, K., Mason-Jones, A., Reid, S., Theron, L., Ungar, T., y Wu, Q. (2020). Trauma, resilience, and mental health in migrant and non-migrant youth: an international cross-sectional study across six countries. *Frontiers in psychiatry*, 997. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00997

Goldberg, J. M., Sklad, M., Elfrink, T. R., Schreurs, K. M., Bohlmeijer, E. T., y Clarke, A. M. (2019). Effectiveness of interventions adopting a whole school approach to enhancing social and emotional development: a meta-analysis. *European Journal of psychology of Education*, *34*, 755-782. https://doi.org/10.1007/s10212-018-0406-9

Grant, A., Treweek, S., Dreischulte, T., Foy, R., y Guthrie, B. (2013). Process evaluations for cluster-randomised trials of complex interventions: a proposed framework for design and reporting. *Trials*, *14*, 1-10. doi:10.1186/1745-6215-14-15

Guler, J. y Berman, S. L. (2019). Acculturation, identity distress, and internalizing symptoms among resettled adolescent refugees. Journal of Adolescence, 76, 129-138. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.07.016

Harachi, T. W., Abbott, R. D., Catalano, R. F., Haggerty, K. P., y Fleming, C. B. (1999). Opening the black box: using process evaluation measures to assess implementation and theory building. *American journal of community psychology*, *27*(5), 711-731. **https://doi.org/10.1023/A:1022194005511**

Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, G.D. Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, Marie., Lamb, E. S., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, C. J., Chan, A. W., y Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *Bmj*, *348*. https://doi.org/10.1136/bmj.g1687

International Union for Health Promotion and Education. Achieving health promoting schools: guidelines for promoting health in schools. Version 2 of the document formerly known as "Protocols and guidelines for health promoting schools". www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/ HPSGuidelines_ENG.pdf (accessed 6 February 2014).

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, *61*, 121–140. http://dx.doi.org/10.2307/2787065

Khawaja, N. G., Ibrahim, O. y Schweitzer, R. D. (2017). Mental Wellbeing of Students from Refugee and Migrant Backgrounds: The Mediating Role of Resilience. School Mental Health, 9, 284–293. https://doi.org/10.1007/s12310-017-9215-6

Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Pouliou, T., Murphy, S. M., Waters, E., Komro K.A., Gibbs L.F., Magnus D., y Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane database of systematic reviews*, (4). https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2

Lee, H., Lee, H. E., Cassel, K., Hagiwara, M. I. y Somera, L. P. (2019). Protective Effect of Biculturalism for Health Amongst Minority Youth: The Case of Pacific Islander Migrant Youths in Hawai'i. *British Journal of Social Work, 49,* 1003-1022 doi: 10.1093/bjsw/bcz042

Lee, S. (2020). Does identity matter for adaptation? The influence of acculturation identity on the well-being and delinquency of adolescent students in Europe. *Journal of Youth Studies*, *23*(6), 797-817, DOI: 10.1080/13676261.2019.1636950

Magyar, J. L., y Keyes, C. L. M. (2019). Defining, measuring, and applying subjective well-being. In M. W. Gallagher & S. J. Lopez (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 389–415). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000138-025

Martiny, S. E., Froehlich, L., Soltanpanah, J., y Haugen, M. S. (2020). Young immigrants in Norway: The role of national and ethnic identity in immigrants' integration. *Scandinavian Journal of Psychology*, *61*(2), 312–324. https://doi.org/10.1111/sjop.12594

McAuliffe, M. y A. Triandafyllidou (eds.), 2021. *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Ginebra.

