

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes

Informe Final

2015

Miguel Araujo
Cecilia Moraga
Matías Irrázaval
Alejandra Hoogma
Fabián Barrera
Paula Bedregal
Raúl Mercer
Miguel Cordero



Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo
biopsicosocial para el diseño del
Sistema Universal de Garantía de Derechos
de niños, niñas y adolescentes

Informe Final

Miguel Araujo
Cecilia Moraga
Matías Irrázaval
Alejandra Hoogma
Fabián Barrera
Paula Bedregal
Raúl Mercer
Miguel Cordero

Agosto 2015

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Equipo de estudio

Miguel Araujo Alonso

MD, Magíster en Epidemiología Clínica
Experto en Revisiones sistemáticas, Análisis de evidencia y Métodos de investigación
Director de Calidad Clínica INDISA, Santiago

Cecilia Moraga Gutiérrez

Psicóloga Clínica, Enfermera Matrona
Magíster en Psicología Clínica, Experta en Apego y en Estrategias de Intervención Temprana en Salud Mental y Desarrollo Infantil
Asesora técnica equipo nacional Chile Crece Contigo, Ministerio de Salud

Matías Irrarrázaval Domínguez

MD, Master of Public Health, Universidad de Harvard
Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Universidad de Chile
Profesor Asistente de Psiquiatría y Salud Mental
Clínica Psiquiátrica Universitaria, Hospital Clínico Universidad de Chile
Investigador Intituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad

Alejandra Hoogma Álvarez

Psicóloga Clínica
Especialista en Psicoterapia de niños y adolescentes, trastornos de salud mental y del desarrollo.
Experta en investigación en desarrollo infantil

Fabián Barrera Pedemonte

Psicólogo
Magíster en Psicología Educacional
Investigador Asociado en Educación
UCL Institute of Education, UK

Paula Bedregal García

MD, Especialista en Salud Pública y Pediatría
MsC (Health Systems Management and Policy)
PhD en Psicología, Experta de Desarrollo Infantil
Jefe del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

Miguel Ángel Cordero Vega

Psicólogo, Master en Ciencias, mención Neurobiología y Ciencias de la Conducta, Universidad de Chile
Coordinador de Chile Crece Contigo, Ministerio de Salud entre 2007-2010
Doctorando en Epidemiología en el curso de la vida, School of Social and Community Medicine, University of Bristol, UK.

Raúl Gerardo Mercer

MD, Especialista en Pediatría y Puericultura
Médico Sanitarista, MSc Epidemiología
Experto y consultor internacional en Salud Materno Perinatal, Desarrollo Infantil y Derechos del Niño
Coordinador del Programa de Ciencias Sociales y Salud de FLACSO, Argentina
Investigador del CISAP (Centro de Investigación en Salud Poblacional), Hospital Durand, Argentina

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Contraparte técnica del Consejo Nacional de la Infancia

Jorge Álvarez Chuart

Jefe del Departamento de Estudios

Teresita Fuentealba Araya

Profesional del Departamento de Estudios

Rocío Faúndez García

Profesional del Departamento de Estudios

Contenido

Capítulo 1:	7
Descripción del estudio	7
ABREVIATURAS UTILIZADAS	8
1. ANTECEDENTES	9
Etapas del estudio	9
2. MARCO TEÓRICO	12
2.1 Definición de desarrollo	12
2.2 Los enfoques teóricos que integran la ruta.....	13
3. OBJETIVOS	40
Capítulo 2:	41
Dominios y subdominios relevantes del desarrollo infantil y adolescente	41
1. INTRODUCCIÓN	42
2. MÉTODOS	42
2.1Búsqueda bibliográfica.....	42
2.2Síntesis y extracción de datos	43
2.3Construcción de la propuesta de dominios y subdominios	43
3 RESULTADOS.....	45
3.1Búsqueda bibliográfica.....	45
3.2Extracción y síntesis de datos	45
3.3Construcción de la propuesta final de dominios y subdominios	46
4 CONCLUSIONES	49
5 REFERENCIAS ARTÍCULOS SELECCIONADOS	50
Capítulo 3:	53
Variables de resultado del desarrollo biopsicosocial infantil y adolescente.	53
1. INTRODUCCIÓN	54
2. MÉTODOS	57
2.1 Revisión bibliográfica estructurada.....	57
2.2 Elaboración de la base de datos de desenlaces (BDD).....	59
2.3 Proceso de priorización	60
3. RESULTADOS.....	62
3.1 Búsqueda bibliográfica.....	62
3.2 Extracción y elaboración de la base de datos de variables de resultado.....	62
3.3 Resultados del proceso de priorización	66
3.4 Propuesta final de dominios, subdominios y variables dependientes del desarrollo.	68

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Tabla 12: Propuesta final de dominios, subdominios y variables dependientes del desarrollo infanto juvenil.....	68
4. CONCLUSIONES	70
REFERENCIAS REVISIONES SISTEMÁTICAS DE EFECTIVIDAD DE INTERVENCIONES	71
Capítulo 4:	76
Efectividad de las intervenciones para la promoción del desarrollo biopsicosocial infanto juvenil ..	76
1. INTRODUCCIÓN	77
2. MÉTODOS	77
Generalidades y enfoque metodológico	77
Etapas	77
Pregunta de evaluación	78
3. RESULTADOS	86
Capítulo 5:	120
Ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial infanto juvenil.	120
1. INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DE RUTA DEL DESARROLLO	121
2. METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN DE LA RUTA	128
3. PROPUESTA DE RUTA DE ACOMPAÑAMIENTO A LA TRAYECTORIA DEL DESARROLLO BIOPSIOSOCIAL DESDE ANTES DE LA GESTACIÓN HASTA LOS 18 AÑOS.....	132
3.1 DOMINIO FÍSICO	132
3.2 DOMINIO COGNITIVO.....	144
3.3 DOMINIO LENGUAJE	150
3.4 DOMINIO SOCIAL.....	155
3.5 DOMINIO EMOCIONAL.....	162
3.6 ÁMBITO DE INTERVENCIONES PARA PADRES, MADRES Y CUIDADORES	170
4. GLOSARIO DE DEFINICIONES DE LA RUTA DEL DESARROLLO BIOPSIOSOCIAL	175
5. ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA APLICABILIDAD Y ESCALAMIENTO DE LAS INTERVENCIONES.....	186
6. ANÁLISIS PRELIMINAR DE VARIABLES PREDICTORAS DEL DESARROLLO INFANTIL	199
7. ANÁLISIS DE LA TRAYECTORIA LONGITUDINAL DE LA RUTA DESDE EL ENFOQUE DE CURSO DE VIDA.....	205
8. APORTES DEL ENFOQUE DE DERECHOS A LA RUTA DEL DESARROLLO BIOPSIOSOCIAL.....	217
9. NIVELES ECOLÓGICOS DE LAS INTERVENCIONES	227
CONCLUSIONES	230
ANEXOS	240
BASE DE DATOS	240
Referencias.....	241

Capítulo 1:

Descripción del estudio

ABREVIATURAS UTILIZADAS

ALC:	América Latina y el Caribe
BD:	Base de datos
BID:	Banco Interamericano de Desarrollo
BPS:	Biopsicosocial
CDN:	Convención sobre los Derechos del Niño
CEDAW:	Convención de Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
CEPAL:	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
ECA:	Ensayo aleatorizado
EQ:	Estudio cuasi experimental
ES:	Estadísticamente significativo
ICDP:	Programa Internacional del Desarrollo de la Niñez
IMC:	Índice de masa corporal
NNA:	Niños, niñas y adolescentes
NC:	No concluyente
NR:	No reportado
NS:	No significativo
NSE:	Nivel socio económico
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONU:	Organización de Naciones Unidas
PNUD:	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RS:	Revisión sistemática de la literatura
UNESCO:	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VD:	Visita Domiciliaria
AMSTAR:	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews

1. ANTECEDENTES

El presente informe contiene el proceso y resultados del estudio: “Propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del “Sistema Integral de Garantías de Derechos para la Niñez y la Adolescencia”, mandatado por el Ministerio Secretaría General de la Presidencia mediante el Consejo Nacional de la Infancia, de ahora en más “el Consejo”.

Este informe contiene la descripción del proceso conducente a la construcción de una Ruta de Acompañamiento al Desarrollo Biopsicosocial desde la gestación a los 17 años 11 meses de edad, en la cual se identifiquen, describan y relacionen derechos, capacidades, y sus factores facilitadores y restrictivos en la búsqueda del desarrollo humano.

El insumo técnico resultado de este estudio ayudará a generar un sistema integral de acompañamiento a la trayectoria del desarrollo de los niños, niñas y adolescentes desde la gestación hasta los 17 años 11 meses de edad, para facilitar el máximo desarrollo de sus capacidades. Este insumo denominado Ruta de Acompañamiento aborda las áreas o dominios principales del desarrollo y propone intervenciones de impacto comprobado o altamente probable, que podrían extender y fortalecer las garantías que ofrece el Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo y convertirse en la base de un “Sistema Integral de Garantías de Derechos para la Niñez y la Adolescencia”.

La ruta podrá ser considerada en el diseño de programas que formen parte de la Política Nacional de Infancia y Adolescencia 2015-2025 y su correspondiente Plan de Acción.

Etapas del estudio

La metodología para alcanzar estos objetivos se compuso de cuatro fases:

- Fase I: Identificación de dominios del desarrollo infantil desde la gestación hasta los 17 años 11 meses
- Fase II: Identificación y priorización de variables de resultados.
- Fase III: Revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones para el desarrollo infantil y adolescente.
- Fase IV: Formulación de ruta de acompañamiento al desarrollo desde la gestación hasta los 17 años 11 meses.

La Tabla 1 resume los objetivos y metodología de las cuatro fases del estudio:

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Tabla 1. Fases y características del estudio

	Fase I	Fase II	Fase III	Fase IV
Objetivo	Identificar y priorizar dominios del desarrollo	Identificar variables dependientes de cada dominio del desarrollo	Revisión sistemática de políticas, programas e intervenciones más efectivas del desarrollo (variables independientes)	Construir Ruta de Acompañamiento del desarrollo biopsicosocial
Metodología	Revisión estructurada de literatura	Revisión estructurada de literatura	Revisión sistemática de literatura	Análisis integrativo
Edad	Desde la gestación hasta los 17 años 11 meses			
Enfoques teóricos transversales	Enfoque de Derechos Enfoque de Curso de Vida Modelo Ecológico Desarrollo Humano			
Objetivo general del estudio	Construir una ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial desde la gestación hasta los 17 años, 11 meses de edad, en la cual se identifiquen, describan y relacionen derechos, capacidades, y sus factores facilitadores y restrictivos en la búsqueda del desarrollo humano.			
Meta del Consejo Nacional de Infancia con este estudio	Obtener insumos técnicos para el diseño de la Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2015 – 2025, Plan de Acción: "Sistema Universal de Garantía de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes" y para el fortalecimiento y extensión programática del Subsistema Chile Crece Contigo.			

Apartado Metodológico

FASE I

La Fase I presentó como objetivo operacional, servir de marco de referencia para clasificar las variables de resultado e intervenciones de las fases posteriores, identificando dominios y subdominios del desarrollo que están íntimamente relacionados entre sí y no constituyen categorías excluyentes.

Su producto final fue una propuesta de jerarquización de dominios y subdominios del desarrollo, basada en una revisión estructurada y exhaustiva de programas de alcance nacional e internacional, así como del consenso de expertos. La metodología está extensamente desarrollada en el Informe I del presente estudio.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

FASE II

Durante la Fase II se realizó una revisión estructurada de literatura de variables desenlaces (*outcomes*) basada en intervenciones. El trabajo protocolizado permitió extraer 795 desenlaces en la primera base de datos, que fueron analizadas en un proceso de priorización –dos rondas Delphi y un taller de expertos– obteniéndose 30 variables prioritarias, que orientaron la búsqueda de efectividad de las variables independientes en la tercera fase del estudio. La metodología está desarrollada en el Informe II.

FASE III

Se realizó una revisión sistemática de literatura, desde la concepción hasta los 17 años 11 meses. Se utilizaron metodologías específicas para la revisión de la efectividad de intervenciones complejas, con disminución del énfasis en la validez interna a favor de estrategias de mayor alcance (ej., leyes, programas nacionales, planes de acción).

La evaluación de las intervenciones estuvo centrada en medidas específicas de intervenciones simples y complejas. No se tomaron niveles más amplios en esta fase del estudio (evaluación de planes estratégicos, políticas o programas a gran escala, desarrolladas por gobiernos) porque no es posible comparar efectividad a este nivel, entre modelos o países.

Para evaluar las intervenciones complejas se utilizó el uso combinado de distintas fuentes de evidencia, y el análisis de distintas dimensiones del problema. La “investigación de resultados o desenlaces” (*outcomes research*), la “investigación de programas de salud”, los “estudios de efectividad” son ejemplos de los tipos de intervenciones analizadas. Sin embargo, lo más importante fue la evaluación de intervenciones específicas. Este tipo de intervenciones son las que mejor se adaptan a los diseños de investigación más tradicionales, del tipo ensayos aleatorizados o estudios cuasi-experimentales, que pueden ser de alcance restringido pero también a gran escala, a la manera de un programa masivo.

Teniendo como referencia el marco ya dado, la revisión se desarrolló según las siguientes etapas:

1. Formulación de preguntas específicas
2. Definición de criterios de inclusión y exclusión
3. Búsqueda de literatura
4. Proceso de selección de los estudios
5. Análisis crítico de los estudios seleccionados
6. Extracción y síntesis de datos
7. Análisis de heterogeneidad (a nivel de estudios primarios)
8. Síntesis y análisis de resultados
9. Análisis de sensibilidad / identificación de moderadores de efecto
10. Identificación de brechas de investigación y áreas de incertidumbre
11. Conclusiones

FASE IV

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

En base a los resultados de las fases anteriores se realizó un análisis integrativo en una estructura que permitiera visualizar gráficamente los dominios del desarrollo, las variables dependientes, sus intervenciones efectivas y el rango etario correspondiente. A su vez, también el contexto, el tipo de población a quienes están dirigidas y las agrupaciones de derechos asociadas.

El desarrollo de estas etapas y aspectos técnicos utilizados son explicados posteriormente en este informe.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Definición de desarrollo

El desarrollo del niño, niña y adolescente es consecuencia de un proceso sistemático de cambios y continuidad en el individuo que se producen entre la concepción y la adolescencia. Al describir los cambios como sistemáticos implica que estos son ordenados, en patrones, y son relativamente duraderos. La continuidad del desarrollo es la forma en que el individuo sigue siendo el mismo reflejando su pasado.

El desarrollo es un proceso de cambio, que implica la diferenciación e integración de funciones que se muestran en la persona humana y en sus capacidades. Dichas capacidades han sido organizadas para ser observadas, en dimensiones o áreas y sub-dimensiones o sub-áreas del desarrollo. Del mismo modo, el estudio del desarrollo infantil ha permitido identificar los factores que inciden en el despliegue de capacidades humanas. Las capacidades o competencias humanas, incluyen las destrezas, habilidades y aptitud con que una persona puede emprender y completar con éxito una tarea.

Los cambios del desarrollo se basan en dos procesos ampliamente estudiados: la maduración (desarrollo biológico del individuo de acuerdo con la herencia biológica típica de la especie y la herencia biológica de una persona individual), y el aprendizaje (proceso a través del cual las experiencias producen cambios relativamente permanentes en los sentimientos, pensamientos y comportamientos)¹. Este proceso posibilita la aparición de comportamientos novedosos y ordenados, que a través del tiempo y a partir de la propia actividad de los niños y niñas, permiten el desarrollo de la capacidad para organizar por sí mismos sus experiencias y la información que de ellas derivan.

Según las concepciones más actuales del desarrollo infantil, las capacidades con las que nace el ser humano le permiten relacionarse activamente con quienes comparte la vida y le acogen, así como aprender y resolver problemas de su entorno inmediato y encontrar por esta vía las oportunidades necesarias para su desarrollo. El proceso de transformaciones y cambios que posibilitan la aparición de comportamientos nuevos y organizados, se genera a través del tiempo y a partir de la propia actividad de los niños y niñas, de su capacidad para ordenar por sí mismos sus experiencias y la información derivada de ello.

2.2 Los enfoques teóricos que integran la ruta

Para la construcción final de la ruta, se utilizaron tanto los dominios del desarrollo, como el Enfoque de Curso de Vida, el Enfoque de Derechos, el Modelo Ecológico y el Enfoque de Desarrollo Humano, que permiten distinguir diversos aspectos relevantes del desarrollo. A continuación, se explican los enfoques y se detalla la utilidad y la pregunta que motiva la selección de éstos.

- Enfoque de Curso de Vida: ¿Cuáles son las variables de desarrollo que predicen de modo más potente resultados en etapas posteriores de la vida?

Las variables fueron ordenadas en la lógica de curso de vida, dando cuenta de qué modo y con qué potencia, una variable propicia o restringe la expresión de otras en etapas posteriores de la vida del niño. Esta clasificación permitirá además observar la suficiencia o profundidad del catastro para cubrir el curso de vida del niño y de la niña.

- Enfoque de Derechos: ¿Cómo promovemos el ejercicio de derechos como medio para lograr el desarrollo pleno de niños, niñas y adolescentes y evitar su amenaza o vulneración?"

Las variables también fueron clasificadas según el enfoque de derechos, específicamente según su nivel de satisfacción.

- Modelo Ecológico: ¿En qué nivel se encuentran las intervenciones o servicios que se ofrecen a los niños y su familia?

Este modelo permitió ordenar las variables en los niveles del modelo: ontosistema, microsistema, meso y exosistema. Esta clasificación ayudó a discriminar las variables correspondientes al niño(a), su familia, su entorno cercano (hogar, escuela y comunidad local) y su entorno social y político general.

- Enfoque de desarrollo humano: ¿Cuáles son los factores que a lo largo del curso de vida y en los niveles del modelo ecológico restringen o facilitan la creación o desarrollo de capacidades?

Las variables se intentaron comprender desde el enfoque de desarrollo humano, el cual enfatiza el realce de la capacidad humana (*capabilities*) para ampliar las opciones y oportunidades, de manera que cada persona pueda vivir una vida de respeto, valor y dignidad (PNUD, 2000).

Para dar cumplimiento a este objetivo transversal, se consideró la integración precoz de estos cuatro enfoques en esta fase del estudio, de tal modo de analizar la aplicabilidad de éstos y tener la oportunidad de asegurar esta compleja petición.

1) Contribución del Enfoque de Curso de Vida

El enfoque de curso de la vida se refiere al estudio de los patrones o cambios que ocurren con la edad, que se encuentran vinculados con las estructuras sociales y culturales y que están sujetos a cambios históricos. En el curso de la vida se da forma al contenido, y al proceso de desarrollo individual, a través de los cambios impulsados por la maduración, el envejecimiento de la persona y las fuerzas sociales².

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

El enfoque de curso de vida es una perspectiva teórica, un marco conceptual y no un modelo en sí mismo, que se encuentra en desarrollo. Este enfoque refleja la convergencia de diversas ideas, provenientes de muchas fuentes. El término curso de la vida con frecuencia se ha utilizado indistintamente con otros términos, tales como periodo de vida ("life span"), historia de vida ("*life history*"), o ciclo de vida ("*life cycle*"). Los tres términos son parte del vocabulario del enfoque de curso de vida, pero no son sinónimos del mismo.

El concepto de periodo o etapa por ejemplo, tal como ha sido utilizado por la psicología del desarrollo, especifica los aspectos descriptivos de la investigación de un determinado periodo de la vida. El estudio de las etapas de la vida, puede también vincular el comportamiento en dos o más etapas de la vida. Sin embargo un enfoque de curso de vida, va más allá de los estudios específicos de un periodo como la niñez o la adultez temprana únicamente para alcanzar el estudio de todo el curso de la vida y la comprensión de sus efectos en la siguiente generación (intergeneracionalidad).

El término *ciclo de vida* también ha sido ampliamente utilizado para indicar la cronología de eventos a través de todo el curso de la vida (por ejemplo, la composición del hogar en diversos periodos y los eventos familiares). En contraste, un enfoque de curso de vida considera a los individuos en grupos de edad, por tanto en un contexto histórico, y conceptualiza los patrones de vida de acuerdo a la edad en relación al contexto, integrando la noción de interacción continua y dinámica entre el curso social de la vida y el desarrollo.

Dado que el enfoque de curso de vida ubica a los individuos en un contexto histórico, en el centro de esta perspectiva esta la temporalidad, que se expresa en³: (1) la edad cronológica que marca un momento del desarrollo como índice de un momento en el proceso de envejecimiento; (2) la edad social, que identifica patrones de edad en los roles sociales y calendarios; y (3) el tiempo histórico que se expresa a través del estudio de las personas de acuerdo al año de su nacimiento, y que considera la relación de los miembros de una cohorte específica a su experiencia de la historia y el cambio social.

En una perspectiva del curso de la vida, se consideran las trayectorias que se extienden a través del tiempo, como la familia o el trabajo; así como los cambios a corto plazo o transiciones, tales como entrar y salir de la escuela, el primer trabajo, o el matrimonio. Cada transición en el curso de la vida está embebida en una trayectoria que le da forma y significado. Así por ejemplo, los cambios de trabajo son elementos fundamentales de la trayectoria de la vida laboral; y los nacimientos o la llegada de un hijo son eventos clave en la trayectoria de una familia. Estos eventos y cambios en los roles no ocurren necesariamente en una secuencia determinada, sino que emergen de la suma total de eventos a los que está expuesto el individuo y de la propia experiencia de la persona. El concepto de curso de vida implica fenómenos sociales diferenciados por la edad, sin embargo estos son conceptualizados en una muy distinta forma que la idea de etapas del ciclo de vida uniformes que deben ser resueltas.

Una perspectiva de curso de vida, resalta la importancia del tiempo, el contexto, el proceso y significado en el desarrollo humano y la vida familiar. La familia se entiende como un grupo social micro dentro de un macro-contexto como una "colección de individuos con historia compartida que interactúan dentro de los siempre cambiantes contextos sociales. El envejecimiento y el cambio son procesos continuos que se experimentan durante toda la vida. Un enfoque de curso vida considera la intersección de factores sociales e históricos embebidos en la biografía personal y el desarrollo⁴.

El enfoque de curso de vida, puede ser considerado como un paradigma multidisciplinario unificador, para el estudio de la vida de las personas, sus contextos y el cambio social. El enfoque de curso de vida abarca ideas y observaciones de una gran variedad de disciplinas, incluyendo la

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

historia, la sociología, y la demografía por nombrar solo algunas. Este enfatiza la conexión entre la vida individual y el contexto histórico y socioeconómico en el que las vidas se desarrollan. Como concepto, el curso de la vida se refiere a las trayectorias, los patrones, la duración, el espacio y el orden de los acontecimientos y los roles definidos socialmente que afectan al individuo⁵. El enfoque de curso de vida hace referencia además a la calidad de las trayectorias. No todas las personas pueden construir sus trayectorias de igual manera. Esto está íntimamente a la capacidad de realizar transacciones con sus entornos. Dicha capacidad está vinculada, como veremos, con otros enfoques como el de derechos y desarrollo humano.

Conceptos Claves

Frecuentemente, el enfoque de curso de vida considera una asociación lineal o no en la secuencia de eventos de una trayectoria en el tiempo. Sin embargo, esta linealidad no debe ser entendida como un estándar que toda persona debiera alcanzar, solo es referido a la secuencia de fases que están relacionadas con edades específicas definidas por una sociedad particular y es el reflejo de aspectos estructurales de la edad cronológica.

Es posible identificar seis principios centrales en el enfoque de curso de vida⁶:

1. La ubicación socio-histórica y geográfica
2. La vida en desarrollo
3. La heterogeneidad o variabilidad
4. Las vidas están vinculadas
5. La agencia humana y el control personal, y
6. El pasado modela el futuro.

El principio de ubicación geográfica y socio-histórica. El curso de la vida y las vías que sigue el desarrollo de un individuo están embebidos en y transformados por las condiciones y eventos que ocurren durante el período histórico y la ubicación geográfica en la que vive la persona. Por ejemplo, acontecimientos geopolíticos (ej. una guerra), los ciclos económicos (ej. las recesiones), y las ideologías sociales y culturales (ej. el patriarcado) dan forma a las percepciones y las opciones que las personas toman, alterando el curso del desarrollo humano. Por lo tanto, el comportamiento y las decisiones no se producen en el vacío, porque las personas y las familias interactúan dentro de un tiempo socio-histórico. De hecho, la comprensión de la ubicación de varias cohortes en sus respectivos contextos históricos ayuda a académicos y responsables de las políticas públicas a entender las circunstancias que han afectado diferencialmente las historias de vida de las personas.

El principio de la vida en desarrollo. La comprensión de los procesos de desarrollo considera siempre la noción de temporalidad y de efectos en el largo plazo. Así también es posible entender que el desarrollo no termina a los 18 años. Se ha propuesto tres conceptualizaciones del tiempo que son esenciales en una perspectiva de curso de vida: el tiempo individual, el tiempo generacional y tiempo histórico. El tiempo individual u ontogenético se refiere a la edad cronológica. Los períodos de la vida, tales como la infancia, la adolescencia, adultez y la vejez, están

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

basados en definiciones de la edad culturalmente compartidos, que incluyen definiciones de roles y derechos que comparte una sociedad. El tiempo generacional por otra parte, se refiere a los grupos de edad o cohortes en el que las personas se agrupan, en base a su edad. Las personas nacidas entre 1946 y 1964, por ejemplo, son denominadas frecuentemente como la generación del *baby boom* en los países anglosajones. La localización de las personas en cohortes por año de nacimiento ofrece la ubicación histórica precisa. Las cohortes, de hecho vinculan la edad y el tiempo histórico. Los cambios históricos a menudo tienen diferentes implicaciones para las personas de diferentes edades. Personas de diferentes edades aportan diferentes experiencias y recursos a las situaciones y en consecuencia se adaptan de diferentes maneras a las nuevas condiciones del ambiente. Cuando el cambio histórico diferencia las vidas de sucesivas cohortes de nacimiento, esto genera el efecto denominado de cohorte. Los niños mayores y menores, por ejemplo, fueron diferencialmente afectados por las tensiones económicas de la Gran Depresión⁷. Por último, el tiempo histórico se refiere a los cambios o eventos sociales de gran escala que afectan a los individuos y las familias, tales como los cambios políticos y económicos, las guerras y las innovaciones tecnológicas (por ejemplo, la masificación de Internet). La historia también toma la forma de efecto de período cuando el impacto del cambio social es relativamente uniforme a través sucesivas cohortes de nacimiento. Ambos efectos de época y de cohorte, constituyen clara evidencia de las influencias históricas. La noción de temporalidad debería incorporar una dimensión que, a nuestro juicio, no debiera ser soslayada. Nos referimos a los tiempos políticos o los de gestión política. Si bien esta dimensión no forma parte intrínseca del enfoque de curso de vida, nos obliga a considerar a la dimensión temporal relacionada con la gestión política de gobierno como un elemento esencial al momento de definir políticas de largo alcance

Elder (1985) también ha señalado que el tiempo puede ser concebido como una secuencia de transiciones vigentes en el tiempo. Una transición es un cambio discreto en la vida o un evento dentro de una trayectoria (por ejemplo una unión de pareja), mientras que una trayectoria es una secuencia de estados o eventos vinculados en un rango específico de conductas o experiencias (por ejemplo, la educación y la carrera profesional). Las transiciones generalmente implican cambios en el estado o la identidad, tanto personal como social, y por lo tanto abren nuevas oportunidades para el cambio de comportamiento. Las transiciones suelen ir acompañadas de ceremonias y rituales socialmente compartidos por la cultura, como la ceremonia de graduación o una boda, mientras que una trayectoria es un camino a largo plazo, con los patrones de gradualidad en la edad de desarrollo considerados por las principales instituciones sociales como son el sistema educacional o la familia. De esta manera, la perspectiva de curso de vida hace hincapié en las formas en que las transiciones, las vías y trayectorias se organizan socialmente en cada generación.

En el desarrollo de una trayectoria, algunas transiciones pueden ser vistas como más apropiadas para una edad, mientras que otras pueden violar los calendarios sociales normativos definidos por edad. Una transición fuera de la edad podría ser por ejemplo la salida de la casa familiar a una edad muy joven (por ejemplo, los quince años) o llegar a ser un padre adolescente. También existe la posibilidad de reversión de una transición ("*counter transitions*"). Un ejemplo de una inversión de transición es cuando un adulto joven regresa después de salir de casa su familia de origen, mientras se producen cambios en la vida, los roles y estados (por ejemplo, la paternidad genera el ser abuelo). El momento de las transiciones también puede disminuir la probabilidad de éxito en una trayectoria particular, tal como la probabilidad de terminar la escuela.

El principio de heterogeneidad o variabilidad. La heterogeneidad o diversidad en las estructuras o procesos es otro principio. Hay que tener en cuenta no sólo las tendencias del desarrollo, sino

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

también su variabilidad en la población. La investigación de Matilda Riley por ejemplo, ha apoyado un modelo de estratificación por edad –diferentes experiencias de diferentes cohortes de edad–, lo que ha ayudado a superar la falacia de cohorte centrismo, la noción de que las cohortes comparten perspectivas, simplemente porque comparten un grupo de edad. De hecho, las generaciones o cohortes no son colecciones homogéneas de personas. Las experiencias de vida se diferencian por género, clase social, estructura familiar, etnia o religión. Por otra parte, la capacidad de adaptarse a los cambios en el curso de la vida puede variar de acuerdo a los recursos o apoyos con que cuenta el individuo, en la forma del capital económico o cultural (ej. los ingresos económicos, la educación) o el capital social (ej., el apoyo social de la familia). Por ejemplo la investigación de Bárbara A. Mitchell⁸ demostró que los adultos jóvenes con lazos familiares débiles pueden no tener la opción de volver a casa durante tiempos económicos difíciles. Por último, existe también el reconocimiento de aumento de la diversidad asociada con el envejecimiento. Mientras más larga es la vida, mayor será la exposición a los factores que afectan el proceso de envejecimiento y que generan diversidad en los resultados.

El principio de que las vidas están vinculadas. Un cuarto principio hace hincapié en que las vidas son interdependientes y recíprocamente conectadas en varios niveles. Las experiencias sociales e individuales están vinculadas estrechamente en la familia y su red de relaciones compartidas⁹. Como resultado, los eventos a nivel macro, como una guerra por ejemplo, se pueden afectar los comportamientos individuales (ej., reclutamiento militar), y estos a su vez pueden afectar significativamente otras relaciones familiares. Los eventos estresantes, como la muerte de un miembro de la familia, también pueden afectar a las relaciones familiares ya que estos sucesos pueden desencadenar patrones de estrés y vulnerabilidad o, por el contrario, promover conductas adaptativas y resiliencia familiar. Por otra parte, los atributos de la personalidad de los distintos miembros de la familia también pueden afectar los estilos de afrontamiento familiar, el funcionamiento y el bienestar a través de la vida. Además, los miembros de la familia también pueden sincronizar o coordinar sus vidas en lo que respecta a la planificación y el calendario de eventos de la vida. Esto a veces puede generar tensiones y conflictos, sobre todo cuando los objetivos individuales difieren de las necesidades de la familia como una unidad colectiva. Ya que las vidas son interdependientes, las transiciones de una persona frecuentemente implican transiciones para otros miembros de la familia. En un estudio de familias afroamericanas, Burton y Bengtson (1985) encontraron que la transición temprana de una hija hacia la maternidad, y por lo tanto la transición de su propia madre a ser una abuela tuvo repercusiones en diversas funciones, responsabilidades e identidades sociales de cada una. Las nuevas madres pensaban en sí mismas como hijas y esperaban ayuda de sus madres para cuidar a sus hijos. Esta expectativa rara vez se materializaba, debido a que las nuevas abuelas se sentían demasiado jóvenes para ocupar el rol de abuelas. Así, las mujeres que habían tenido sus propios hijos a temprana edad, con frecuencia también llegaban al rol abuelas en una edad temprana, generando en ellas el sentimiento de ser "mayores" que sus pares.

El principio de agencia. De acuerdo con la perspectiva de curso de vida, los individuos son agentes activos que no sólo median el efecto de la estructura social, sino también toman decisiones y se fijan metas que dan forma a la estructura social. La persona, tienen la capacidad para participar en la planificación de su vida, mediante procesos reflexivos y proactivos auto dirigidos que subyacen a las decisiones de uno por sobre los compromisos institucionales y las relaciones sociales (Clausen 1991). Sin embargo, se debe reconocer que la capacidad de tomar decisiones específicas depende

de las oportunidades y limitaciones que se encuentra el individuo. Por ejemplo, la participación de los padres en la educación de sus hijos se estructura en cierta medida por sus propios recursos y por la apertura de la escuela a su participación, pero también refleja su evaluación de si sus hijos necesitan de su participación más activa. Paralelamente a estas ideas, está el concepto de ciclos de control por el que las familias y los individuos modifican sus expectativas y el comportamiento en respuesta a los cambios en cualquiera de sus necesidades o recursos. Por ejemplo, Elder (1974) encontró que las familias en la Gran Depresión recuperaron una sensación de control sobre su situación económica a través de reducciones de gastos y la reorganización del apoyo de la familia. De esta manera, las familias y los individuos pueden construir, negociar, y atravesar los eventos del curso de vida y experiencias.

El pasado moldea el futuro. Por último, otro sello distintivo de esta perspectiva es que las decisiones del curso de vida temprano, oportunidades y condiciones afectan los resultados posteriores. El pasado, por lo tanto, tiene el potencial de dar forma al presente y el futuro, el que puede ser concebido como una onda o efecto dominó. Esto puede ocurrir en varios niveles: la cohorte / nivel generacional y el / nivel familiar individual. Por ejemplo, una generación puede transmitir a la siguiente las reverberaciones de las circunstancias históricas que dieron forma a su historia de vida (la vida a través de la dictadura, por ejemplo). El momento y las condiciones en que se producen los acontecimientos y comportamientos de vida anteriores (por ejemplo, la deserción escolar, ser testigo de violencia doméstica) también pueden configurar una reacción en cadena de experiencias para los individuos y sus familias (por ejemplo, la reproducción de la pobreza, o los ciclos de la violencia intrafamiliar). El pasado, por lo tanto, puede afectar significativamente los resultados posteriores de la vida, tales como el nivel socioeconómico, la salud mental, el funcionamiento físico, y los patrones familiares. Esta visión a largo plazo, con su reconocimiento de la ventaja o desventaja acumulativa, es particularmente valiosa para la comprensión de la desigualdad social en la edad adulta y para la creación de políticas y programas que pretenden revertir tales trayectorias, o, en el mejor de los casos, generar un sistema de garantías desde el Estado que permita a todas las personas un curso de vida (trayecto) favorable.

Principales Supuestos del Enfoque de Curso de Vida

Las ideas de trayectoria y de punto de inflexión a través de la vida, que dividen el curso de una trayectoria en partes, son un supuesto clave en el enfoque de curso de vida para describir la dirección y los cambios en puntos específicos de la biografía de una persona. De esta forma, una trayectoria puede ser entendida como la continuación de una dirección. En otras palabras puede ser vista como la inercia que sigue la vida y que resulta de la suma de las fuerzas que impulsan la biografía hacia un cierto destino. En contraste, un punto de inflexión es la interrupción en una trayectoria; es un desvío en el camino. De hecho, la característica esencial de un punto de inflexión es que cambia la dirección de una trayectoria.

Una trayectoria es el componente estable de una dirección hacia un destino de vida y se caracteriza por una determinada probabilidad de ocurrencia. Una trayectoria en otras palabras, se refiere a la tendencia y persistencia en los patrones de curso de vida, pero no necesariamente como se define como el indicador de probabilidad de que ocurra un cierto resultado de forma inalterable. Más bien, una trayectoria puede ser entendida por el aumento lineal de la probabilidad ocurrido en el tiempo, por una probabilidad no lineal decreciente, o por otras combinaciones de estas posibilidades.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Ben-Shlomo, Mishra, y Kuh (2014) utilizando el enfoque de curso de vida en la epidemiología ("*Life course epidemiology*") han identificado 4 modelos de cómo los eventos del pasado afectan la probabilidad de un resultado posterior en la vida¹⁰:

- 1 Modelo de período crítico
- 2 Modelo de período crítico con modificadores del efecto posteriores
- 3 Modelo de acumulación de riesgos independientes y no correlacionados
- 4 Modelo de acumulación de riesgos correlacionados (*clustering*, cadenas o vías de riesgo)

Existen períodos críticos o sensibles, ventanas de tiempo durante el curso de la vida, cuando una determinada exposición ambiental tiene una influencia decisiva o incluso permanente en el resultado posterior. Por ejemplo, según la "hipótesis de Barker" o teoría de la "reprogramación fetal", el período fetal es un período particularmente crítico durante el cual ciertas exposiciones pueden alterar permanentemente las estructuras particulares de órganos y funciones metabólicas. Según esta hipótesis, la enfermedad cardiovascular del adulto, la diabetes tipo 2, los accidentes cerebrovasculares, hipertensión y otros resultados adversos para la salud de adultos tienen su origen en una respuesta a una nutrición inadecuada durante el crecimiento fetal e infantil, lo que lleva a la alteración de la función endocrino metabólica y / o un aumento de la vulnerabilidad a los efectos de condiciones adversas posteriores. Algunos autores sin embargo, reservan el término "período crítico" para referirse a un período durante el cual la exposición resulta en cambios inalterables, mientras otros prefieren usar el término "período sensible" para referirse a los períodos durante los cuales las exposiciones tienen grandes efectos que pueden ser modificados por experiencias posteriores. Otros autores han usado la noción de "período crítico" de manera más general para englobar ambas ideas.

Otro supuesto asociado al enfoque es que existen efectos acumulativos (de riesgo o protección), que pueden operar en un sentido aditivo pero también sinérgico con otras exposiciones en el tiempo. Kuh y colegas¹¹ han discutido diferentes formas en que los riesgos se pueden acumular. La noción de riesgo acumulativo, considera que el resultado a largo plazo se produce a través de la sumatoria de las exposiciones ambientales, socioeconómicas y del comportamiento durante la vida. Los riesgos pueden acumularse a través de exposiciones independientes, o grupos relacionados con la exposición, por ejemplo, la posición socioeconómica individual o familiar. Otros autores han postulado que existen cadenas de exposiciones secuenciales o en cascada, con cada exposición aumentando la probabilidad de la exposición siguiente, influyendo en el riesgo posterior, con un efecto aditivo sucesivo pero de una forma independiente a exposiciones posteriores. Alternativamente, también se han propuesto modelos de efecto desencadenante, donde las exposiciones se suceden secuencialmente (y probabilísticamente), pero el riesgo del resultado no se incrementa sino hasta que el efecto del evento final activa la cadena.

Aplicaciones del enfoque de curso de vida al diseño de políticas públicas

Un enfoque de curso de vida representa un cambio general en la forma en que se piensa a los seres humanos y su desarrollo. El enfoque hace del tiempo, el contexto y proceso las dimensiones más sobresalientes. Braveman¹² y colaboradores han sugerido que una perspectiva de curso de vida supera el enfoque de desarrollo clásico. La diferencia fundamental es que mientras una perspectiva de desarrollo generalmente se centra en un periodo específico como la infancia, la adolescencia u otro, un enfoque en el curso de la vida considera toda una vida y la siguiente generación. Un

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

enfoque en el curso de vida, considera la comprensión de cómo las primeras experiencias de vida modelan la salud, los estudios, el trabajo o la felicidad de los individuos y grupos a través de su vida completa y sus efectos en la siguiente generación. Un enfoque de curso de vida puede examinar por ejemplo, la salud del niño, niña o del adolescente como resultados intermedios, mientras se entienden los vínculos entre exposiciones en la niñez y los resultados en el adulto. Una perspectiva así, permite considerar al Estado y los sistemas de protección integral para la población, como un soporte estructural (macrosistema) que acompaña la organización del curso de la vida y facilitando oportunidades y los recursos que se abren o cierran trayectorias en el camino de una vida.

Un enfoque de curso de vida se caracteriza por utilizar una gran variedad de metodologías cuantitativas y cualitativas. Metodologías cuantitativas comunes incluyen: diseños longitudinales, cohortes y comparaciones de cortes transversales, y el análisis del historial de eventos la vida; mientras que los enfoques descriptivos y cualitativos incluyen la investigación de archivo, los enfoques biográficos, el estudio de historias de vida y entrevistas en profundidad, narrativas personales y la etnografía. Este pluralismo metodológico es coherente con el carácter multidisciplinar de esta perspectiva y el reconocimiento de la necesidad de tender un puente sobre los niveles macro y micro de la teoría y para el análisis y diseño de las políticas públicas¹³.

En la actualidad, trazar un hilo que conecte el desarrollo humano con las influencias genéticas a través del útero y la infancia, adolescencia y más allá, con la socialización, la familia y entorno del barrio, los factores socioeconómicos etc., es la tarea de investigadores al rededor del mundo.

Hasta ahora, un enfoque en el curso de la vida ha tenido mayor impacto en políticas públicas de carácter sanitario. Se puede considerar que dicho enfoque es angular para el diseño de políticas sociales, de educación, económicas o de planificación urbana, basado en un dialogo constante entre la investigación sobre el curso de las vidas de las diversas poblaciones (grupos y generaciones) y el diseño de las políticas que están al servicio de mejorar las condiciones de vida y el desarrollo de las personas.

El enfoque de curso implica, además, repensar el diseño y funcionamiento de los organismos del Estado, toda vez que ellos en su concepción fueron diseñados en función del tipo de oferta (políticas, programas o servicios) y de un momento histórico. Se sabe que las respuestas sectoriales responden a modelos fragmentados, problematizadores y coyunturales. Por tratarse de marcos temporales extendidos, El enfoque de curso de vida interpela a los actores y sectores del Estado a pensarse a si mismo sobre la base de un criterio poblacional y longitudinal.

Cómo el enfoque de curso de vida nutre el diseño de la ruta de garantías de derechos

El enfoque de curso de vida está a la base de la propuesta de ruta para acompañar el desarrollo de todos los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y así aumentar oportunidades de desarrollo en la próxima generación de chilenos. Desde esta visión la ruta necesariamente debe considerar a toda la población dado que los niños, niñas y adolescentes, se encuentran en familias o bajo el cuidado de adultos. Los niños, niñas y adolescentes del 2015 al 2020, son los adultos de la próxima generación, por lo tanto, ofrecer garantías sociales universales que acompañen el desarrollo de sus capacidades es clave para el desarrollo del país.

Por otra parte, pensar en trayectorias de vida, implica pensar el movimiento hacia un horizonte, hacia el cual la biografía se dirige. Por lo tanto, el diseño de una ruta de garantías sociales que

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

acompañen la vida de las personas del útero a la edad adulta en Chile, debe preguntarse sobre ese punto final o varios puntos finales que se esperan alcanzar a nivel poblacional, en las diversas dimensiones donde ocurre la vida de las personas, de manera que las intervenciones apoyen el logro de objetivos comunes a la sociedad chilena.