Meroni, C., y Velasco, V. (2023). School-Based Interventions for Migrant Students in the Framework of the Health Promoting Whole-School Approach: An Umbrella Review. *Sustainability*, *15*(3), 1894. https://doi.org/10.3390/su15031894

Moinolmolki, N. (2019). Correlates of general wellbeing among Bhutanese youths. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, *29*(1-3), 185-202. https://doi.org/10.1080/15313204.2019.1694119

Moore, Graham. (2023, Julio). Mental health in schools and evaluating complex interventions. Presentación en el Summer School in Youth Mental Health Research, Wolfson Centre for Young People's Mental Health, Cardiff University, United Kingdom. https://www.cardiff.ac.uk/wolfson-centre-for-young-peoples-mental-health/training/summer-school

Moore, G. F., Anthony, R. E., Hawkins, J., Van Godwin, J., Murphy, S., Hewitt, G., y Melendez-Torres, G. J. (2020). Socioeconomic status, mental wellbeing and transition to secondary school: Analysis of the School Health Research Network/Health Behaviour in School-aged Children survey in Wales. *British Educational Research Journal*, *46*(5), 1111-1130. https://doi.org/10.1002/berj.3616

Moore, G.F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O'Cathain, A., Tinati, T., Wight, D. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *Bmj*, 350. https://doi.org/10.1136/bmj.h1258

Moore, G., Campbell, M., Copeland, L., Craig, P., Movsisyan, A., Hoddinott, P., Littlecott, H., O'Cathain, A., Pfadenhauer, L., Rehfuess, E., Segrott, J., Hawe, P., Kee, F., Couturiaux,

D., Hallingberg, B., y Evans, R. (2021). Adapting interventions to new contexts—the ADAPT guidance. *Bmj*, *374*. doi:10.1136/bmj.n1679

Moore, G. F., Littlecott, H. J., Evans, R., Murphy, S., Hewitt, G., y Fletcher, A. (2017). School composition, school culture and socioeconomic inequalities in young people's health: Multi-level analysis of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Wales. *British Educational Research Journal*, *43*(2), 310-329. https://doi.org/10.1002/berj.3265

Noorani, S., Baïdak, N., Krémó, A., y Riiheläinen, J. (2019). *Integrating Students from Migrant Backgrounds into Schools in Europe: National Policies and Measures. Eurydice Brief.* Education, Audiovisual and Culture Executive Agency, European Commission. Available from EU Bookshop.

O'Cathain, A., Croot, L., Duncan, E., Rousseau, N., Sworn, K., Turner, K. M., Yardley, Lucy., y Hoddinott, P. (2019). Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ open*, *9*(8), e029954. doi:10.1136/bmjopen-2019-029954

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2019). *Glosario de Migración*. 17 Route des Morillons, Ginebra.

Pawson, R., y Tilley, N. (1997). An introduction to scientific realist evaluation. *Evaluation for the 21st century: A handbook*, *1997*, 405-18.

Pearson, T. A., Lewis, C., Wall, S., Jenkins, P. L., Nafziger, A., y Weinehall, L. (2001). Dissecting the``black box"of community intervention: background and rationale. *Scandinavian Journal of Public Health*, *29*(56_suppl), 5-12. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/14034948010290021301

Public Health England. (2021). Promoting children and young people’s mental health and wellbeing: A whole school or college approach. London.

Ramaswamy, R., Reed, J., Livesley, N., Boguslavsky, V., Garcia-Elorrio, E., Sax, S., Houleymata, D., Kimble, L., y Parry, G. (2018). Unpacking the black box of improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, *30*(suppl_1), 15-19. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy009

Rousseau, C., y Guzder, J. (2008). School-based prevention programs for refugee children. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *17*(3), 533-549. https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.02.002

Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52,* 141–166. ttp://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141

Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral Development, 12,* 35–55. http://dx.doi.org/10.1177/016502548901200102

Salter, K. L., y Kothari, A. (2014). Using realist evaluation to open the black box of knowledge translation: a state-of-the-art review. *Implementation science*, *9*(1), 1-14. https://doi.org/10.1186/s13012-014-0115-y

Shackleton, N., Hale, D., Bonell, C., y Viner, R. M. (2016). Intraclass correlation values for adolescent health outcomes in secondary schools in 21 European countries. *SSM-population health*, *2*, 217-225. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.03.005