Así mismo entonces, no es posible pensar una ruta de desarrollo independiente de los sistemas en los que este está inserto. La teorización e investigación sobre el curso de la vida conecta la ubicación geográfica, histórica y cultural, los cambios en las instituciones sociales y las experiencias de los individuos y las familias. Desde este punto de vista, el desafío es entonces definir y probar un modelo multidimensional de ruta, conceptualmente dinámico, que integre múltiples disciplinas y múltiples niveles de análisis en el diseño e implementación de esta política pública.

La maduración neurológica, sensorial, endocrina o inmunológica de la infancia a la vida adulta, la interacción social positiva en un contexto determinado como la escuela, permite a los niños y niñas adquirir progresivamente nuevas habilidades. Este fenómeno no solo depende de fenómenos como la nutrición en los primeros 1000 días de vida, la estimulación o el patrimonio genético, sino que esta embebido en la ecología total en la que se despliega la vida (ver enfoque bioecológico). Este complejo proceso permite a cada niño, niña o adolescente expresar su potencial, adquirir habilidades y competencias cognitivas, emocionales y sociales para construir su ciudadanía. En la actualidad existe amplio consenso en que las políticas públicas deben buscar la equidad de oportunidades desde tan temprano como se pueda. Más temprano significa mayores tasas de retorno social en el desarrollo del capital humano de un país.

Un enfoque de curso de vida asume un modelo de efectos en cadena y por lo tanto exige de las políticas públicas ser pensadas en términos de sus efectos potenciales inmediatos y tardíos en cohortes sucesivas de implementación. Como en el juego del Pool el movimiento de una bola desencadena una serie de eventos en cascada. Así mismo, una intervención durante la gestación o durante la adolescencia tiene el poder de modificar resultados en una trayectoria de vida, pero también en la siguiente generación, a través de cambios en nutrición temprana o las relación positiva de pares en la escuela o la propia influencia de los profesores en la vida del niño, niña o adolescente.

Garantizar de modo explícito una ruta de acompañamiento al desarrollo y por esta vía implementar en la realidad la Convención de los Derechos de Niños, trasciende la esfera legal de estos derechos (ver enfoque de Derechos). Una ruta de garantías sociales que acompañe la vida de las personas y promueva su máximo desarrollo desde temprano, está a la base de la visión actual del desarrollo de políticas públicas en el mundo.

Limitaciones del enfoque de curso de vida

Si bien el enfoque de curso de vida se ha extendido ampliamente a través de diversas disciplinas, las críticas también existen. Dos críticas, en particular, destacan. En primer lugar, la interpretación de que este enfoque puede ser fatalista o excesivamente determinista¹⁴: es decir, deja poca o ninguna esperanza de que los individuos que han experimentado eventos adversos o exposiciones temprano en la vida, podrían alcanzar una salud óptima y bienestar. Una segunda crítica relacionada con los conceptos de la programación temprana y períodos críticos o sensibles, que conducen directamente a intervenciones que centradas en el embarazo y la primera infancia, restando prioridad a intervenciones con otros grupos de edad, y en diferentes etapas de la vida .

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Como el enfoque de curso de vida sigue evolucionando, una manera de hacer frente a estas críticas ha sido poner mayor énfasis en el principio de que el desarrollo es un proceso continuo e interactivo durante toda la vida, y que las trayectorias son modificables. Así, un resultado de salud resultará de la interacción durante toda la vida de los genes, las experiencias y las exposiciones, y las elecciones individuales de la persona. Es posible, por tanto, de intervenir para mejorar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo a lo largo de la vida.

Como se ha visto, un sistema de garantías que acompañe a la persona desde el útero a la adolescencia se deriva naturalmente de un enfoque de curso de vida. La revisión sistemática de intervenciones de la infancia a la adolescencia entonces, actúa como un insumo para el diseño de la ruta, llega a la integración a nivel el curso y la ecología de la vida solo si se piensa en la idea de generaciones sucesivas que ingresan al sistema. Sin embargo la complejidad de la tarea no estará exenta de limitaciones; aquí enumeramos algunas:

1. Lograr una perspectiva dinámica y de curso de vida en el diseño e implementación de la ruta no es fácil cuando se piensa en la compartimentalización y fragmentación programática que existe entre los diversos planes, programas y políticas que promueven alcanzar el bienestar y el máximo desarrollo de toda la población.
2. El enfoque supone una cierta visión del largo plazo basada en las expectativas sociales de la presente generación. Y por definición este siempre estará en desfase respecto de las condiciones cambiantes de la historia y los contextos. Un evento normativo en un grupo, cultura o momento de la historia, por ejemplo que los adolescentes se conviertan en padres autónomos, puede no ser normativa en otro momento de la vida.
3. La progresividad y/o la universalidad son conceptos que tienen implicancias importantes para el diseño de una ruta que considere un enfoque de curso de vida. Es evidente que para la implementación de garantías sociales en el curso de la vida debe ir de la mano de acciones para el logro de los objetivos de la política social, educativa o de salud de una manera coherente en todos los hitos y momentos de la vida.
4. La universalidad de los derechos humanos y la implementación progresiva de garantías explícitas del estado puede entrar en fricción con la idea de implementación. La implementación de acciones tendentes a alcanzar los objetivos que apoyan el despliegue pleno de las capacidades de cada persona en el curso de una vida no es obviamente por ley y requiere de que las garantías crezcan con las diversas cohortes de niños, niñas y adolescentes.

2) Contribución del Enfoque de Derechos

El enfoque de derechos en este estudio busca responder la pregunta: ¿Cómo promovemos los derechos para evitar su vulneración, y cómo acompañamos la trayectoria de los niños, niñas y adolescentes cuyos derechos son vulnerados y amenazados?. A continuación se describen las consideraciones sobre el uso de este enfoque para este estudio.

Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y con la dignidad humana¹⁵. Los marcos legales vigentes en materia de derechos humanos obliga a los Estados (principalmente) y otros titulares de deberes a cumplir ciertas obligaciones.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Los derechos humanos son:

- Universales (sin exclusiones de ninguna índole);
- Inalienables de todos los seres humanos;
- Iguales (no hay derechos más importantes que otros, son equi-jerárquicos);
- Indivisibles;
- Interdependientes (la vigencia de uno es precondition para la realización de los otros; la violación de alguno termina por afectar a otros);
- Imprescriptibles (no pueden ser suspendidos o retirados);
- Inherentes (innatos, nacemos con ellos);
- Progresivos/acumulativos (tienen carácter evolutivo, se van superando por nuevos reconocimientos a medida que la sociedad evoluciona);
- Inalienables/inviolables (no se pueden transferir, ceder, transmitir a otro o comercializarse);
- Irrenunciables (no se puede renunciar a ellos);
- Efectivos (tienen carácter de certeza y realidad);

... y además,

- Están centrados en la dignidad intrínseca y el valor igual de todos los seres humanos;
- Imponen obligaciones de acción y omisión, particularmente a los Estados y los agentes de los Estados;
- Han sido garantizados por la comunidad internacional;
- Están protegidos por la ley;
- Protegen a los individuos y, hasta cierto punto, a los grupos.

El "enfoque de derechos en las políticas y estrategias de desarrollo" considera el derecho internacional sobre los derechos humanos como un marco conceptual aceptado por la comunidad internacional, capaz de orientar el proceso de formulación, implementación y evaluación de políticas en el campo del desarrollo como una guía respecto a las obligaciones de los Estados, el alcance de la participación social y los mecanismos de control y responsabilidad social que se necesitan a nivel local e internacional para asegurar el cumplimiento, la garantía y ejercicio de los derechos de las personas¹⁶.

En la tradición del derecho internacional los derechos humanos se clasifican en: civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

Derechos civiles y políticos. Constituyen los primeros derechos que fueron consagrados en los ordenamientos jurídicos internos e internacionales. Son derechos individuales ya que están destinados a la protección del ser humano individualmente considerado contra cualquier violación de parte de autoridades públicas o de particulares. Imponen al Estado el deber de abstenerse de interferir en el ejercicio y pleno goce de estos derechos. Requieren de una actitud activa por parte del Estado, que está obligado a garantizar el libre goce de estos derechos, organizando la fuerza pública y creando mecanismos judiciales que los protejan. Entre ellos se encuentran el derecho a la vida, a la integridad física, al debido proceso, la libertad de asociación, asamblea y reunión, etc.

Derechos económicos, sociales y culturales. Su reconocimiento en la historia de los derechos humanos fue posterior al de los derechos civiles y políticos. Estos derechos se caracterizan por necesitar de la actuación positiva del Estado para hacerlos efectivos. Una característica particular de este tipo de derechos consiste en que su realización es progresiva, dado que presenta un

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

condicionante de tipo económico: la disponibilidad de recursos. En los derechos económicos, sociales y culturales se destaca su dimensión colectiva, ya que su objetivo primordial consiste en satisfacer un derecho individual pero con proyección a la satisfacción del bien común (salud, trabajo, educación, vivienda, alimentación, derecho de protección a los consumidores, etc.). Por ello se los conoce también como derechos colectivos. Algunos de ellos son el derecho a la educación, al trabajo, a la vivienda, a la asociación sindical, etc. Son respetados y garantizados por el Estado a través de acciones positivas.

Breve Historia de los Derechos de la Niñez y Adolescencia

La historia de los derechos de la niñez en el mundo es reciente y contemporánea. Si bien muchos países de Europa han considerado el respeto de los derechos como pilares básicos de sus democracias, para el caso de América Latina, la instalación de políticas de derechos humanos emerge como respuesta a los sometimientos impuestos por las dictaduras en la región. Dicho en otros términos, la generación de una cultura de derechos es una clara expresión de los procesos de consolidación de las democracias de América Latina.

Los niños, niñas y adolescentes son titulares de los derechos fundamentales consagrados por los diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos¹⁷, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos¹⁸, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁹, entre otros y en cada uno de ellos se encuentran enumerados un vasto número de derechos esenciales para la protección de la niñez.

Con relación a los derechos de la niñez y adolescencia, el cuerpo legal universal más relevante es la Convención de los Derechos del Niño²⁰ (CDN, 1989), que constituye el marco mínimo de reconocimiento y respeto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes y que combina en un solo tratado los derechos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales, considerándolos como interdependientes y complementarios para asegurar la protección integral de niños, niñas y adolescentes. El impacto que ha tenido la CDN ha sido muy importante, siendo el instrumento internacional específico de protección de derechos humanos que ha gozado de mayor aceptación y reconocimiento internacional.

La progresiva incorporación del concepto de integralidad propuesta por la Convención de los Derechos del Niño (CDN) y la instalación de un cambio de paradigma en la visión de la infancia, marca la necesidad de modificaciones drásticas en las políticas de infancia y la adolescencia, que pongan en el centro de la escena a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, y transformando en prioridad política y programática la protección de su interés superior. Para ello, además de la incorporación de la CDN al derecho interno se debe construir un modelo conceptual y operativo de protección de la niñez y adolescencia que, tomando como ineludible referencia los derechos y garantías reconocidos, exige abandonar algunos criterios que tradicionalmente han regido las prácticas de abordaje y tratamiento y, de este modo, concebir un sistema de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes²¹ que los reconozca como verdaderos sujetos de derechos.

Desde la entrada en vigor de la CDN, las reformas legales en su mayor parte se han ocupado de cuestiones de la protección de la infancia sobre una base de análisis e identificación de tema por tema, en lugar de adoptar un enfoque integral. Un enfoque integral no niega la importancia de abordar las cuestiones de protección de la infancia en situación de vulnerabilidad, sino que asegura

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

que estos temas se colocan dentro de una estructura integral y sistémica. Estos sistemas tratan de proteger a toda la niñez y unir a todos los actores detrás de un conjunto de objetivos comunes, y la capacidad de respuesta no solo inmediata sino también de largo plazo, bien coordinada y articulada.

Chile, al igual que todos los países de América Latina y el Caribe ha incorporado los instrumentos internacionales de derechos humanos en sus cuerpos legales y normativos. Si bien este es un paso importante, sabemos que es insuficiente para la satisfacción y realización efectiva de los derechos. Para ello, es necesario contar nuevos estándares y calidad de respuesta de las instituciones del Estado, de las organizaciones de la sociedad civil, y las familias con la participación de los niños, niñas y adolescentes.

Chile ha tenido (y aún tiene) un rol de liderazgo en la región de las Américas a través de múltiples instancias destinadas a promover los derechos de la niñez y la adolescencia.

Las autoridades de Infancia de los Estados Iberoamericanos han resaltado la importancia de los sistemas de protección integral. Así, en la Declaración de Pucón²², adoptada por la IX Conferencia Iberoamericana de Ministras, Ministros y Altos Responsables de la Infancia y la Adolescencia (2007) se destacó la importancia de *“...promover, impulsar y fortalecer la implementación de sistemas de protección integral, sustentados en la promoción de la construcción de ciudadanía en el nivel regional y local como parte de una progresiva descentralización, en vistas de facilitar, el acceso de niños, niñas y adolescentes a los diversos servicios ofrecidos para su desarrollo en su medio territorial más cercano procurando la adecuación de estos servicios a las particularidades de cada territorio.”*

La Convención sobre Derechos del Niño (la Convención), a lo largo de su articulado, le da substancia al llamado enfoque de protección integral de la infancia. De ahí se derivan una serie de obligaciones específicas para los Estados parte, con el objetivo de asegurar todos y cada uno de los derechos allí reconocidos a los niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo su jurisdicción, sin discriminación alguna. Como fuera expresado, todos los países de la región han ratificado la CDN y muchos de ellos han ajustado su legislación nacional a sus principios y mandatos, pero los niveles de implementación y funcionamiento de las instituciones nacionales y locales que componen los sistemas de protección se encuentran en proceso de transición y por lo tanto generando estados de situación diversos y heterogéneos en cuanto al grado de cumplimiento de la CDN.

En sintonía con estas declaraciones, el Sistema de Protección Integral de la Infancia Chile Crece Contigo²³, conforma la piedra angular sobre la cual se fueron incorporando nuevos componentes tendientes a asegurar el derecho al desarrollo de la niñez chilena desde etapas tempranas de la vida^{24 25}.

Se entiende como sistema de protección integral de la infancia el conjunto de órganos, entidades, mecanismos e instancias a nivel nacional, regional y local orientados a respetar, promover, proteger, restituir y restablecer los derechos de los niños y niñas y reparar el daño ante la vulneración de los mismos establecidos por las legislaciones nacionales de infancia. También se tendrán particularmente en cuenta los mecanismos de relacionamiento entre las instituciones públicas (entre sí) y privadas del país, sus interacciones y complementariedades, en especial describiendo el vínculo entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil.

Existen otras definiciones respecto a que es un sistema de protección de la infancia. UNICEF ha definido en su estrategia de protección de la infancia, que los sistemas de protección comprenden un conjunto de leyes, políticas y servicios necesarios en todos los ámbitos sociales —especialmente en el ámbito del bienestar social, la educación, la salud y la justicia— para apoyar la prevención de

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

los riesgos relacionados con la protección y la respuesta en este sentido. Según el Instituto Interamericano del Niño²⁶, un sistema de protección integral es básicamente un diseño organizacional y operativo concebido para la implementación de las políticas públicas de infancia y adolescencia, que tiene como paradigma la CDN. Este sistema trata de estructurar y sistematizar el relacionamiento entre todos los actores a los efectos de dar efectividad a los derechos reconocidos en la CDN.

Principales autores y desafíos

La historia de los derechos de la niñez es parte de la historia de las infancias en la medida que niños y niñas fueron construidos a imagen y semejanza del momento social que les tocó vivir. En el campo de los derechos de la niñez, algunos de los/as referentes claves expresaron su ideario a partir de una lucha y compromiso en contextos de adversidad manifiesta. Tal es el caso de Englantyne Jebb, fundadora de Save the Children (1876-1928), Janusz Korczak (1878-1942), médico, pedagogo, escritor, publicista, activista social, precursor de la lucha en favor de los derechos y la igualdad de los niños. Falleció en el campo de exterminio alemán de Treblinka. Adam Lopatka, (1928-2003), jurista polaco, especializado en teoría del estado y leyes. Fue uno de los redactores de la Convención de los Derechos del Niño (1989). Los aportes de los autores mencionados fueron sustantivos como contribución a otras declaraciones que precedieron a la CDN como es el caso de la Declaración de Ginebra (1924) y la Declaración de los Derechos del Niño (1959). Por cierto, existen otras voces y aportes en la temática siendo esta una síntesis introductoria.

Posteriormente a la CDN surgieron dos desafíos para los Estados: a) La adopción (firma y ratificación), y b) la implementación (desarrollo de intervenciones orientadas a traducir los marcos normativos en acciones desde los Estados).

Hoy los Estados se encuentran frente a la disyuntiva particular de traducir sus compromisos en modalidades de formulación y gestión de políticas que estén en consonancia con el grado de prioridad asignado a la niñez en el marco de las políticas públicas.

Supuestos significativos del Enfoque de Derechos

La consideración de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de plenos derechos, y la provisión de los mecanismos idóneos para exigirlos, en oposición a su consideración como objeto de tutela por parte del Estado, es el cambio fundamental que caracteriza el tránsito hacia el paradigma de la protección integral.

En el ámbito de las comunidades y de las familias chilenas, la actual propuesta contempla un cambio central orientado a vislumbrar la trascendencia del proyecto de vida como una forma de alcanzar la felicidad y el desarrollo pleno de las personas (ver enfoque de curso de vida). Hoy, sin lugar a dudas, el mayor flagelo que afecta a las sociedades del mundo, incluida la sociedad chilena, está caracterizado por la inequidad y la exclusión social. Las consecuencias del no reconocimiento de la magnitud de este problema se traduce en la emergencia y agravamiento de problemáticas sociales tales como las violencias, las enfermedades crónicas no transmisibles, la reducción de la expectativa de vida y la conformación de modelos de sociedades individualistas y centradas en una cultura que se apoya en valores materiales y sectarios.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

El enfoque de derechos, basado en el principio de igualdad, reconoce que todos los niños, niñas y adolescentes chilenos tienen el mismo derecho a crecer y desarrollarse plenamente, a expresar sus potencialidades y a contribuir al desarrollo humano y social.

De allí que el tránsito por la ruta del desarrollo biopsicosocial (construcción del trayecto de vida) debe ser relejo del grado de autonomía (como expresión del empoderamiento) de las personas y del rol del Estado en generar los dispositivos que aseguren igualdad de condiciones y posibilidades para todos los niños y niñas y las familias de Chile puedan desarrollarse plenamente, en libertad.

Los derechos implican aspectos valóricos, de principios, y del significado de estas cuestiones tienen sobre el proyecto de país que una sociedad anhela. Es en este sentido, el Estado y las organizaciones que lo componen, son el mejor reaseguro para que este complejo proceso pueda concretarse a través de una acción mancomunada y solidaria con la participación de todos los sectores de la sociedad.

Aplicaciones actuales más conocidas del Enfoque de Derechos

La Convención, de la misma forma que otros instrumentos de derechos humanos, orienta y limita a los Estados partes y le impone deberes que suponen la creación de las condiciones jurídicas, institucionales, sociales y económicas para garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos en ella.

Cuando los Estados ratifican la Convención asumen el deber de asegurar la efectividad de los derechos allí reconocidos con todos los medios a su alcance. Por ello, no sólo deben abstenerse de interferir en el ejercicio de los derechos individuales sino que tiene, además, el deber inexcusable de realizar prestaciones positivas, de manera que el ejercicio de aquellos no se torne ilusorio. La adopción de medidas positivas implica que se garanticen en forma activa el acceso a los derechos, en particular la educación, la salud y la protección social para todos los niños, niñas y adolescentes.

Entre las obligaciones que contraen los Estados al ratificar la Convención se incluye la de garantizar que sus disposiciones y principios están plenamente reflejados y se les ha dado efecto legal en la legislación nacional (art. 4 de la CDN). Así lo ha considerado, el Comité de los Derechos del Niño al asegurar que la revisión general de toda la legislación interna y las directrices administrativas conexas para garantizar el pleno cumplimiento de la Convención constituyen una obligación ineludible de los Estados. (Comité de Derechos del Niño, Observación General No 5, Art. 18).

Ahora bien, desde la ratificación de la Convención, los procedimientos elegidos por los Estados para su implementación han sido disímiles. En este aspecto, entran a jugar cuestiones tales como el posicionamiento político de los gobiernos en torno a la temática de los derechos en general y de la infancia en particular. Es importante destacar en este aspecto el rol de la sociedad civil a través de sus diferentes instancias de representación (organismos de derechos humanos, organizaciones que trabajan por la niñez, agencias de cooperación) sobre el nivel de demanda para el cumplimiento de los acuerdos asumidos por el Estado.

A partir de la ratificación de la Convención, los estados iniciaron sus primeros tránsitos consistentes en la definición de marcos normativos (Leyes de Protección Integral, Códigos de Infancia, según la lógica adoptada por cada país). En ciertos países, se generaron cambios en los modelos de gestión consistentes en la creación de estructuras del Estado destinadas a la Niñez (Secretarías, Consejos, Ministerios, Oficinas Locales de Protección, entre otras). Una vez más, la creación de estas

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

estructuras no son garantía sobre el grado de cumplimiento de los derechos toda vez que se reconoce la persistencia de comportamientos tutelares y de patronato en las propios organismos del Estado, siendo estos los que en ocasiones actúan vulnerando derechos constituidos. Dicho en otros términos, el tránsito que implica el cambio de paradigmas es traumático y supone una reingeniería de las lógicas y prácticas institucionales. Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos²⁷ todos los sectores de la sociedad deberán tener acceso a información, capacitación y conocimiento de los derechos humanos. Es así que se han desarrollado propuestas de capacitación en la temática de derechos humanos destinadas a diferentes sectores del Estado (educación, salud, justicia, trabajo, desarrollo social). Las agencias de cooperación internacional dependientes del sistema de Naciones Unidas también realizan esfuerzos en materia de reorientación de sus mandatos basados en el enfoque de derechos. La pregunta es cuántas de estas acciones llegan finalmente a sus destinatarios finales (comunidades, las familias, y los niños, niñas y adolescentes)?

Por cierto, la generación de una cultura de derechos en una sociedad se cristaliza toda vez que toda la ciudadanía está informada y es consciente de la responsabilidad que le cabe en exigir y hacer respetar sus derechos y al Estado hacer uso de sus recursos y políticas a garantizar su estricto cumplimiento. En este escenario y a diferencia de otros grupos sociales, el ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes está en función de sus capacidades evolutivas. De allí que la protección de los derechos en los primeros años está mediada por los adultos (familias, cuidadores) y las instituciones proveedoras de servicios.

Utilidad del enfoque en la comprensión y construcción de la ruta del desarrollo biopsicosocial

Ese marco conceptual y operativo que implica un tránsito desde el enfoque de necesidades al de los derechos para garantizar la protección integral, debe proyectarse sobre los organismos gubernamentales y no gubernamentales que integran el sistema, promoviendo la reflexión crítica de sus prácticas para generar nuevas vinculaciones y propuestas de acción para los niños, niñas y adolescentes pensados en clave de derechos humanos y construcción de ciudadanía. Un abordaje integral a los derechos de la niñez exige no sólo una mirada transversal a los organismos públicos, y a las diversas políticas, programas y prácticas. También demanda una transformación sustancial en el diseño e implementación de esas políticas, incluyendo la definición de competencias a organismos especializados en la protección de la infancia.

Es un hecho conocido que las respuestas de parte de los sectores del Estado (por el modo como se concibieron las burocracias) son de carácter fragmentado y muchas veces ineficientes, toda vez que implican duplicar esfuerzos y, en algunas ocasiones, generar acciones antagónicas.

Los niños, niñas y adolescentes son seres integrales y, como personas, demandan acciones integrales de parte del Estado y organizaciones de la sociedad civil en materia de políticas, programas y acciones.

En este sentido, la Ruta del Desarrollo Biopsicosocial para los niños, niñas y adolescentes de Chile, es una voluntad explícita del Estado para cumplir con los acuerdos internacionales en materia de derechos y, más importante aún, generar los mecanismos y garantías para asegurar que todos los niños, niñas y adolescentes chilenos puedan ejercer sus derechos.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

En una política integral que garantice los derechos de niños, niñas y adolescentes, se deben identificar aquellos derechos que el Estado de Chile deberá reconocer²⁸. Entran aquí dos categorías de derechos:

a) Generales: Derecho intrínseco a la vida; a una identidad y nacionalidad; a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos; a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social; a beneficiarse de la seguridad social; al disfrute del más alto nivel posible de salud y de servicios para su atención; a la educación; al descanso y el esparcimiento, al juego; a ser protegido contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual; a ser protegido contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas; a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación; a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; a la protección de la ley contra injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada; a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan, en función de la edad y madurez del niño; a la libertad de expresión; a participar; a la libertad de asociación; y a la libre circulación.

b) Especiales: a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular en caso de separación de uno o ambos padres, o en caso de residencia en Estados diferentes; a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda en caso de trabajo de sus padres; a la protección y asistencia especiales del Estado en caso de privación de medio familiar; a recibir cuidados especiales en caso de discapacidad; a recibir la atención necesaria para en caso de internación en establecimiento; a que todo niño o niña indígena o perteneciente a minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma; a mantener contacto con su familia, a la asistencia jurídica, a ser respetado de su sentido de la dignidad, en caso de privación de la libertad.

Por su parte, los **principios rectores y orientadores** de la Política Nacional a Favor de la Infancia y Adolescencia de Chile está en armonía con la elaboración de la Ruta de Acompañamiento del Desarrollo Social toda vez que:

Según los **principios rectores**, el niño es considerado como **Sujeto de Derechos** que se encuentra atravesando una etapa de vulnerabilidad, propia de su edad, y que por tanto requiere condiciones que aseguren su desarrollo pleno a lo largo del curso de vida. El segundo principio, tal como lo establece la Convención es el **Interés Superior**. Ello implica que todo lo que se haga (en materia de formulación de políticas programas y acciones) debe siempre hacerse bajo la consideración y beneficios que puedan acarrear para la niñez y adolescencia. Este último aspecto conlleva un desafío para el Estado en materia de detectar los vacíos legales y normativos para poder generar marcos jurídicos que garanticen la protección de derechos. Finalmente, y en consonancia con la Convención (Art. 5) se destaca la **Co-responsabilidad de las Familias** como el nicho natural en el cual los derechos son respetados y promovidos. Es importante destacar este aspecto ya que para ciertos sectores de la sociedad, la Convención genera tensiones entre las familias y el Estado. La Convención es taxativa en establecer claramente la importancia de las familias como el nicho natural de crianza, crecimiento y desarrollo infantil. Pero además que, en algunas circunstancias, es el ámbito familiar en donde los derechos son vulnerados. Es allí en donde el Estado, y las instituciones que lo representan, deben velar por el cumplimiento y reparación de los derechos vulnerados.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Garantizar los principios rectores tiene un impacto positivo sobre el desarrollo infantil toda vez que se piense a la niño y a la niña como sujetos integrales, que se respete su interés y se asegure que el espacio de crianza sea comprensivo y sensible (*responsive*).

Del mismo modo, los principios orientadores toman aspectos inherentes a la Convención que, a través de su aplicación garantizan una serie de beneficios sobre la población infantil y adolescente (ver Tabla 2).

Tabla 2: Principios orientadores específicos y promoción del desarrollo de la niñez y adolescencia

Principios orientadores	Respaldo de la Convención	Beneficios esperados
Respeto a la vida y al desarrollo integral del niño en cada una de sus etapas	Artículo 6 Artículo 3 Artículo 19 Artículo 27	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud • Promoción del desarrollo • Promoción del bienestar • Reducción de la violencia • Promoción de la salud mental • Promoción de la inclusión social • Promoción de la autonomía • Erradicación de la discriminación • Respeto a la diversidad étnica, cultural, religiosa • Respeto a la identidad • Promoción de la libertad de pensamiento, de expresión, del propio juicio • Protección integral • Promoción de la equidad
Igualdad de derechos y de oportunidades	Artículo 2	
Autonomía progresiva del niño en el ejercicio de sus derechos	Artículo 5	
No discriminación y respeto de la propia Identidad	Artículo 23 Artículo 30 Artículo 8	
Libertad de pensamiento y de expresión	Artículo 12 Artículo 13 Artículo 14	
El Estado garantiza, promueve, asiste, y repara los derechos de los niños, niñas y adolescentes, mirando el interés superior del niño.	Artículo 3	
Efectividad en la aplicación de los derechos del niño	Artículo 4	

Dificultades de la aplicación de este enfoque en la comprensión y construcción de la ruta

La incorporación de diferentes enfoques en la construcción de la ruta implica dificultades que tienden al reconocimiento de un abordaje integral y complejo en materia de la formulación de políticas y programas destinados a la niñez y la adolescencia.

Debemos reconocer que los diferentes enfoques coexisten, no son mutuamente excluyentes y cada uno de ellos aporta una lectura diferente así como puertas de entradas alternativas para la identificación de problemas, modos y oportunidades para abordarlos.

Quizás una de las dificultades en la aplicación de este enfoque radique en la comprensión del marco teórico y sentido de la ruta por parte de los agentes de aplicación, toda vez que el concepto de ruta implica una redefinición de las lógicas de gestión institucional atravesadas tradicionalmente por modelos coyunturales y fragmentarios.

Otra de las dificultades consiste en identificar las intersecciones entre los diferentes enfoques y cómo cada uno de ellos se complementa entre sí y, en algunos casos, promueven la generación de sinergias.

Particularmente el enfoque de derechos, a diferencia de otros, (desarrollo, curso de vida), utiliza como punto de partida un marco basado en el establecimiento de garantías jurídicas. En este sentido, los criterios utilizados para evaluar el impacto de uno u otro enfoque varían según su fundamentación teórica y los modos de generar evidencias.

Queda como dificultad, la forma de llegada de la presente propuesta a la comunidad toda a través de estrategias educativas, de abogacía y comunicación social para comprender su sentido y alcances. Será este uno de los aspectos a definir llegado el momento de implementación a escala nacional de la actual propuesta.

3) Contribución del Modelo Bioecológico del Desarrollo

El modelo bioecológico del desarrollo humano propone que la persona está anidada en un conjunto de sistemas interactivos y complejos identificados como: el ontosistema, el microsistema, el mesosistema, el exosistema, el macrosistema y el cronosistema. De este modo el desarrollo es la resultante de procesos cada vez más complejos de interacción entre la persona con el medio.

De tal modo, “el desarrollo humano es el proceso por el cual la persona en desarrollo adquiere una concepción del ambiente ecológico más amplia, diferenciada y válida, y se motiva y vuelve capaz de realizar actividades que revelen las propiedades de ese ambiente, lo apoyen y lo reestructuren, a niveles de igual o mayor complejidad, en cuenta a su forma y su contenido”.

Una mayor claridad de los diferentes contextos de desarrollo y ejemplos se ofrece en las siguiente tabla.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Tabla 3: Los niveles del Modelo Bioecológico

Cercanía al niño	Los sistemas ambientales o contextos del desarrollo	Ejemplos
Ambientes Proximales al niño(a) o joven	<p>ONTOSISTEMA: Son las características propias del niño(a) o persona en desarrollo</p>	Características genéticas, biológicas, rasgos de personalidad y características individuales.
	<p>MICROSISTEMA: Constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo. Un microsistema incluye patrones de actividades, roles sociales y relaciones interpersonales experimentadas por el niño(a) o joven en desarrollo en un entorno cara a cara determinado. Este entorno posee características físicas, sociales y simbólicas que pueden invitar, permitir o inhibir la participación en interacciones progresivamente más complejas con una actividad y en el entorno inmediato.</p>	<p>Relaciones directas cara a cara, en las que vive el niño(a) a diario, ya sea con personas o ambientes físicos: Familia nuclear donde vive el niño(a) o joven: Relación madre hijo(a), Relación padre hijo(a) y Relación entre hermanos. Características directas del hogar donde vive el niño. Relación cuidador niño(a) en Sala cuna, Jardín infantil o escuela Características directas del ambiente de sala cuna, jardín o escuela donde permanece frecuentemente el niño(a) o joven. Relaciones de pares con vecinos.</p>
Ambientes Distales al niño(a) o joven	<p>MESOSISTEMA: Comprende las interrelaciones, comunicaciones y procesos que se dan entre dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, es decir, vínculos entre microsistemas: familia, pares, salas cunas, jardín infantil, escuela, vecindario.</p>	<p>Para el niño: Interacciones/ relaciones familia – escuela. Interacciones/ relaciones pares vecinos – familia. Interacciones/ relaciones escuela – centro de salud. Interacciones/ relaciones centro de salud – familia. Para el adulto: Interacciones entre la familia, el trabajo y la vida social.</p>

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

	<p>EXOSISTEMA: Lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo, pero que sus decisiones o acciones influyen en él El exosistema comprende los vínculos y los procesos que tienen lugar entre dos o más contextos, en el que al menos uno de ellos no contiene directamente a la persona en desarrollo. Pero los eventos que ocurren en éste, afectan indirectamente los procesos inmediatos del contexto donde vive la persona en desarrollo. lugares de trabajo y medios de comunicación .</p>	<p>Lugar de trabajo de los padres afecta el contexto familiar. Medios de comunicación influyen en la familia. La junta de vecinos del barrio. El directorio o política que rigen el funcionamiento de una sala cuna, jardín infantil o escuela.</p>
	<p>MACROSISTEMA: Lo configuran los patrones de interacción generales (o consistencias) entre los micro, meso, exosistemas en una cultura determinada en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad, en especial sus creencias.</p>	<p>Sistema de creencias religiosas Políticas públicas Nivel de conocimientos generales Recursos materiales Nivel socioeconómico Costumbres grupales Valores de la sociedad Estilos de vida Oportunidades estructurales</p>
	<p>CRONOSISTEMA: Condiciones socio-históricas que influyen en el desarrollo del individuo a lo largo del tiempo.</p>	<p>Eventos históricos. Tecnología de la información.</p>

Perspectiva histórica

Bronfenbrenner desarrolló paulatinamente su teoría del desarrollo humano, basado tanto en las observaciones de su propia experiencia de vida, como en la comprensión de otros autores; por ejemplo, en los trabajos de Freud, G. H. Mead, Vigostky, Rank, Piaget, Fisher, y personalmente compartió labores con Lewin, Newcomb y Hoffman²⁹. Proveniente de una familia rusa emigrante en los Estados Unidos, su propia experiencia personal le llevó a considerar la importancia del contexto social y de la fenomenología. Sus investigaciones interculturales le permitieron reflexionar sobre la capacidad del ser humano de adaptación, tolerancia y creación de los niveles ecológicos en los que vive y se desarrolla³⁰.

Principales autores y aportes

Urie Bronfenbrenner nació en Moscú en 1917 y murió en 2005 en Nueva York; se graduó como Psicólogo en Estados Unidos y en 1987 propuso el Modelo Ecológico para entender el desarrollo de la conducta humana. Desde esta perspectiva se concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

contiene al otro, los proximales son los más cercanos al niño y los distales más lejanos, en los que la influencia es indirecta.

Posteriormente, Bronfenbrenner y Ceci en 1994 modificaron la teoría original planteando una nueva concepción del desarrollo humano presentándolo como un fenómeno de continuidad y cambio de las características biológicas y psicológicas de los seres humanos, tanto de los grupos como de los individuos. Ellos sostienen que en el transcurso de la vida, el desarrollo se produce a través de procesos cada vez más complejos en un activo organismo bio-psicológico. Por lo tanto el desarrollo es un proceso que deriva de las características de las personas (incluyendo las genéticas) y del ambiente, tanto el inmediato como el remoto y dentro de una continuidad de cambios que ocurren en éste a través del tiempo.

Bronfenbrenner y Morris declaran que el Proceso, la Persona, el Contexto y el Tiempo (PPCT), son elementos básicos para comprender el desarrollo humano. Mediante esta relación, se reconoce el interjuego funcional entre lo biológico, lo psicológico y lo social, en un contexto histórico cultural que influye en el desarrollo final del individuo. El modelo de evaluación ambiental total desarrollado por la Red de Conocimiento de Desarrollo Infantil Temprano de la Organización Mundial de la Salud incorporó el modelo bioecológico acompañado por un componente metodológico destinado a ponderar el impacto de cada una de las “esferas” del modelo sobre el desarrollo infantil³¹.

Conceptos claves

- El elemento central de este modelo es la experiencia que incluye no sólo las propiedades objetivas sino también las que son subjetivamente experimentadas por las personas que viven en ese ambiente.
- No es el contexto de la conducta lo que predecirá una conducta sino la interpretación del individuo del contexto temporal y espacial.
- Lo que interesa es el significado asignado al contexto y no el contexto per sé. De este modo la sola descripción del ambiente no permite explicar el desarrollo sino el significado atribuido a dicho contexto.
- De este modo, Bronfenbrenner enfatiza las actividades (lo que las personas hacen), los roles (las conductas esperadas dada la posición social) y la calidad relaciones interpersonales (modos de tratarse unos y otros).
- El contexto, es el que provee la oportunidad al niño(a) y adolescente de vivir experiencias cognitivas, sociales y físicas
- Las estructuras interpersonales son esenciales para el desarrollo y aprendizaje: la observación, la atención conjunta, la actividad conjunta y el desarrollo de sentimientos positivos es lo que caracteriza las relaciones recíprocas en las diadas primarias, por ejemplo, madre – hijo(a), cuidador – niño(a).

Aplicaciones actuales del Modelo Ecológico

Muchas aplicaciones del modelo de Bronfenbrenner se han ido desarrollando, por ejemplo, Belsky, adaptó el modelo para la comprensión del maltrato y abuso infantil en el año 1980, dando cuenta de la complejidad y las interrelaciones de los nichos de desarrollo infantil en el origen del problema. A continuación, la Organización Mundial de la Salud también utilizó el modelo para estudiar la naturaleza de la violencia, en su Informe Mundial sobre la violencia y la salud de 2002. También se ha aplicado el modelo en políticas públicas de programas para la protección de la primera infancia, como Head Start (USA) y más cercanamente Chile Crece Contigo, en nuestro país. En educación, en salud, en temáticas adolescentes y en el campo de la investigación, se han desarrollado paulatinamente variadas aplicaciones del modelo.

Dado lo anterior, se cuentan con muchas versiones de la aplicación del modelo, las que se han adaptado según las conveniencias de los autores. En esta ruta del desarrollo se ha aplicado el modelo de Bronfenbrenner con los aportes de Ceci y Morris.

Utilidad de la aplicación del Modelo Bioecológico en la comprensión y construcción de la ruta del desarrollo biopsicosocial

Esta ruta se focaliza en las intervenciones que influyen en las variables dependientes del niño(a) y adolescente las cuales dependen de las características individuales del niño –Ontosistema– , pero también de factores que están alojados en otros contextos ecológicos, como la nutrición, la salud, la protección, educación y políticas – Micro, Meso, Exo y Macrosistemas -.

Distinguir los diferentes contextos de desarrollo de las intervenciones permite realizar aproximaciones más detalladas y certeras de los contextos de desarrollo. Por un lado, distinguir el lugar donde se ubican las instituciones formales o informales que se constituyen en contextos de desarrollo, permite comprender estos contextos de manera sistémica, a cuyos niveles de organización también se les pueden aplicar el modelo para comprender las interrelaciones bidireccionales que les afectan. Y por otro lado, permite interpretar los alcances de factibilidad de las intervenciones recomendadas en la realidad chilena.

Al distinguir los diferentes contextos de desarrollo y sus interrelaciones, Educación, Salud, Municipios, Comunas, se pueden trazar algunas alianzas estratégicas de cooperación interinstitucional, en hacer sinergia para mejorar los contextos sin necesitar invertir tantos recursos financieros, pero sí comunicacionales; por ejemplo que la escuela abra su patio de recreo el sábado para realizar actividades recreativas, deportivas.

Especialmente la comprensión de la percepción que tiene el niño(a) y adolescente sobre su contexto de desarrollo, tanto en el nivel de las relaciones interpersonales como del ambiente físico, permiten tener una mejor sensibilidad respecto a la participación activa de la persona en desarrollo como agente de cambio recíproco.

En este sentido entonces, se releva la importancia de la calidad de la relación que el niño(a) y adolescente experimenta en cada contexto. Llevado al ámbito familiar, la relación padre, madre e hijo(a) y entre hermanos, cobra un foco esencial de observación y trabajo. Desde al ámbito de la educación, la calidad de la relación entre el niño(a) y su profesor; y el personal de la institución, se releva también como esencial para el fomento del desarrollo infanto-juvenil.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Otra utilidad esencial es comprender la influencia de los contextos donde el niño no está presente pero que indirectamente afectan su desarrollo (Exosistema), por ejemplo, el horario de trabajo de su padre, afecta la cantidad de horas de relación padre hijo en casa. O el sistema de transporte desde el hogar al trabajo, afecta la cantidad de tiempo dedicada a esto y la sobrecarga de los padres del estrés producido en las horas de alto tránsito.

Brofenbrenner creyó firmemente que las políticas públicas tienen el poder de influenciar el bienestar y desarrollo de las personas al determinar las condiciones de sus vidas³².

Dificultades de la aplicación del Modelo Bioecológico en la comprensión y construcción de la ruta del desarrollo biopsicosocial

El desarrollo de la persona está influido fuertemente por el contexto o el ambiente (físico, social y psicológico). Las teorías ecológicas del desarrollo proponen que todos los aspectos del desarrollo están interconectados de modo que ninguno de éstos puede ser aislado de los otros e interpretado de manera aislada. De este modo, la división “arbitraria” en dominios del desarrollo solo tendría sentido desde una perspectiva de medición o de esta ruta, pero no desde la interpretación en que es clave además considerar los aspectos que determinan el desarrollo.

La aplicación del modelo ecológico a una ruta del desarrollo infantil conlleva al trabajo conjunto entre varias instituciones encargadas del contexto de desarrollo, esto implicaría que las comunicaciones interinstitucionales y voluntades políticas se unan en torno a la sinergia del mejoramiento de los diferentes niveles.

Los lugares de trabajo de padres y madres debieran empezar a reflexionar sobre el apoyo que se les da a sus funcionarios para el ejercicio de su parentalidad, y cómo esta función esencial en la vida de las personas se convierte en un input positivo para la productividad iniciándose círculos virtuosos de conciliación entre la familia y el trabajo.

La participación infantil y juvenil se debiera instalar como un *feedback* continuo para observar la percepción que ellos tienen de sus entornos de desarrollo, tanto en la estructura de las relaciones interpersonales como con las características físicas de los contextos³³.

El mesosistema, las relaciones de dos contextos de relación directa del niño(a) entre sí, se presenta como uno de los niveles más importantes para la promoción del desarrollo, sin embargo también es el nivel menos comprendido del modelo. La comunicación e interacción continua de la familia – escuela, o de pares del vecindario – familia, o centros comunales – familia, le da al niño(a) más variedad de experiencias y una mayor continuidad entre los diferentes contextos de desarrollo.