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S.A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J.M., Boyd, K.A., Craig, N., French, D.P., McIntosh, E. y Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. Bmj, 374. https://doi.org/10.1136/bmj.n2061

Stame, N. (2004). Theory-based evaluation and types of complexity. *Evaluation*, *10*(1), 58-76. doi: 10.1177/1356389004043135

Thapa, A., Cohen, J., Guffey, S., & Higgins-D'Alessandro, A. (2013). A review of school climate research. *Review of educational research*, *83*(3), 357-385. https://doi.org/10.3102/0034654313483907

Turunen, H., Sormunen, M., Jourdan, D., von Seelen, J., y Buijs, G. (2017). Health promoting schools—a complex approach and a major means to health improvement. *Health promotion international*, *32*(2), 177-184. https://doi.org/10.1093/heapro/dax001

Tyrer, R. A., y Fazel, M. (2014). School and community-based interventions for refugee and asylum seeking children: a systematic review. *PloS one*, *9*(2), e89359. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089359

Viner, R., Russell, S., Saulle, R., Croker, H., Stansfield, C., Packer, J., Nicholls, D., Goddings, L., Bonell, C., Hudson, L., Hope, S., Ward, J., Schwalbe, N., Morgan, A., y Minozzi, S. (2022). School closures during social lockdown and mental health, health behaviors, and well-being among children and adolescents during the first COVID-19 wave: a systematic review. *JAMA pediatrics*. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.5840

Weare, K. (2015). What works in promoting social and emotional well-being and responding to mental health problems in schools. *London: National Children's Bureau*, 1-15. https://www.ncb.org.uk/sites/default/files/uploads/files/ncb_framework_for_promoting_well-being_and_responding_to_mental_health_in_schools_0.pdf

Weare, K., y Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say?. *Health promotion international*, *26*(suppl_1), i29-i69. https://doi.org/10.1093/heapro/dar075

World Health Organization. Ottowa Charter for Health Promotion. Copenhagen: Regional ODice for Europe, 1986.

World Health Organization (WHO). (1998). *Health Promoting evaluation: recommendations for Policy-Makers, report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation.* Copenhagen: WHO.

Xin, H. (2020). Addressing mental health stigmas among refugees: a narrative review from a socio-ecological perspective. *Universal Journal of Public Health, 8*(2), 57-64. doi: 10.13189/ujph.2020.080202

Tabla 1

Definiciones de inmigrante, refugiado, desplazados, solicitantes de asilo y menores no acompañados según la última actualización del Glosario de la OIM sobre Migración (2019)

Concepto	**Definición**
Inmigrante	Desde la perspectiva del país de llegada, persona que se traslada a un país distinto al de su nacionalidad o de residencia habitual, de manera que el país de destino se convierte en su país de residencia habitual.
Refugiado	Debido a temores fundados de persecución por motivos como raza, religión, nacionalidad, grupo social u opiniones políticas, se encuentra fuera de su país de nacionalidad y no puede o no desea regresar debido a esos temores. También puede aplicarse a personas sin nacionalidad que no pueden o no quieren regresar a su país de residencia anterior debido a esos mismos temores. La condición de refugiado se reconoce tan pronto como se cumplen estos requisitos.
Desplazados	Personas o grupos de personas que se han visto forzadas u obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual, en particular como resultado de los efectos de un conflicto armado, de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos o de catástrofes naturales o provocadas por el ser humano, o bien para evitar dichos efectos.
Solicitante de asilo	Persona que busca protección internacional en un país y cuya solicitud aún no ha sido decidida de manera definitiva por ese país. No todos los solicitantes de asilo son reconocidos como refugiados, pero todos los refugiados en estos países fueron inicialmente solicitantes de asilo
Menores no acompañados	Menores que están separados de ambos padres y otros parientes y no están al cuidado de un adulto al que, por ley o costumbre, incumbe esa responsabilidad. Los menores separados pueden tratarse de menores acompañados por otros familiares adultos. Es decir, están separados de ambos padres o de sus tutores legales o cuidadores habituales, pero no necesariamente de otros parientes.