4) Contribución del Modelo de Desarrollo Humano

El propósito básico del desarrollo es ampliar las opciones de las personas. En principio, estas opciones pueden ser infinitas y pueden cambiar con el tiempo. Las personas, a menudo, valoran logros que no se reflejan, o al menos no inmediatamente, en el ingreso o el crecimiento: un mayor acceso al conocimiento, una mejor nutrición y mejores servicios de salud, disponer de vidas más seguras (en relación con el crimen y la violencia física), de horas de ocio satisfactorias, de libertades

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

políticas y culturales, o poder participar en las actividades de la comunidad. El objetivo del desarrollo es crear un ambiente propicio para que las personas disfruten de vidas largas, saludables y creativas.

El paradigma del desarrollo humano cubre todos los aspectos del desarrollo, ya sea el crecimiento económico y el comercio internacional; el déficit presupuestario y las políticas fiscales; los ahorros, la inversión y la tecnología; los servicios sociales básicos y las redes de seguridad para los pobres. Ningún aspecto del modelo de desarrollo queda fuera de su alcance, pero el punto de referencia permanece en la ampliación de las elecciones de las personas y el enriquecimiento de sus vidas. Todos los aspectos de la vida –económicos, políticos o culturales– son vistos desde esta perspectiva. El crecimiento económico, por lo tanto, se convierte sólo en un subconjunto del paradigma del desarrollo humano

En algunos aspectos de este paradigma hay un acuerdo bastante amplio:

- El desarrollo debe poner a las personas en el centro de sus prioridades.
- El propósito del desarrollo es ampliar las posibilidades de las personas para elegir sobre sus vidas, no sólo aumentar los ingresos.
- El paradigma del desarrollo humano se preocupa tanto de la promoción de las capacidades humanas (a través de inversiones en la gente) como del máximo aprovechamiento de tales capacidades (a través de un marco propicio para el crecimiento y el empleo).
- El desarrollo humano posee cuatro pilares básicos: equidad, sustentabilidad, productividad y empoderamiento. Considera que el crecimiento económico es esencial, pero enfatiza la necesidad de prestar atención a su calidad y distribución; analiza en extenso sus vínculos con las vidas humanas y cuestiona su sostenibilidad en el largo plazo.
- El paradigma del desarrollo humano define los fines del desarrollo y analiza las opciones adecuadas para alcanzarlos.

El enfoque de desarrollo humano y capacidades (EDHC) tiene su referencia teórica en el Premio Nobel de Economía Amartya Sen (1998)³⁴. En EDHC contiene dos elementos: por un lado las oportunidades que tienen los individuos para su desarrollo y las capacidades. En realidad en inglés, el término utilizado es el de “*capability*” una síntesis entre capacidades (*capacity*) y habilidad (*ability*).

El EDHC tiene relación las competencias que tienen las personas en ser artífices de sus propios destinos a lo largo del curso de vida. De allí que este enfoque esté íntimamente relacionado con la dimensión de libertad.

Incorporar un EDHC con foco en la infancia implica que un país decide pensar qué tipo de sociedad desea alcanzar en el presente y a futuro. Todo ello, atendiendo que los niños, niñas y adolescentes muchas veces no tienen voz y por lo tanto no son considerados (ver enfoque de derechos). Cabe destacar que el EDHC con foco a la niñez no sólo beneficia a este grupo poblacional sino a la sociedad en su conjunto. Basta sólo con pensar con aquellos atributos de la infancia en término de sus capacidades de socialización temprana, creatividad, aprendizaje, maleabilidad y receptividad y que, por algún motivo la sociedad adulta las va perdiendo con sus derivaciones negativas en cuanto al tipo de sociedades que estamos generando.

El EDHC se complementa con el enfoque de derechos humanos. Ambos implican un cambio cultural que tienda a una sociedad justa, con equidad. Para poder satisfacer los derechos en una sociedad, es necesario conocer cuáles son las aspiraciones, proyectos de vida y expectativa de los

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

individuos (en nuestro caso, los niños, niñas y adolescentes). Sobre esa base conocer cuáles son las necesidades en materia de políticas y recursos (servicios) para satisfacerlas.

En nuestro caso, el EDHC centrado en la infancia mostraría los caminos (rutas) para el logro o alcance de los derechos. Uno de esos caminos está representado por la participación. Niños, niñas y adolescentes deben contar con las capacidades, oportunidades y espacios de participación. El Consejo de Infancia en su matriz de indicadores de derechos, incorpora la dimensión participación como uno de los grupos de derechos a ser protegidos y garantizados.

Niños, niñas y adolescentes van construyendo el sentido de libertad como parte del proceso de desarrollo de la autonomía. De esta manera se van conformando espacios y modalidades de participación en donde, según la Convención, niños, niñas y adolescentes tienen el derecho a ser escuchados y ser tomados en consideración seriamente (Art. 12, CDN)³⁵.

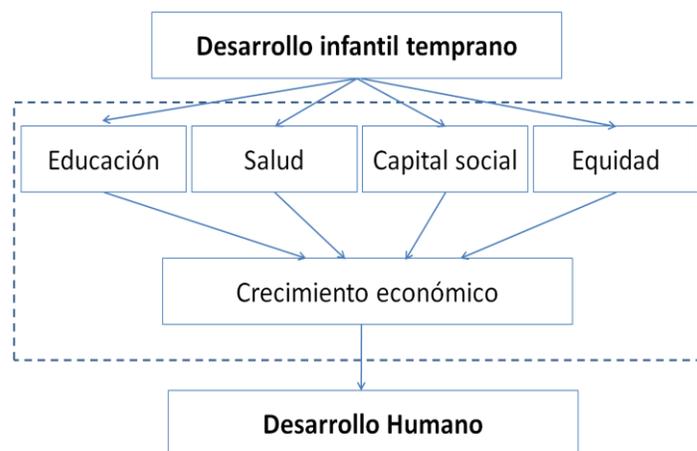
La Presidenta Bachelet, adscribe a esta visión al considera a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de cambio. Para que este principio o aspiración se hagan realidad, el Estado debe ser garante para generar igualdad de condiciones para que todos los niños, niñas y adolescentes puedan participar desde etapas tempranas de sus vidas. Es una forma de contribuir a la consolidación de la democracia.

Además, todo este complejo proceso involucra nuevos modos de priorizar políticas (basadas en la niñez), de gestionar políticas desde el Estado (a través de modelos integrales), diferenciando los medios de los fines, en nuestro caso, el fin último es lograr el bienestar de toda la población infantil³⁶. En nuestro caso, las políticas de infancia incidirán sobre los planes o proyectos de vida de la niñez, favoreciendo el desarrollo de trayectorias (oportunidades) y capacidades para que a lo largo de su recorrido puedan realizarse las transacciones necesarias a fin de alcanzar un desarrollo pleno.

Un modelo basado en EDHC con foco en la niñez implica un reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y actores sociales significativos, agentes de cambio. En este sentido los proyectos de vida (y las rutas para concretarlos) no están descontextualizados. Esto significa que los contextos en los que uno vive inciden directamente sobre la posibilidad de concretar dicho proyecto de vida.

El desarrollo infantil temprano y el desarrollo humano están íntimamente relacionados. Cada vez son mayores las evidencias sobre la importancia de invertir en la infancia como modo de construir capital social. La educación, salud, el capital social, la equidad, son todos importantes factores contribuyentes para el crecimiento económico. Los programas de promoción del desarrollo infantil temprano bien implementados son generadores de desarrollo humano. (ver Figura 1).

Figura 1: Modelo comprehensivo de Desarrollo Infantil Temprano y Desarrollo Humano. Fuente: Van der Gaag J. (modificado)³⁷,



5) Concepto de ruta del desarrollo

El desarrollo como eje estructurador de esta ruta, se inserta en el trabajo en marcha relacionado con el Subsistema de Protección Chile Crece Contigo. De este modo se pretende entregar a los “niños y niñas un acceso expedito a los servicios y prestaciones que atienden sus necesidades y apoyan su desarrollo en cada etapa de su crecimiento. Adicionalmente, apoya a las familias y a las comunidades donde los niños y niñas crecen y se desarrollan, de forma que existan las condiciones adecuadas en un entorno amigable, inclusivo y acogedor de las necesidades particulares de cada niño y niña en Chile”. Este subsistema en la actualidad asiste en la actualidad al grupo que ingresa desde la gestación hasta el ingreso al colegio (más o menos 4-5 años en Chile). Como propósito futuro de la política, se espera ampliar las edades de manera paulatina, inicialmente hasta los 10 años, y posiblemente hasta abarcar hasta los 18 años, siguiendo la Convención de Derechos de la Niñez.

Chile Crece Contigo, en la Ley que lo sustenta (20.379) establece que los niños y niñas se integran a Chile Crece Contigo desde su primer control de gestación en el sistema público de salud, y son acompañados y apoyados durante toda su trayectoria de desarrollo hasta que ingresan al sistema escolar.

El concepto de trayectoria de desarrollo es relevante puesto que pone el acento en dos aspectos claves: trayectoria vital y desarrollo.

De este modo, y en este contexto, la ruta que se propone considera la trayectoria vital, y en consonancia con la Ley, trata de una ruta de servicios y prestaciones, basados en evidencia científica que tienen como propósito la promoción y prevención del desarrollo de niños y niñas hasta los 18 años. Este tema se tratará con mayor profundidad en el capítulo 5.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Construir una ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial desde la gestación a los 17 años de edad, en la cual se identifiquen, describan y relacionen derechos, capacidades, y sus factores facilitadores y restrictivos en la búsqueda del desarrollo humano.

Objetivos Específicos

1. Identificar el espectro de áreas o dominios del desarrollo propuestas por distintos autores, ya sea de modo directo (por ej., a través de una clasificación o categorías) o indirectamente al proponer un modelo o enfoque de desarrollo.

2. Obtener las variables de resultado, variables mediadoras o hitos principales del desarrollo biopsicosocial de los niños entre su gestación y los 17 años de edad, según áreas o dominios del desarrollo, y sus posibles impactos en el desarrollo de capacidades individuales, según los contextos ecológicos (familia, escuela, barrio, espacios públicos, etc.), entendiendo estas últimas como capacidades grupales y relacionase.

3. Obtener datos sobre la influencia de cada dominio en el eje temporal del curso de vida, y sobre las interacciones –y sus bases teóricas- entre los distintos dominios en sentido transversal y longitudinal. Además de las interacciones en ambos ejes, el enfoque se complementará con el concepto de “interdependencias” que se dan entre los derechos de la niñez en un momento de la vida, así como a lo largo del curso de vida.

4. Evaluar la efectividad o impacto de intervenciones para el desarrollo infantil hasta los 17 años de edad, a través de una revisión sistemática de literatura nacional e internacional, de políticas, programas e intervenciones, asociadas a impacto en las capacidades y sus factores facilitadores y obstaculizadores, de los niños entre la gestación y los 3 años 11 meses; entre los 4 y 8 años de edad (rango de la extensión del subsistema Chile Crece Contigo), y entre los 9 y 17 años de edad.

5. Generar un insumo técnico denominado 'ruta de acompañamiento' en la cual se organizan los factores anteriormente identificados, considerando el modelo ecológico, el enfoque de curso de vida, el enfoque de derechos del niño y el enfoque de desarrollo humano. En esta ruta a cada capacidad individual (variable dependiente) se va a asociar un derecho o derechos prioritarios, capacidades grupales y relacionales (variables mediadoras) y políticas, programas e intervenciones potenciadoras (variables independientes), proponiendo prestaciones de impacto comprobado o altamente probable, que puedan fortalecer el Subsistema Chile Crece Contigo y convertirse en la base de las garantías del Sistema Universal de Garantía de Derechos.

Capítulo 2:

Dominios y subdominios relevantes del desarrollo infantil y adolescente

1. INTRODUCCIÓN

La primera fase de este estudio consistió en formular una propuesta preliminar de dominios y subdominios del desarrollo desde la gestación hasta los 17 años 11 meses, que sirviera de marco para la posterior identificación de variables dependientes y las intervenciones o políticas respectivas.

La metodología usada fue una revisión estructurada de la literatura y un proceso de consenso técnico a través de metodología Delphi y validación en un grupo de expertos nacionales.

Esta síntesis de literatura se basó en la revisión de los manuales (Handbooks) del desarrollo infantil y adolescente más actualizados, que integran múltiples aproximaciones teóricas en la comprensión del desarrollo infantil. Para complementar la síntesis con la experiencia real en políticas públicas que trabajan con foco en el desarrollo, se revisaron políticas de diversos países y regiones, así como también recomendaciones de organismos internacionales.

El producto final fue una propuesta de jerarquización de dominios y subdominios del desarrollo, desde la gestación a los 17 años y 11 meses. Esta propuesta es funcional, al servir de marco de referencia para clasificar las variables de resultado e intervenciones de las fases posteriores y no pretende unificar teorías ni proponer un modelo nuevo, en términos de la validez de su conceptualización, su consistencia, su soporte empírico u otros atributos afines. Se asume asimismo que la mayoría de los dominios y subdominios que aquí se identifican están íntimamente relacionados entre sí y no constituyen categorías excluyentes. Todos los detalles de esta fase se encuentran descritos en el Informe Final Fase I, disponible en el Departamento de Estudios del Mandante.

2. MÉTODOS

2.1 Búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda de literatura en fuentes electrónicas, que incluyó Medline, Lilacs, Google Académico, sitios web de organismos internacionales y de países de ALC y OCDE, y aportes del grupo de investigadores.

Se consideró elegibles libros o manuales (handbooks) y artículos que proporcionaran una síntesis integrada de modelos o teorías del desarrollo infantil y adolescente; y se excluyeron los manuales referidos a áreas muy específicas del desarrollo.

También se seleccionaron publicaciones de agencias, organizaciones multinacionales, reportes de evidencia y de expertos; asociados a programas de nivel nacional, y a iniciativas internacionales para el desarrollo infantil y adolescente.

2.2 Síntesis y extracción de datos

En un primer paso, cada esquema de dominios y subdominios utilizado en textos integradores actualizados (principalmente *handbooks*) fueron registrados en su forma original en fichas individuales. Posteriormente las listas de dominios fueron armonizadas – mismo lenguaje, ordenamiento de dominios afines- y presentadas en tablas resumen¹.

De estos textos –*handbooks*- se extrajo también los datos que hubiera disponibles sobre la relación entre los dominios en el sentido longitudinal y transversal, con las edades o hitos del desarrollo, y la declaración del uso de los enfoques teóricos involucrados en este estudio. Dichos resultados preliminares fueron sintetizados de manera narrativa para cada dominio seleccionado y sirvieron de insumo para su integración a la ruta del desarrollo. Paralelamente, se sintetizaron los esquemas de dominios utilizados en programas a nivel nacional, regional o en instrumentos asociados a éstos, así como también en programas promovidos por organismos internacionales.

2.3 Construcción de la propuesta de dominios y subdominios

La selección de dominios y subdominios se realizó a través de un proceso Delphi de 3 rondas sucesivas, en las que participaron los 8 investigadores del estudio: un coordinador metodológico, tres integrantes para la administración del proceso, y siete como participantes del proceso de selección propiamente tal. Este proceso se realizó a través de una plataforma Web y duró una semana.

El objetivo del Delphi fue desarrollar consenso para la obtención de una lista acotada de dominios (a los que se denominó dominios principales o de primer orden) y de subdominios (o dominios secundarios).

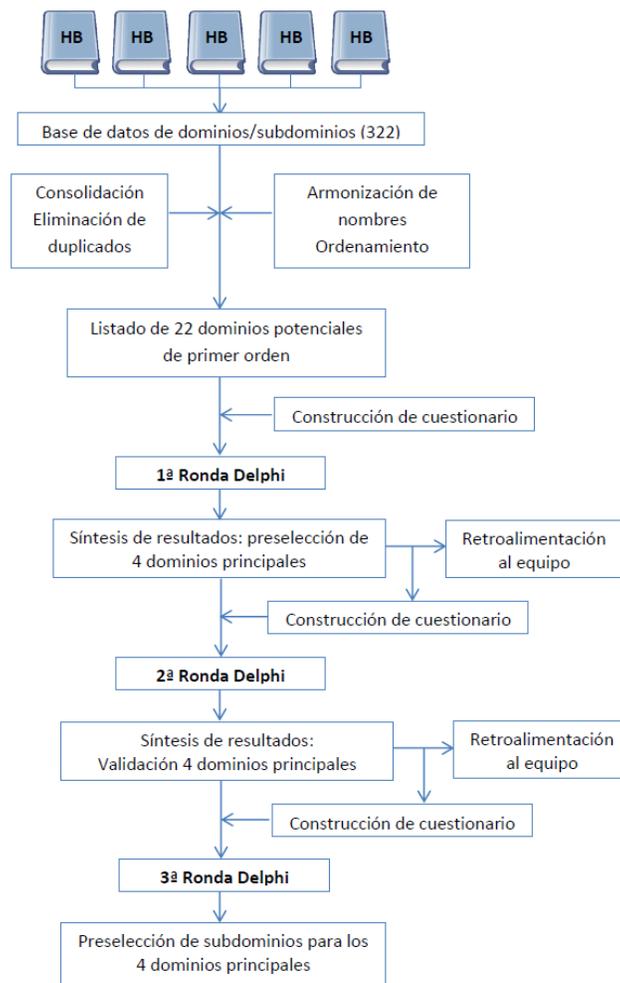
En cada ronda se pidió a los participantes responder un cuestionario. Los cuestionarios utilizados para el proceso incluyeron preguntas estructuradas, semiestructuradas y abiertas. En síntesis, se pidió a los participantes seleccionar los dominios y subdominios que consideraban más importantes, pronunciarse respecto a la dependencia de diversos subdominios, cuáles dominios o subdominios debían ser excluidos o combinados; o bien proponer dominios o subdominios nuevos que no estaban incluidos.

Una base de datos de 322 dominios y subdominios fueron ordenados, agrupados, homogeneizados en su lenguaje hasta constituir una lista de 22 dominios principales potenciales. De la primera ronda Delphi se seleccionaron los 4 dominios principales de mayor nivel de acuerdo y se validaron en una segunda ronda. Para la tercera ronda, se trabajó en la selección de subdominios que debían quedar bajo los 4 dominios principales. En cada caso se incluyeron también preguntas secundarias para resolver aspectos con acuerdo parcial o controversias de criterio dentro del grupo. La figura siguiente ilustra el proceso en resumen.

¹ Estas tablas resumen están disponibles en Anexos del Informe Final Fase I.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Figura 2: Resumen esquemático del proceso de selección de dominios y subdominios del desarrollo



3 RESULTADOS

3.1 Búsqueda bibliográfica

a. Manuales (*handbooks*)

Se identificaron y preseleccionaron 24 manuales, de los cuales se seleccionaron 12, y otros 12 fueron excluidos porque no proporcionaban información sobre dominios o bien abordaban solamente un área específica del desarrollo. Los manuales seleccionados fueron los siguientes:

Tabla 4: Manuales seleccionados

#	Autor	Año	Título
1	Bornstein	2010	Handbook of Cultural Developmental Science
2	Bornstein	2010	Developmental Science: An Advanced Textbook
3	Bremner	2009	Blackwell Handbook of Infant Development
4	Rosado	2000	Understanding Adolescents: A Juvenile Court Training Curriculum
5	Damon	2006	Handbook of Child Psychology, Social, Emotional, and Personality Development
6	Damon	2006	Handbook of Child Psychology, Cognition, Perception, and Language
7	Fingerman	2011	Handbook of Life-Span Development
8	Lerner	2010	The Handbook of Life-Span Development, Cognition, Biology, and Methods
9	McCartney	2011	Blackwell Handbook of Early Childhood Development
10	O'Donohue	2013	Handbook of Adolescent Health Psychology
11	Shaffer	2013	Developmental Psychology: Childhood and Adolescence
12	Steele	2006	Handbook of Mental Health Services for Children, Adolescents, and Families

b. Programas nacionales e internacionales

Se obtuvo documentos elegibles sobre 19 programas de 12 países, tanto de ALC² (Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Perú), como de la OCDE³ (Australia, Canadá, Chile, EE.UU., España, Finlandia, Irlanda, Reino Unido), y de 3 organizaciones internacionales (BID, UNESCO y OCDE).

3.2 Extracción y síntesis de datos

Se confeccionaron fichas individuales de los handbooks y programas seleccionados. Las listas de dominios de los distintos manuales fueron registradas y consolidadas en su forma original en una base de datos que luego fue sometida a un proceso de depuración progresivo. La lista inicial de dominios y subdominios sumó 332. Los dominios fueron armonizados hasta obtener una preselección de 22 dominios de primer orden que se

² América Latina y el Caribe

³ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

usaron para construir el primer cuestionario Delphi.

Programas Nacionales

Los programas correspondieron a estrategias intersectoriales para el desarrollo de la infancia y adolescencia (por ejemplo, la estrategia “Cero a Siempre” de Colombia), otros que se llevan a cabo en un área específica (por ejemplo, el programa “Primera infancia mejor” de Brasil, enfocado en salud), instrumentos de evaluación estandarizados con normas nacionales (por ejemplo, el “Censo australiano de desarrollo temprano”) y programas educativos relevantes o currículo definidos en determinados países (por ejemplo, el “Currículo nacional fundamental para educación pre-primaria” de Finlandia). En términos generales las fuentes convergen en utilizar cuatro dominios principales para orientar la elaboración, implementación y evaluación de políticas públicas, a saber: desarrollo socioemocional, desarrollo físico, desarrollo cognitivo y desarrollo del lenguaje.

Programas Internacionales

Se identificaron dos propuestas de indicadores de desarrollo infantil basadas en la literatura (BID y UNESCO) y una revisión de políticas llevada a cabo por la OECD. En estas fuentes destacan especialmente los dominios cognitivo y socio-emocional, mientras los dominios físico, de lenguaje y conductual son tratados con particularidades de acuerdo a cada organización.

3.3 Construcción de la propuesta final de dominios y subdominios

Proceso DELPHI

El proceso Delphi para la selección de dominios y subdominios se realizó en 3 rondas, en las que participaron 6 expertos y el coordinador metodológico del estudio. En síntesis, los resultados de las 3 rondas fueron los siguientes:

1ª Ronda: de la lista inicial de 22 dominios potenciales, se preseleccionaron 15 con al menos una mención, y de éstos, hubo 6 seleccionados como dominios de primer orden por al menos 2/3 de los participantes: Emocional, Cognitivo, Físico, Social, Comunicación, y Lenguaje. Se propusieron dos combinaciones de dominios con acuerdo >50%: Social+Emocional y Lenguaje+Comunicación, y se plantearon también múltiples posiciones jerárquicas entre los dominios de la lista inicial.

2ª Ronda: en esta ronda hubo acuerdo por aceptar los 4 dominios principales (2 de ellos combinaciones) que surgieron de la 1ª ronda: Socio-Emocional, Cognitivo, Físico y Lenguaje-Comunicación.

3ª Ronda: en esta última ronda se hizo una preselección de subdominios asociados a los 4 dominios principales. Los candidatos a subdominios fueron 16 en la dimensión física, 19 en lenguaje y comunicación, 59 en el área socioemocional, y 26 en el dominio cognitivo. De

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

éstos, se preseleccionaron los subdominios que alcanzaron acuerdo mayoritario (75%-100%) entre los participantes, para cada dominio principal, reduciendo la lista a 6 en el dominio físico, 9 en lenguaje y comunicación, 24 en socioemocional, y 10 en cognitivo.

Los resultados de la tercera ronda del Delphi 3 fueron objeto de una última depuración, eliminándose aquellos subdominios con baja nominación en literatura, como una forma indirecta de incorporar la perspectiva de los principales autores internacionales en la materia, y se identificaron además temas a dirimir en el taller de expertos por falta de consenso o dudas en la selección.

Taller de expertos externos

Una vez completado el proceso Delphi, se sometió la propuesta preliminar de dominios y subdominios a revisión por expertos nacionales, cuyos aportes permitieron su construcción definitiva.

El taller de expertos se realizó el 18 de marzo 2015, y en él participaron 18 profesionales:

Tabla 5: Lista de expertos del Taller 1

Institución o pertenencia	Profesionales	
Equipo de investigadores del estudio	Miguel Araujo Cecilia Moraga Matías Irrarrázabal Paula Bedregal	Jefe del equipo, médico, metodólogo Psicóloga, ejecutora estudio Psiquiatra infanto juvenil, ejecutor estudio Médico Departamento de Salud Pública UC
Consejo Nacional de Infancia	Jorge Álvarez Teresita Fuentealba Rocío Faundez Candy Fabio	Jefe Departamento de Estudios Contraparte técnica Contraparte técnica Profesional Área Intersectorial
Representantes ministeriales	Andrea Torres Claudia Zamora Felipe Arriet María Paz Guzmán Lucía Vergara Carla Guazzini Soledad González	Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social Chile Crece Contigo, Ministerio de Salud Chile Crece Contigo, Ministerio de Salud Ministerio de Educación Ministerio de Educación
Expertos externos	Ricardo García Camila Corvalán Marta Edwards Marcela Pardo CIAE.	Médico Psiquiatra infanto-juvenil, U. de Chile Médico, especialista en Obesidad, Enfermedad Metabólica, pubertad y desarrollo adolescente, INTA. Psicóloga, Educación preescolar, pobreza, desarrollo infantil temprano, CEDEP. Educación inicial, primera infancia, neurociencia,

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

	Camilo Morales SENAME.	Reinserción familiar de niños institucionalizados
	Mónica Arancibia Anuar Quesille	Reforma Educación Parvularia. MINEDUC Unicef

El programa se desarrolló según lo planificado y abarcó las siguientes actividades:



1. Validación de los Dominios priorizados: 15 de los asistentes se manifestaron a favor de la propuesta entregada por el equipo del estudio y 1 propuso cambios. 5 participantes sugirieron la separación de los dominios Social y Emocional y agregar un dominio transversal a todos, que considere el bienestar personal.

2. Validación de los Subdominios priorizados: Se discutió y se refinaron las listas de subdominios, lo que implicó fusiones, exclusiones, nuevos subdominios, y definir jerarquías⁴.

Propuesta final de dominios y subdominios

La integración de todos los resultados se tradujo en una propuesta final con 6 dominios y 30 subdominios del desarrollo infanto juvenil:

Tabla 6: Propuesta final de dominios y subdominios del desarrollo infanto juvenil

I DOMINIO COGNITIVO
1. Memoria: Implícita, explícita, autobiográfica, de trabajo.
2. Atención
3. Pensamiento: Categorización, resolución de problemas, razonamiento analógico y deductivo abstracción, multidimensionalidad.
4. Habilidades aritméticas y numéricas.
5. Cognición social: Teoría de la Mente.
6. Funciones ejecutivas: Control atencional, control inhibitorio y memoria de trabajo.
7. Discriminación perceptual.
8. Temas emergentes: Conocimiento ecológico y uso de tecnología de la información.

⁴ Más detalles se pueden consultar en el Informe Final Taller de Expertos Fase I, en el Departamento de Estudios del Mandante.

II. DOMINIO FISICO

1. Motricidad fina: exploración, manipulación de objetos, coordinación.
2. Motricidad gruesa: Pararse, equilibrio, locomoción independiente, subir y bajar
3. Sexualidad y desarrollo sexual secundario
4. Estilos de vida sana: Alimentación, actividad física, sueño, peso y talla.
5. Desarrollo Sensorial: audición, visión, gusto, olfato, tacto y dolor.

III. DOMINIO LENGUAJE

1. Lenguaje expresivo: Gramática, Pragmática, Semántica, (habilidades discursivas)
2. Lenguaje comprensivo (receptivo): comprensión del lenguaje hablado
3. Alfabetización

IV. DOMINIO SOCIAL

1. Competencia social: interacción con figuras vinculares, pares, adultos y otros
2. Conducta prosocial: altruismo, empatía y moral
3. Juego
4. Desarrollo del apego
5. Regulación social del estrés (infancia temprana)
6. Identidad: Familia y pares.
7. Género: Identidad de género y roles de género

V. DOMINIO EMOCIONAL

1. Comunicación emocional
2. Reconocimiento e interpretación de las emociones
3. Expresión emocional
4. Desarrollo de la auto regulación
5. Temperamento: Adaptabilidad y Autorregulación
6. Autoconcepto: Autoestima, sí mismo y motivación al logro
7. Desarrollo de la personalidad: Afiliación y autoconfianza

VI. BIENESTAR

4 CONCLUSIONES

Esta Fase I del estudio concluyó con éxito, al concluir con una propuesta de dominios y subdominios basada en literatura actualizada, en la revisión de programas de alcance nacional, la de organismos internacionales y en el consenso de expertos.

El proceso de consenso grupal Delphi permitió acordar una estructura de 4 dominios principales del desarrollo infantil y adolescente, y alrededor de 50 subdominios preliminares. Posterior a su validación en el taller de expertos se configura una propuesta

final con 6 dominios y 30 subdominios; con el objetivo de orientar posteriormente la búsqueda de variables de resultados en la Fase II de este estudio.

Pese a la diversidad de enfoques y teorías que describen el desarrollo infantil y juvenil, existe consenso entre los autores en describir el curso del desarrollo como un proceso secuencial y progresivo, donde determinadas adquisiciones y competencias sirven de base y posibilitan la emergencia de nuevos logros. Ya en estos análisis preliminares se puede apreciar que la primera infancia es un período determinante para la adquisición de las bases fundamentales de todos los dominios, así como también el período de la adolescencia; todas estas en un contexto de relaciones, ambiente, instituciones y cultura.

5 REFERENCIAS ARTÍCULOS SELECCIONADOS

1. Bornstein MH. Handbook of Cultural Developmental Science: Psychology Press; 2010.
2. Bornstein MH, Lamb ME. Developmental Science: An Advanced Textbook, Sixth Edition: Taylor & Francis; 2010.
3. Bremner JG, Fogel A. Blackwell Handbook of Infant Development: Wiley; 2009.
4. Damon W, Lerner RM, Eisenberg N. Handbook of Child Psychology, Social, Emotional, and Personality Development: Wiley; 2006.
5. Damon W, Lerner RM, Kuhn D, Siegler RS. Handbook of Child Psychology, Cognition, Perception, and Language: Wiley; 2006.
6. Fingerman KL. Handbook of Life-Span Development: Springer Publishing Company; 2011.
7. Lerner RM, Overton WF. The Handbook of Life-Span Development, Cognition, Biology, and Methods: Wiley; 2010.
8. McCartney K, Phillips D. Blackwell Handbook of Early Childhood Development: Wiley; 2011.
9. O'Donohue WT, Benuto LT, Tolle LW. Handbook of Adolescent Health Psychology: Springer; 2013.
10. Rosado LM, Center ABAJ, Center JL, Center YL. Understanding Adolescents: A Juvenile Court Training Curriculum: American Bar Association; 2000.
11. Shaffer D, Kipp K. Developmental Psychology: Childhood and Adolescence: Cengage Learning; 2013.
12. Steele RG, Roberts M. Handbook of Mental Health Services for Children, Adolescents, and Families: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2006.
13. Barrett KC, Fox NA, Morgan GA, Fidler DJ, Daunhauer LA. Handbook of Self-Regulatory Processes in Development: New Directions and International Perspectives: Taylor & Francis; 2014.
14. Britto PR, Engle PL, Super CM. Handbook of Early Childhood Development Research and Its Impact on Global Policy: OUP USA; 2013.

15. Damon W, Lerner RM. Handbook of Child Psychology, Theoretical Models of Human Development: Wiley; 2006.
16. DelCarmen-Wiggins R, Carter AS. Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment: Oxford University Press; 2004.
17. Goldstein S, Brooks RB. Handbook of Resilience in Children: Springer US; 2012.
18. Goswami U. Blackwell Handbook of Childhood Cognitive Development: Wiley; 2008.
19. Hollar D. Handbook of Children with Special Health Care Needs: Springer; 2012.
20. Lewis M, Haviland-Jones JM, Barrett LF. Handbook of Emotions: Guilford Press; 2010.
21. McLean KC, Syed M. The Oxford Handbook of Identity Development: Oxford University Press; 2015.
22. Ronald T Brown PDA, Brown RT. Handbook of Pediatric Psychology in School Settings: Taylor & Francis; 2003.
23. Shonkoff JP, Meisels SJ. Handbook of Early Childhood Intervention: Cambridge University Press; 2000.
24. Vangelisti AL. Handbook of Family Communication: Routledge; 2004.
25. AEDC. Australian Early Development Census 2012 Summary Report Australia: Australian Government, 2012.
26. Behrman J, Bravo D, Urzúa S. Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia: Aspectos Metodológicos y Primeros Resultados. Departamento de Economía Universidad de Chile, 2010.
27. Boivin M, Hertzman C. Early Childhood Development: adverse experiences and developmental health. In: Panel RSoC-CAoHSE, editor. Canada: University of California; 2012. p. 166.
28. Bravo D. Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia: Primeros Resultados 2012 Facultad de Economía y Negocios Universidad de Chile, 2012.
29. Education Df. Early years outcomes. A non-statutory guide for practitioners and inspectors to help inform understanding of child development through the early years. UK2013. p. 34.
30. Esteban Gómez, Felipe Arriet, Rocío Faúndez, Fuentealba. T. Documento de caracterización para la Política Nacional. ¿Cuál es el estado de los niños, niñas y jóvenes y sus derechos en Chile? Una caracterización por grupos de derechos.
31. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social P. PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL – POI 2012 REFORMULADO. MIDIS Programa Nacional Cuna Más Perú. p. 11.
32. Moraga C. Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales. In: Contigo CC, editor. 2012. p. 232.
33. O’Connell L, Jara P, Araujo MC, Nieves I, Severi JP, S K. Programa de Apoyo al Desarrollo Infantil Integral. Ecuador: Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social; 2012. p. 24.

34. Schneider A, Ramires V. Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública. Brasília: UNESCO Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; 2007. p. 128.
35. Seguel X. Serie Reflexiones Infancia y Adolescencia N° 8: “Estándares de Desarrollo y Aprendizaje Temprano”. 2008.
36. Shribman S, Billingham K. Healthy Child Programme: Pregnancy and the First 5 Years of Life. Department of Health; 2009. p. 77.
37. Strategy TNCs. Our Children - Their Lives Ireland: THE STATIONERY OFFICE; 2000.
38. Services USDoHaH. The Head Start Child Development and Early Learning Framework. USA: Administration for Children and Families Office of Head Start, 2010.
39. Español UC. Propuesta de un sistema de indicadores sobre bienestar infantil en España. 2011.
40. Evaluación UdCy. Bases Curriculares de la Educación Parvularia. Chile: Ministerio de Educación; 2001. p. 113.
41. Engle P, Cueto S, Ortíz ME, Verdisco A. Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI): Marco Conceptual. 2011.
42. OECD. Doing Better for Children. 2009:191.
43. The World Bank ME. From Early Child Development to Human Development: Default Book Series. 2002 978-0-8213-5050-8.
44. Unicef. The Formative Years: UNICEF's work on measuring ECD. 2014.
45. World Health Organization. WHO | Early child development: a powerful equalizer. WHO. 2014.
46. World Health Organization. WHO | Nurturing human capital along the life course: investing in early child development. WHO. 2014:28.
47. World Health Organization U. WHO | Care for child development: improving the care for young children. WHO. 2014:157.
48. Hogan A, Quay H. Chapter Nine – Bringing a Developmental Perspective to Early Childhood and Family Interventionists: Where to Begin. 2014;46:245–79.

Capítulo 3:

Variables de resultado del desarrollo biopsicosocial infantil y adolescente.

1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo describe el proceso y resultados de la segunda fase del estudio, conducente a identificar, sistematizar y priorizar los desenlaces relevantes del desarrollo; y el producto esperado es una propuesta de variables de resultado del desarrollo biopsicosocial infante adolescente.

La metodología usada fue una revisión estructurada de la literatura y un proceso de consenso técnico a través de metodología Delphi y validación en un grupo de expertos nacionales.

La extracción de variables dependientes en este proceso refleja lo que los estudios muestran, la meta del proceso fue la extracción original de las variables usadas, ordenadas y estandarizadas, pero sin intervenirlas hasta el momento de priorización oficial en el Delphi. Se analizaron 51 revisiones sistemáticas de intervenciones y se extrajo la información en tablas que arrojaron finalmente un total de 894 variables en bruto.

Paralelo a ello, se realizó el análisis de 17 revisiones sistemáticas de estudios longitudinales, para obtener un avance preliminar del valor predictivo de condiciones tempranas respecto de desenlaces futuros y se entregó como insumo a los expertos durante el Delphi. Esta información sirvió de insumo para analizar la relación longitudinal de las variables a lo largo del curso de vida, en las fases subsiguientes.

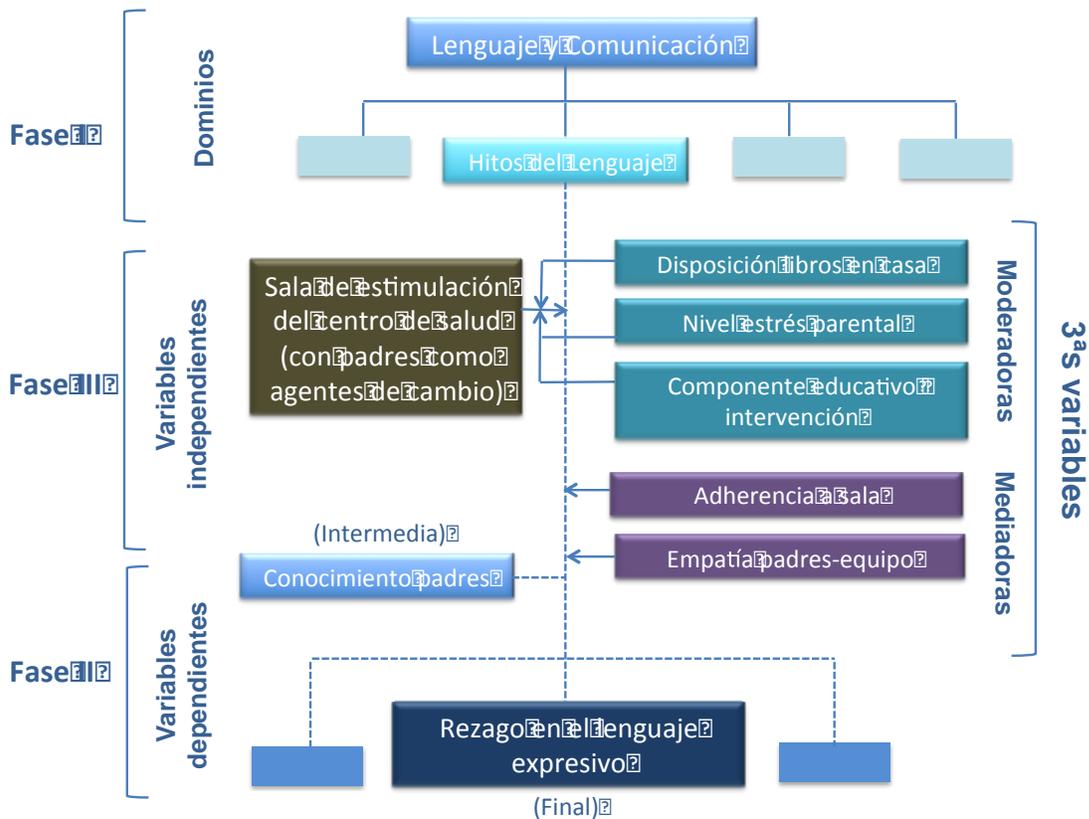
Para iniciar esta fase, fue necesario definir muy bien los límites de los diferentes tipos de variables que existen en la literatura, de tal modo de poder distinguir con una gran exactitud la selección de variables dependientes de los estudios.

En la Figura 3 se presenta un ejemplo que ayuda a distinguir las diferencias entre variables:

En este caso ficticio, la variable dependiente final, del niño, es el rezago en el lenguaje expresivo, la intervención para mejorar esta situación pudiera ser la Sala de estimulación del centro de salud (variable independiente) que trabaja con una metodología de atención individual – familiar, integrando a los padres como agentes de cambio para que promuevan las acciones de la intervención en la vida diaria del niño.

La variable intermedia, en este caso es el nivel de conocimiento de los padres, que predice la variable dependiente; se sabe que si los padres conocen la importancia y la forma sobre cómo un niño adquiere el lenguaje en base a interacciones comunicativas efectivas, con un desarrollo emocional adecuado, basado en el buen trato, ellos podrían mejorar sus interacciones comunicativas, y así influir positivamente en el lenguaje expresivo.

Figura 3: Esquema del flujo de incorporación de las variables relevantes a los largo del estudio



Fuente: elaboración propia.

La variable intermedia, en este caso es el nivel de conocimiento de los padres, que predice la variable dependiente; se sabe que si los padres conocen la importancia y la forma sobre cómo un niño adquiere el lenguaje en base a interacciones comunicativas efectivas, a un desarrollo emocional adecuado, ellos podrían mejorar sus interacciones comunicativas, y así influir positivamente en el lenguaje expresivo.

Existe un tercer tipo de variables entre la variable independiente y la dependiente, que suelen confundirse: las variables mediadoras y las moderadoras. Las variables moderadoras actúan en forma previa a la interacción entre la variable independiente y la dependiente, y permiten explicarse en qué sujetos o en qué condiciones de contexto puede esperarse un efecto de mayor o menor magnitud. También denominadas “modificadores de efecto”, afectan la fuerza de la relación entre la intervención (variable independiente) y el desenlace (variable dependiente), pudiendo disminuirla, aumentarla, anularla o invertirla. Suelen medirse antes o después de la intervención,

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

pero preferentemente deben definirse a priori, a partir de evidencia previa o de un fundamento teórico concreto. Los moderadores siempre operan como variables independientes, y típicamente son evaluados mediante los análisis de subgrupos (por ejemplo, cuando se analiza el efecto de una intervención en distintos grupos etarios, en familias de diferente nivel socioeconómico, o en los meta-análisis, cuando se analizan estudios sobre intervenciones afines separándolas según posean o no un determinado atributo, por ejemplo, aquellas manualizadas vs. las que no, o aquellas que fueron diseñadas a partir de un modelo teórico definido y las que no). En este ejemplo, la presencia de libros infantiles en casa, la autoeficacia parental o el uso de disciplina negativa, podrían ser facilitadores que aumenten (o disminuyan) la fuerza de asociación entre la intervención y el resultado.

Los mediadores, por su parte, actúan durante el período de interacción de las variables dependiente e independiente, y contribuyen a explicarse cómo y por qué se da la relación entre esas dos variables (en alguna medida, representan los mecanismos por medio de los cuales una intervención produce su efecto). En el ejemplo, la adherencia de la familia a la sala o la empatía entre el profesional y los padres del niño, van a influir en la efectividad de la intervención. Estas no se pueden medir previo a la intervención porque ocurren durante la exposición, y son parte del proceso causal que relaciona a la variable independiente con la variable dependiente (también son denominadas variables de proceso). De esta forma, la variable independiente antecede a la variable mediadora y esta última antecede a la variable dependiente, por lo cual, en términos causales, estas variables también pueden comportarse o ser consideradas como variables de resultado intermedias.

Esta distinción conceptual, no obstante, es muchas veces difícil de establecer operacionalmente y suele producirse confusión entre ambos tipos de variable. A continuación se definen los tipos de variables.

Tabla 7: Tipos de variables y definiciones

Tipo de variable	Definición
Variable dependiente (<i>Dependent variable</i>)	El desenlace o respuesta que resulta de cambios hechos a una variable independiente. También llamada variable de desenlace [<i>outcome variable</i>] o final.
Variable independiente (<i>Independent variable</i>)	Una exposición, factor de riesgo, u otra característica que hipotéticamente ejerce una influencia sobre la variable dependiente. En un ensayo clínico, el desenlace (sobre el cual no ejerce control directo el investigador) es la variable dependiente, y la rama de tratamiento es la variable independiente. En un análisis ajustado las características de los sujetos se incluyen como variables independientes adicionales. También llamada variable explicativa [<i>Explanatory variable</i>] Para este estudio se esperan programas, intervenciones, estrategias, políticas, screening, etc.
Variable intermedia (<i>Surrogate outcome</i>)	Medida de resultado que no tiene importancia práctica directa pero se considera un indicador o predictor de desenlaces que son clínica o poblacionalmente importantes (VD). A menudo son marcadores fisiológicos o bioquímicos que pueden ser obtenidos con mucha mayor rapidez que los desenlaces finales de interés. Para ser válida, una

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

	variable intermedia debe haber demostrado que se correlaciona y puede predecir con exactitud el resultado de interés.
Variables moderadoras	Se distinguen de otra forma de tercera variable (entre la variable independiente y la dependiente), las variables moderadoras , que son aquellas que afectan la dirección y/o la fuerza de la relación entre una variable independiente y una variable dependiente (pudiendo disminuirla, aumentarla, anularla o invertirla).
	Factor facilitador: Variable moderadora de efecto que incrementa la magnitud de la asociación entre la variable independiente y el desenlace. Ejemplo: Nivel educacional de los padres.
	Factor obstaculizador: Variable moderadora de efecto que disminuye o anula la magnitud de la asociación entre la variable independiente y el desenlace. Ejemplo: Altos niveles de stress en el hogar.
Variables mediadoras	Variables que representan el mecanismo por medio del cual una variable independiente (por ejemplo, un factor etiológico) influye sobre una variable dependiente (por ejemplo, un conjunto de síntomas).
Variable proxy	Variable que es usada para medir la magnitud de un fenómeno de interés que no es directamente observable. Aunque no es una medida directa de lo que se desea cuantificar, una buena variable proxy está fuertemente correlacionada con la variable de interés.

Nivel conceptual y operacional de las variables dependientes

En las revisiones sistemáticas sobre la efectividad de intervenciones, las variables dependientes suelen encontrarse descritas tanto en términos conceptuales como operacionales, identificándose los instrumentos o criterios específicos utilizados en cada uno de los estudios primarios de la revisión.

Al final de esta fase las variables de resultado prioritarias han sido identificadas solamente a nivel conceptual. No obstante, las diversas variables operacionales (mediciones) asociadas a ellas se encuentran registradas en la base de datos principal. La relevancia de las variables operacionales en el estudio se comenta en las conclusiones de este capítulo.

En resumen, en este capítulo se describirá el proceso de construcción de la propuesta de variables de resultado del desarrollo biopsicosocial infanto juvenil, desde 0 a 17 años 11 meses.

2. MÉTODOS

El proceso metodológico para la selección de las variables dependientes consideró las siguientes etapas:

2.1 Revisión bibliográfica estructurada

2.1.1 Búsqueda de literatura

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de revisiones sistemáticas sobre intervenciones para el desarrollo infantil y adolescente y de estudios longitudinales.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

La búsqueda abarcó las siguientes fuentes: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Database of Promoting Health Effectiveness Reviews (DoPHER), Health Technology Assessment (HTA), MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Lilacs / Scielo, Cochrane Database of Systematic Reviews, The Campbell Collaboration, The Campbell Library, Evidence for Policy and Practice Information and Coordinating (EPPI), Social Science Research Unit, Institute of Education -Center website-

Tomando como referencia los dominios y subdominios seleccionados en el capítulo anterior, se realizó un proceso de consultas entre los 8 investigadores del estudio, se confeccionó una lista de términos que abarcara de manera comprehensiva todo el abanico de resultados potencialmente importantes. La lista⁵ fue utilizada para la confección de las estrategias de búsqueda en las bases de datos universales consultadas (Medline y Embase).

En estas bases de datos amplias, se utilizó además filtros para estudios de revisión y/o revisiones sistemáticas propios de cada fuente y limitadores para los rangos de edad objetivo de la revisión.

En el resto de las fuentes se utilizaron combinaciones simples de términos de vocabulario controlado o texto libre relacionadas con desarrollo y los dominios de primer nivel (Desarrollo infantil (*child development*), desarrollo adolescente (*adolescent development*), motor, social, emotional, cognitive, lenguaje). En cada caso, según necesidad, se aplicaron técnicas de depuración y/o estrategias tipo “bola de nieve” mediante las funciones de artículos relacionados o similares de las bases de datos y buscadores, y revisión manual de los sitios web institucionales.⁶

2.1.2 Selección de los estudios

La selección de los artículos fue realizada por dos investigadores en forma independiente mediante revisión de títulos y resúmenes, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Publicaciones en inglés, francés, portugués, alemán o español de los últimos 10 años
- Revisiones sistemáticas sobre la efectividad de intervenciones para el desarrollo en niños de 0 a 18 años, de potencial impacto sobre alguno de dominios seleccionados en la Fase I
- Revisiones sistemáticas de estudios longitudinales sobre factores de riesgo y protectores del desarrollo en niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años, referidos a alguno de los dominios del desarrollo seleccionados en la Fase I.

Criterios de exclusión

Estudios sin información suficiente o con el nivel de desagregación necesario para los objetivos del estudio.

⁵ Disponible como información suplementaria.

⁶ Las estrategias específicas están disponibles como información suplementaria.

2.2 Elaboración de la base de datos de desenlaces (BDD)

Las revisiones preseleccionadas fueron analizadas a texto completo para extraer la información relativa a las variables de resultado utilizadas por los autores, conformándose una primera base de datos de desenlaces que incluyó:

- Las categorías conceptuales (aspectos del desarrollo que habían sido medidos)
- El instrumento o criterio operacional (por ejemplo, la escala o test utilizado)
- Los dominios y subdominios relacionados.
- El rango etario de los sujetos participantes en los estudios incluidos en la revisión sistemática.
- El método de medición.
- El sujeto de la medición (el niño, los padres o cuidadores)
- Si se trataba de una variable final o intermedia, directa o proxy.
- El nivel ecológico al que aludía.
- Las referencias bibliográficas desde donde se obtuvieron los datos.

El proceso de extracción fue realizado por 4 investigadores del equipo. Antes de efectuar la extracción definitiva se realizó un piloto en el que cada investigador analizó 2 revisiones sistemáticas. Estas 8 revisiones del piloto abarcaron tópicos diversos, y reflejaban también la heterogeneidad que existe en la estructura, formato, calidad metodológica y nivel de detalle que se suele encontrar en este tipo de documentos. Hecho esto, se realizaron reuniones de discusión para unificar criterios en la forma de extraer los datos.

Durante el proceso se realizaron análisis interinos de los resultados de la búsqueda y de la base de datos que se iba conformando, para identificar brechas y focalizar el trabajo hacia las áreas menos cubiertas. La selección de revisiones se adaptó, excluyendo progresivamente revisiones sobre temas ya extractados. Diversos tópicos alcanzaron temprana saturación, tales como las intervenciones para obesidad y ejercicio físico, y otros se siguieron extractando hasta el final. La primera ronda de búsqueda cubrió un período de 10 años Enero 2005 - Marzo 2015, y no fue necesario extenderla. El proceso se detuvo cuando se cumplió el tiempo límite previsto y el grupo de investigadores consideró mediante consenso simple que la cobertura de información alcanzada era razonablemente amplia y representaba la gran mayoría de los desenlaces medidos en estudios de intervenciones para el desarrollo.

2.2.1 Análisis interino de la base de datos bruta (BDB)

Se realizó un primer análisis interino de los datos extractados, habiéndose acumulado por ese entonces 795 variables operacionales. De este análisis se pudo apreciar que un 69% de las variables fueron clasificadas a la vez en dos dominios y un 24% en uno solo. Ambas representan el 93% de las variables, lo que da cuenta de que hay variables, como las de Social y Emocional que suelen estudiarse juntas. Por otro lado, sólo un 3% de las variables no pudo ser clasificada en un dominio, cifra bastante baja, que reflejó una buena calidad de la búsqueda. Un 2% fue clasificada en 4 y 5 dominios, igualmente una cifra bastante baja, lo que se interpretó en forma positiva para el proceso de extracción.

También en el análisis interino se chequeó la codificación por subdominio realizada por el extractor de cada variable. Se pudo apreciar que de las 1084 variables (sumadas las que están en mas de un

dominio), 908 correspondían a subdominios de la propuesta de la Fase I, cifra bastante positiva.

2.2.2 El proceso de estandarización de la base de datos bruta

El proceso de estandarización de la BDB tuvo por objetivo preparar la base para pasar al proceso de Delphi. La estandarización consistió en corregir errores de ingreso de datos y eliminar datos ingresados en forma doble. Este proceso lo llevó a cabo el administrador de la BDD y se redujo de 795 a 555 variables.

2.2.3 El proceso de estandarización base pre Delphi

En una segunda etapa, que se ha denominado "Estandarización base pre Delphi", se trabajó sobre las 555 variables para refinar las categorías conceptuales, llegándose a un listado de 204 variables que fueron sometidas a priorización a través de una metodología Delphi abreviada. El objetivo principal fue establecer categorías estándar de variables conceptuales (esto último, respetando en lo posible las categorías y el nivel de desagregación proporcionadas por las revisiones desde donde se obtuvieron), así como también seleccionar la versión más completa y nueva de los test, eliminar duplicados, reubicar las variables en su dominio más importante, corregir ítems incompletos y homologar términos. Dicha estandarización fue realizada por dos revisores en forma independiente, y en las variables en que no hubo acuerdo se resolvió por consenso simple y/o revisión por un tercer integrante del equipo.⁷

2.3.4 Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados de la revisión incluyendo al menos las distribuciones de frecuencia de las variables y de los distintos atributos en forma general, por cada dominio.

2.3 Proceso de priorización

Primera y segunda ronda Delphi

Se llevó a cabo una priorización preliminar de las variables mediante un proceso Delphi abreviado que consistió en dos rondas de consenso en el que participaron los investigadores y expertos de nivel nacional propuestos por el equipo de investigación y el Consejo.

Para preparar esta información para el taller de expertos, se asignó cada dominio a una pareja de investigadores, uno de los cuales actuó como editor principal y el otro como revisor. El trabajo consistió en proponer una lista de variables –a nivel conceptual- que reflejaran las prioridades con mayor nivel de acuerdo según la 2ª ronda del Delphi, depuradas y caracterizadas en términos de su expresión en sentido neutro, de anormalidad, el subdominio, nivel ecológico, el rango etario, y sus relaciones en sentido transversal y longitudinal. Los resultados quedaron plasmados para cada variable seleccionada en los siguientes campos:

⁷ Detalle del proceso de estandarización se encuentra disponible como información suplementaria.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

- a) La variable en términos neutros o positivos
- b) La variable en términos negativos o de anormalidad
- c) Subdominio al que pertenece la variable
- d) Nivel ecológico de la variable
- e) Relevancia nacional: datos disponibles
- f) Rango etario en el que es más importante la variable
- g) Relación principal con otros niveles ecológicos
- h) Relaciones longitudinales
- i) Relaciones transversales

Taller de expertos

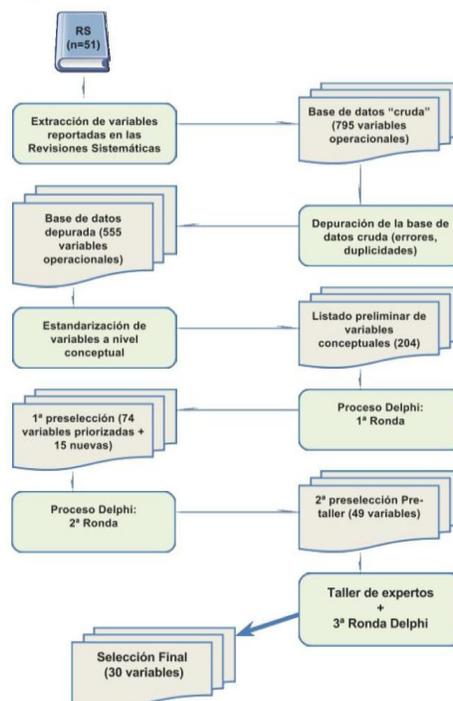
La sesión con expertos nacionales permitió pasar a priorizar las variables presentadas, llegando a un listado de 42 variables en los seis dominios.

Tercera ronda Delphi

La última ronda del proceso permitió priorizar 30 variables altamente prioritarias y 12 variables menos prioritarias.

Este esquema resume el proceso de priorización de las variables dependientes:

Figura 4: Esquema del proceso de priorización de las variables dependientes



3. RESULTADOS

3.1 Búsqueda bibliográfica

La Tabla 8 muestra los hallazgos iniciales y las revisiones preseleccionadas en cada caso.

Tabla 8: Resultados de la búsqueda electrónica

Fuente	Hallazgo inicial*	Preseleccionados
Medline	1321	90
BIREME	261	25
Embase	372	13
The Campbell Library	271	17
Database of Abstracts of Reviews of Effects DARE	206	28
Health Technology Assessment HTA		
Database of Promoting Health Effectiveness Reviews DoPHER	416	
EPPI Centre	127	4
Totales	2974	177

* Con palabras clave exclusivas o con filtros metodológicos para revisiones

3.1.1 Revisión sistemática de intervenciones

Se seleccionaron 51 revisiones sistemáticas (RS) sobre la efectividad de intervenciones para el desarrollo⁸. La extracción de todas ellas dio lugar a la base de datos cruda inicial, con un total de 795 registros. De esta forma, las variables fueron obtenidas de estudios basados en intervenciones para el desarrollo infantil primordialmente, pero también en el área salud y educación.

3.1.2 Revisión sistemática de estudios longitudinales

Se preseleccionaron 33 revisiones de estudios longitudinales y finalmente se seleccionaron y se extractaron 17 de ellas. Los resultados de estos estudios se detallan en el Capítulo 5. Estos datos se pusieron a disposición de los expertos del proceso Delphi, y constituyen un avance preliminar de datos predictores para la ruta del desarrollo.

3.2 Extracción y elaboración de la base de datos de variables de resultado

El proceso de extracción y posterior depuración de la base de datos de variables descrito en la sección métodos, dio origen a un registro final de variables para cada dominio cuyo detalle se puede consultar en ANEXO 5: BASE DE DATOS DE VARIABLES DEPENDIENTES del Informe Final de Fase II.

⁸ Ver referencias al final del capítulo

Las principales características de esta selección de variables se describen a continuación:

1. Variables conceptuales y operacionales identificadas en cada dominio del desarrollo

Dominio cognitivo: Se encontraron 43 variables operacionales. La mayoría de las variables recogidas en este dominio se concentran en características individuales, y dentro de éstas gran parte (42%) se relacionan con conceptos generales evaluados a través de medidas globales de rendimiento, por sobre variables más específicas que aborden subdominios dentro de este ámbito. Llama la atención la baja frecuencia encontrada de variables intermedias que impacten en el desarrollo cognitivo (como características del entorno o condiciones individuales que faciliten u obstaculicen dicho desarrollo) así como de variables que lo midan indirectamente, como es el caso de logro académico.

Dominio Lenguaje: Se encontraron 117 variables operacionales. Las variables extraídas dan cuenta sobre el nivel de logro o desempeño individual en los distintos subdominio que lo componen, incluyendo aquellos aspectos que permiten identificar rezagos o trastornos en esta área. No se describieron variables intermedias para este dominio en los estudios revisados, siendo todas medidas finales y directas⁹ de desarrollo, aplicadas al campo de investigación.

Dominio Físico: Se encontraron 146 variables operacionales. Las variables asociadas con el dominio Físico abordan una amplia gama de conceptos que se pueden sintetizar en tres grandes grupos: variables que apuntan a medir el grado de desarrollo alcanzado, permitiendo por tanto identificar si dicho desarrollo se encuentra o no dentro de un rango normal estandarizado para los distintos grupos de edad, variables de promoción del autocuidado, y variables asociadas a prácticas de cuidado y seguridad en salud de los padres o cuidadores. Cabe destacar la importancia de aquellas variables del ámbito de la sexualidad y afectividad relacionadas con el autocuidado, dada la relevancia que tiene la prevención de conductas de riesgo en esta área y la promoción de desarrollo saludable de la sexualidad.

Dominio Social: Se encontraron 167 variables operacionales. En el caso del dominio Social, las variables identificadas abordan conceptos tanto a nivel individual como del contexto inmediato del niño o adolescente. En el caso de las variables individuales, éstas incluyen aspectos más generales que influyen en el desarrollo integral saludable en este ámbito y factores que dan cuenta de dificultades de adaptación e interacción social en distintos niveles de gravedad. Por otra parte, destaca que las variables asociadas a violencia general y sexual están relacionadas con aspectos que permiten intervenciones de prevención de la ocurrencia de ésta y disminuir factores de riesgo. En el caso de variables relacionadas con el contexto, éstas relevan la importancia tanto la interacción directa entre los padres y niños o adolescentes, así como factores propios de los padres que inciden en esta interacción, como su salud socioemocional y sus actitudes y creencias respecto de la crianza y roles parentales. Sin embargo, para el primer caso las variables de interacción padres-hijos se focalizan principalmente en las relaciones tempranas en la infancia. Por tanto, el grupo de variables

⁹ *Directas* para señalar que no se trata de Proxys. Otra acepción de directa es la utilizada para las medidas de resultado que se refieren exactamente al mismo tipo de sujeto o intervención que se desea analizar; se suele denominar indirectos a los resultados en poblaciones que no son las de interés, pero eventualmente les son extrapolables. Por ejemplo, cuando se busca evidencia de un efecto en niños pequeños, y sólo existen estudios en niños mayores.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

en este dominio permite identificar factores de promoción del desarrollo social así como de prevención en sus distintos niveles cuando se presentan alteraciones en el curso de dicho desarrollo.

Dominio Emocional: Se encontraron 80 variables operacionales. En el grupo de variables extraídas del dominio emocional se observa que la mayoría de estas (67%) apuntan a condiciones de riesgo para el desarrollo y problemas de salud emocional. Cada uno de estos conceptos se focaliza en características individuales, aún cuando tengan impacto directo e indirecto en niveles contextuales más amplios.

Dominio Bienestar: Se encontró sólo 1 variable operacional.

2. Caracterización de las variables operacionales identificadas

Según la población objetivo: Tres cuartas partes de las variables fueron medidas directamente en los niños y adolescentes, Un 12% en los padres y un 9% en ambos. La escuela ocupa un lugar muy bajo en la medición de variables.

Tabla 9: Características de las variables identificadas según la fuente de obtención de los datos

Fuente de la medición	Cognitivo	Lenguaje	Físico	Social	Emocional	Bienestar	Totales	%
Niño/adolescente	37	117	126	90	59	0	429	77%
Padres/cuidadores	4	0	8	49	3	0	64	12%
Niño/adolescente, Padres/cuidadores	0	0	10	23	16	1	50	9%
Niño/adolescente, Escuela	0	0	0	0	1	0	1	0%
Padres/cuidadores, Escuela	2	0	0	2	1	0	5	1%
Escuela	0	0	1	3	0	0	4	1%
Registros de salud	0	0	1	0	0	0	1	0%
Totales	43	117	146	167	80	1	554	100%

Según el tipo de variables: Características de las variables identificadas según el tipo de variable: Un 86% de las variables son finales y un 14% intermedias.

Según el tipo de población en la que fueron aplicadas en los estudios: En relación a la caracterización de las variables extraídas, la gran mayoría son obtenidas directamente en el niño o adolescente a través de diversos métodos de medición, y casi en su totalidad (98%) se concentran en medidas en el niño y sus padres o cuidadores, por sobre otros métodos de obtención de datos. Asimismo, el 99% de éstas se clasifican entre el Microsistema y Ontosistema.

Según las vulnerabilidades específicas de los niños y niñas en cada dominio:

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Tabla 10: Vulnerabilidades específicas por cada dominio

Dominio	Grupos	Nº variables
Cognitivo	Discapacidad en el aprendizaje	14
	Pretérmino y bajo peso	9
	Niños que tuvieron retraso del desarrollo	4
	Niños con déficit atencional o hiperactividad	2
	Niños con madres con depresión	1
	Padre y madre adolescente	1
Lenguaje	Riesgo de dificultades de lectura	69
	Discapacidad de aprendizaje	18
	Trastorno de lenguaje	8
	Niños con discapacidad	2
	Padre y madre adolescente	2
	Niños repitentes	1
Físico	Prematuros de alto riesgo	25
	Sin casa, uso de sustancias	7
	Adolescentes sexualmente activos	4
	Trastornos del aprendizaje	3
	Privación de libertad	2
	Retraso en el desarrollo	2
	Bajo nivel socioeconómico	1
	Niñas con escasa actividad física	1
	Niños con baja autoestima	1
	Niños con factores de riesgo (múltiples)	1
	Niños que utilizan andador	1
Social	Niños con problemas de conducta	45
	Hijos de madres con factores de riesgo	17
	Padre y madre adolescente	12
	Niños con déficit atencional con hiperactividad	6
	Sin casa	6
	Niños en familias de alto riesgo y bajo NSE	5
	Pretérmino y bajo peso	4
	Historia de maltrato infantil	3
	Privación de libertad	3
	Delincuencia	2
	Población rural	1
Emocional	Trastorno por estrés postraumático	16
	Sin casa, uso de sustancias	11
	Trastorno ansioso	10
	Privación de libertad	4
	Niño y niñas abusados sexualmente	3
	Historia de maltrato infantil	2
	Niños con problemas de conducta y familias de riesgo	2
	Pretérmino y bajo peso	2
	Niños con baja autoestima	1

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

	Retraso en el desarrollo	1
Bienestar	Sin casa	1

Respecto a las características de la población en base a la cual se extraen las variables, existe una equivalencia de la frecuencia en que éstas se obtienen de población general (42%) y población con vulnerabilidades específicas (42%), ya sea relacionadas con condiciones del entorno inmediato del niño o adolescente, como con condiciones individuales asociadas a salud física o mental, entre otras. Se puede observar un amplio rango de factores psicosociales que constituyen riesgo para el desarrollo infantil y adolescente, así como condiciones de vulneración de derechos. La tabla es autoexplicativa.

3.3 Resultados del proceso de priorización

Primera ronda Delphi:

El Delphi se realizó los días 26 y 27 de abril, en éste participó el equipo del estudio y se hizo extensiva la participación al grupo de expertos del taller de la Fase I y a los participantes de la contraparte ampliada, en total se invitaron a 29 personas, y respondieron 2 personas, dependiendo del dominio de su experiencia profesional. Esta ronda permitió pasar de 204 a 74 variables y se le agregaron 15 variables nuevas en todos los dominios.

Segunda ronda Delphi:

La segunda ronda Delphi se realizó los días 8 y 9 de mayo, en éste participó solamente el equipo del estudio y tuvo por objetivo continuar elaborando los resultados de la priorización de la primera ronda, e integrar datos predictores y de relevancia nacional disponibles. En éste participó casi la totalidad del equipo de estudio. Esta ronda permitió pasar de 74 + 15 variables a 49.

La base completa con las variables, subdominios, nivel de la variable, relevancia nacional, rango etario, relación con los niveles ecológicos, relaciones longitudinales y transversales se encuentran descritas en el Informe Final Fase II.

Resultados de la priorización del taller de expertos:

El taller de expertos se realizó el 11 de mayo y asistieron en total 13 personas.

Tabla 11: Lista de expertos taller 2.

Institución o pertenencia	Profesionales	
Equipo de investigadores del estudio	Miguel Araujo Cecilia Moraga Matías Irrarrázabal	Jefe del equipo, médico, metodólogo Psicóloga, ejecutora estudio Psiquiatra infanto juvenil, ejecutor estudio
Consejo Nacional de Infancia	Jorge Álvarez Teresita Fuentealba Rocío Faundez	Jefe Departamento de Estudios Contraparte técnica Contraparte técnica

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Representantes ministeriales	Felipe Arriet María Paz Guzmán Pilar Monsalve Carla Guazzini Soledad González	Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social Chile Crece Contigo, Ministerio de Salud Chile Crece Contigo, Ministerio de Salud Ministerio de Educación Ministerio de Educación
Expertos externos	Ricardo García Marcela Pardo Mónica Arancibia M. Loreto Martínez	Médico Psiquiatra infanto-juvenil, U. de Chile Educación inicial, primera infancia, neurociencia, CIAE. Reforma Educación Parvularia. MINEDUC Desarrollo cívico y de la autonomía en los adolescentes (PUC)

El objetivo principal de este taller fue la presentación de la metodología y resultados de la priorización hasta la segunda ronda Delphi, y la continuación del proceso de priorización y sistematización de variables dependientes.



En el ANEXO 8: PROCESO DE PRIORIZACIÓN DE VARIABLES DEPENDIENTES POSTERIOR A DELPHI I, II Y TALLER DE EXPERTOS del Informe Final Fase II, se presenta una tabla comparativa de los subdominios y sus variables conceptuales posterior al Delphi I, al Delphi II y al taller de expertos. La propuesta de priorización del taller quedó con 42 variables de resultados, que superan la cantidad de 30 variables sugeridas para la fase posterior de revisión sistemática, por lo que se sometió a una última valorización de variables a través de una tercera ronda Delphi en el grupo de estudio, que se describe a continuación.

Tercera ronda Delphi:

Esta tercera y última ronda se realizó para clasificar las variables en prioritarias (A) y menos prioritarias (B), de tal modo, tener un número razonable de variables prioritarias que permitieran alimentar la ruta del desarrollo en el período de tiempo determinado de tres meses. Este número de variables no podría superar los 30 máximo, y es un requisito estructural para pasar a la fase III de este estudio. En esta ronda participaron los siete integrantes técnicos del grupo de estudio, en el dominio de su especialidad.

3.4 Propuesta final de dominios, subdominios y variables dependientes del desarrollo.

Tabla 12: Propuesta final de dominios, subdominios y variables dependientes del desarrollo infanto juvenil.

I DOMINIO COGNITIVO	
SUBDOMINIOS	VARIABLES CONCEPTUALES DEPENDIENTES
A. Pensamiento e inteligencia	1. Resolución de problemas 2. Metacognición 3. Creatividad
B. Funciones ejecutivas	4. Atención, Memoria de trabajo y Flexibilidad cognitiva.
C. Cognición social	5. Teoría de la Mente.
D. Logro académico	6. Logro académico

II. DOMINIO LENGUAJE	
SUBDOMINIOS	VARIABLES CONCEPTUALES DEPENDIENTES
A. Comunicación temprana	1. Habilidades pre lingüísticas y lingüísticas tempranas
B. Alfabetización	2. Comprensión de lectura Calidad del lenguaje escrito
C. Lenguaje expresivo (LE) y comprensivo (LC)	3. Vocabulario activo (LE) y pasivo (LC)
D. Habilidades discursivas	4. Habilidades discursivas (discurso narrativo, expositivo y argumentativo)

III. DOMINIO FISICO	
SUBDOMINIOS	VARIABLES CONCEPTUALES DEPENDIENTES
A. Motricidad fina: exploración, manipulación de objetos, coordinación.	1. Desarrollo motor: grueso y fino
B. Motricidad gruesa: Pararse, equilibrio, locomoción independiente, subir y bajar	
C. Desarrollo sexual y reproductivo	2. Conducta de sexualidad segura: Embarazo adolescente
D. Estilos de vida sana: Alimentación, actividad física, sueño, peso y talla.	3. Actividad física 4. Indicadores biológicos de salud física nutricional (Talla, IMC, Circunferencia de Brazo, Circunferencia de Cintura para estado nutricional)
E. Desarrollo Sensorial: audición, visión, gusto, olfato, tacto y dolor.	5. Lactancia materna y alimentación saludable 6. Indicadores biológicos de salud física: auditivo y visual

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

IV. DOMINIO SOCIAL	
SUBDOMINIOS	VARIABLES CONCEPTUALES DEPENDIENTES
A. Regulación emocional	1. Autocontrol y autoregulación
B. Competencia social: interacción con figuras vinculares, pares y adultos.	2. Relaciones de amistad entre pares
C. Conducta prosocial: altruismo, empatía y moral	3. Relaciones interpersonales prosociales 4. Relaciones interpersonales basadas en el buen trato
D. Actitud inclusiva	5. Actitud igualitaria de género, etnias, personas con necesidades especiales.
E. Participación	6. Participación ciudadana
F. Identidad: Familia y pares.	-
G. Variables padre, madre, cuidador	7. Competencias parentales: Conocimientos sobre desarrollo y crianza, Interacciones positivas entre niño y adultos (Sensibilidad, responsividad), Estilo parental positivo (Autoritativo) 8. Salud psicosocial parental

V. DOMINIO EMOCIONAL	
SUBDOMINIOS	VARIABLES CONCEPTUALES DEPENDIENTES
A. Autoconcepto:	1. Autoestima 2. Autoeficacia 3. Autonomía
B. Reconocimiento e interpretación de las emociones	4. Reconocimiento de las emociones propias y ajenas
C. Salud mental	6. Síntomas o problemas psicológicos y trastorno de salud mental: Trastorno disruptivo, ansiosos, y del ánimo Consumo de sustancias: Uso y Abuso

VI. BIENESTAR	
SUBDOMINIO	VARIABLES CONCEPTUALES DEPENDIENTES
A. Calidad de vida	1. Calidad de vida percibida

4. CONCLUSIONES

En esta segunda fase, la revisión estructurada de literatura de variables dependientes basada en intervenciones, se desarrolló exitosamente según el protocolo de trabajo; extractándose 795 desenlaces en la primera base de datos, las que se estandarizaron a un nivel conceptual de 555 variables, las que después de un proceso de priorización se logró una propuesta final de 30 variables dependientes prioritarias para el desarrollo biopsicosocial, que orientó la búsqueda de efectividad de las variables independientes en la próxima fase de este estudio.

La metodología utilizada para la identificación de las variables dependientes, basada en estudios sobre efectividad de intervenciones, no es arbitraria, y tiene ventajas y limitaciones. Un aspecto a destacar, es que permite conectar rápidamente esta fase con la siguiente, en la que se llevó a cabo una revisión sistemática de intervenciones, ya que para la construcción de la ruta se espera que los mecanismos de intervención que se propongan posean evidencia de efectividad. Llegar a la revisión sabiendo cómo se miden los resultados y el tipo de instrumentos que se utilizan, es una aproximación de la factibilidad de medir el concepto, de su aplicabilidad, y de su interpretación.

En constructos que son complejos y multidimensionales como el desarrollo, los instrumentos – principalmente escalas y cuestionarios- participan en la conceptualización del fenómeno por parte de la comunidad de expertos y tomadores de decisión, y se diseñan a partir de marcos teóricos sólidos. Por lo tanto los instrumentos de alguna manera reflejan la forma en que se entiende el desarrollo de los niños y adolescentes.

Una limitación de este enfoque, es que se restringe a lo que los investigadores hayan decidido estudiar. Un desenlace relevante podría eventualmente quedar fuera si nadie se ha interesado por evaluar una intervención dirigida a afectarlo. Las revisiones sistemáticas se concentran en las intervenciones que han sido estudiadas con los métodos más robustos (ensayos aleatorizados, estudios cuasiexperimentales). Hay quienes cuestionan que los estudios “metodológicamente correctos” suelen ser poco generalizables y aplicables en la realidad. Frente a eso, el estudio dispuso de mecanismos de ajuste. Uno de ellos es haber abierto el proceso de consulta en el Delphi para que los expertos sugirieran desenlaces adicionales o reformulaciones de los propuestos, y por último esta fase se cerró con un taller de expertos que mejoró la propuesta e hizo recomendaciones al equipo de estudio.

Es importante señalar también que el énfasis de este estudio es cumplir etapas funcionales al diseño de una ruta de acompañamiento basada en evidencia científica. Sin embargo, este estudio no tiene un objetivo teórico, por lo que los criterios de consistencia en el uso de categorías, clasificaciones y denominaciones son relativos. Ejemplo de ello es el diferente grado de apertura o especificidad de las variables entre un dominio y otro, o entre distintos subdominios afines. En un caso pueden plantearse tipos muy específicos de desenlaces (porque son distinguibles y se pueden

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

medir por separado), y en otros puede que la medición sea más global, sin que ello implique conflicto.

En esta selección, hubiera sido ideal hacer tener una definición oficial de desarrollo infanto juvenil para Chile, y definir cuál es el niño, niña y adolescente que queremos acompañar en la ruta de su desarrollo; esta reflexión será un punto clave para la utilización del producto final de este estudio en la construcción de la política.

Como nuestro marco de referencia fue la propuesta de dominios, ha sido necesario tomar decisiones técnicas para mantener esta estructura de dominios separada, sobretodo en los dominios social y emocional, o cognitivo y lenguaje, que están muy interconectados, y esto se refleja también a nivel de variables dependientes y probablemente también en las variables independientes.

En síntesis, el proceso de extracción y estandarización de las variables operacionales y conceptuales ha sido satisfactorio. Este ha permitido obtener una amplia gama de variables que abarcan indicadores de desarrollo habitualmente identificados como normativos, indicadores que describen distintos rangos de vulnerabilidad del mismo, así como factores protectores y de riesgo para el desarrollo integral de niños y adolescentes.

Mucha información complementaria se encuentra disponible en Informe Final Fase II y sus anexos.

REFERENCIAS REVISIONES SISTEMÁTICAS DE EFECTIVIDAD DE INTERVENCIONES

1. Barlow J, Bennett C, Midgley N, Larkin S, Wei Y. Parent-infant Psychotherapy for Improving Parental and Infant Mental Health: A Systematic Review. 2015.
2. Barlow J, Smailagic N, Bennett C, Huband N, Jones H, Coren E. Individual and Group Based Parenting Programmes for Improving Psychosocial Outcomes for Teenage Parents and Their Children: A Systematic Review. 2011.
3. Barlow J, Smailagic N, Ferriter M, Bennett C, Jones H. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(3).
4. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based Parent Training Programmes for Improving Parental Psychosocial Health. 2012.
5. Benzies KM, Magill-Evans JE, Hayden KA, Ballantyne M. Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2013;13 Suppl 1:S10.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

6. Blauw-Hospers CH, Hadders-Algra M. A systematic review of the effects of early intervention on motor development. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2005;47(6):421-32.
7. Bryanton J, Beck CT, Montelpare W. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;11:CD004068.
8. Campbell KJ, Hesketh KD. Strategies which aim to positively impact on weight, physical activity, diet and sedentary behaviours in children from zero to five years. A systematic review of the literature. *Obesity Reviews*. 2007;8(4):327-38.
9. Coren E, Hossain R, Pardo P, Jordi, Veras M, M S, et al. Interventions for promoting reintegration and reducing harmful behaviour and lifestyles in street-connected children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.
10. D'Onise K, Lynch John W, Sawyer Michael G, McDermott Robyn A. Can preschool improve child health outcomes? A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2010;70(9):1423-40.
11. Ekeland E, Heian F, Hagen KB. Can exercise improve self esteem in children and young people? A systematic review of randomised controlled trials. *Br J Sports Med*. 2005;39(11):792-8; discussion -8.
12. Ekeland E, Heian F, Hagen KB, Abbott J, Nordheim LV. Exercise to Improve Self-Esteem in Children and Young People: A Systematic Review. 2005.
13. Fellmeth GLT, Nurse J, Heffernan C, Habibula S, Sethi D. Educational and Skills-Based Interventions for Preventing Relationship and Dating Violence in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. 2013.
14. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Donnelly M, Smith S. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. 2012.
15. Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, Cooper NJ, Sutton AJ, Hsu RT, et al. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2007;334:299.
16. Gogia S, Sachdev HS. Zinc supplementation for mental and motor development in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD007991.
17. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002;42(4):386-405.
18. K H, A H. A systematic review of effective literacy teaching in the 4 to 14 age range of mainstream schooling. . 2003.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

19. James AC, James G, Cowdrey FA, Soler A, Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2:CD004690.
20. Javier F, aacute, ndez Rego F, Antonia G, oacute, mez C, et al. Efficacy of Early Physiotherapy Intervention in Preterm Infant Motor Development— A Systematic Review&mdashdash. *Journal of Physical Therapy Science.* 2012;24(9):933-40.
21. Jiao J, Li Q, Chu J, Zeng W, Yang M, Zhu S. Effect of n-3 PUFA supplementation on cognitive function throughout the life span from infancy to old age: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr.* 2014;100(6):1422-36.
22. Lee PC, Niew WI, Yang HJ, Chen VC, Lin KC. A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil.* 2012;33(6):2040-9.
23. Leenarts LE, Diehle J, Doreleijers TA, Jansma EP, Lindauer RJ. Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22(5):269-83.
24. Leung B, Wiens K, Kaplan B. Does prenatal micronutrient supplementation improve children's mental development? A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2011;11(1):12.
25. Littell JH, Popa M, Forsythe B. Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005(4):CD004797.
26. Mason Anne R, Hill Roy C, Myers Lindsey A, Street Andrew D. Establishing the economics of engaging communities in health promotion: what is desirable, what is feasible? *Critical Public Health.* 2008;18(3):285-97.
27. Melby-Lervåg M, Hulme C. Is working memory training effective? A meta-analytic review. *Dev Psychol.* 2013;49(2):270-91.
28. Morgan PJ, Barnett LM, Cliff DP, Okely AD, Scott HA, Cohen KE, et al. Fundamental movement skill interventions in youth: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics.* 2013;132(5):e1361-83.
29. Morton MH, Montgomery P. Youth Empowerment Programs for Improving Adolescents' Self-Efficacy and Self-Esteem: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice.* 2013;23(1):22-33.
30. Morton M, Montgomery P. Youth empowerment programs for improving self-efficacy and self-esteem of adolescents. 2011.
31. Niccols A, Milligan K, Smith A, Sword W, Thabane L, Henderson J. Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: a systematic review of studies reporting on child outcomes. *Child abuse & neglect.* 2012;36(4):308-22.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

32. Activity NPHCCP. A rapid review of the effectiveness of exercise referral schemes to promote physical activity in adults. 2006.
33. Activity NPHCCP. Physical activity and children Review 5: Intervention Review: Children and active travel. 2008.
34. Activity NPHCCP. Physical activity and children Review 7: Intervention review: Family and community. NICE, 2008.
35. Activity NPHCCP. Physical activity and children. Review 6: Intervention review: Adolescent girls. NICE, 2008.
36. Activity NPHCCP. Promotion of Physical Activity in Children Programme Guidance. Review 4. Intervention Review: Under Eights. 2008.
37. Petrosino A, Buehler J, Turpin-Petrosino C. Scared Straight and Other Juvenile Awareness Programs for Preventing Juvenile Delinquency: A Systematic Review. 2013.
38. Piquero AR, Farrington D, Jennings WG, Tremblay R, Piquero A, Welsh B. Effects of Early Family/Parent Training Programs on Antisocial Behavior and Delinquency: A Systematic Review. 2008.
39. Piquero AR, Jennings W, Farrington D, Jennings WG. Self-Control Interventions for Children Under Age 10 for Improving Self-Control and Delinquency and Problem Behaviors: A Systematic Review. 2010.
40. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WC, Helms PJ, Williams JH. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: systematic review. *Br J Psychiatry*. 191. England2007. p. 378-86.
41. N R, J S, JMS W, B W, P I, S S, et al. Early childhood development and cognitive development in developing countries: A rigorous literature review. . Department for International Development.; 2014.
42. Riethmuller AM, Jones R, Okely AD. Efficacy of interventions to improve motor development in young children: a systematic review. *Pediatrics*. 2009;124(4):e782-92.
43. Spittle AJ, Orton J, Doyle LW, Boyd R. Early developmental intervention programs post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants. John Wiley & Sons, Ltd, 2007.
44. Swanson E, Wanzek J, Petscher Y, Vaughn S, Heckert J, Cavanaugh C, et al. A synthesis of read-aloud interventions on early reading outcomes among preschool through third graders at risk for reading difficulties. *J Learn Disabil*. 2011;44(3):258-75.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

45. Szajewska H, Rusczyński M, Chmielewska A. Effects of iron supplementation in nonanemic pregnant women, infants, and young children on the mental performance and psychomotor development of children: a systematic review of randomized controlled trials. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2010;91(6):1684-90.
46. Tarver J, Daley D, Lockwood J, Sayal K. Are self-directed parenting interventions sufficient for externalising behaviour problems in childhood? A systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(12):1123-37.
47. Vanderveen JA, Bassler D, Robertson CM, Kirpalani H. Early interventions involving parents to improve neurodevelopmental outcomes of premature infants: a meta-analysis. *J Perinatol*. 2009;29(5):343-51.
48. Wang B, Zhan S, Gong T, Lee L. Iron therapy for improving psychomotor development and cognitive function in children under the age of three with iron deficiency anaemia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6:CD001444.
49. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(11, John Wiley & Sons, Ltd).
50. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(12):CD001871.
51. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(12):CD003018.

Capítulo 4:

Efectividad de las intervenciones para la promoción del desarrollo biopsicosocial infanto juvenil

1. INTRODUCCIÓN

Fase III del proyecto.

2. MÉTODOS

Generalidades y enfoque metodológico

Tratándose de una revisión cuyo objetivo es sintetizar evidencia sobre una gran cantidad de intervenciones simultáneamente, los métodos tradicionales de una revisión sistemática basada en la búsqueda y análisis de estudios primarios resultaba impracticable. De allí que la aproximación metodológica fue la de una revisión de revisiones sistemáticas, o una variante de lo que algunos autores denominan *overview*, *scoping review* o *umbrella review*. Este tipo de recopilaciones siguen los principios básicos de una revisión sistemática, utilizando métodos explícitos y estructurados que apuntan a evitar los potenciales sesgos de la literatura científica y la subjetividad en las conclusiones; y abordan un espectro muy amplio de intervenciones sobre un tema; en este caso la promoción del desarrollo infantil y juvenil.

La evaluación de las intervenciones puede estar centrada en una medida específica, o en formas de implementación más complejas que pueden abarcar múltiples actividades simultáneamente. Estas distintas modalidades de intervención ofrecen particularidades por el tipo de estudio y enfoque que se utiliza para evaluarlas. Es muy difícil comparar la efectividad de leyes, políticas o programas a gran escala. “Intervenciones” de este tipo pueden evaluarse principalmente con series de tiempo, estudios de correlación, o con diseños más rudimentarios.³⁸ Cuando se trata de intervenciones más delimitadas, como podría ser por ejemplo una intervención educativa en escuelas, es posible encontrar diseños de investigación más tradicionales, del tipo ensayos aleatorizados (individuales o por conglomerados [*cluster*]), estudios cuasi-experimentales, o bien estudios observacionales.

En la investigación de programas como los que aquí se pretende analizar, entra en conflicto la mayor fortaleza metodológica de los diseños experimentales (menor potencial de sesgo), y los resultados más pragmáticos de estudios cuasi-experimentales, observacionales, y de diseños longitudinales, que reflejan un comportamiento de las intervenciones en condiciones más reales (eficacia versus efectividad).³⁹

Etapas

La revisión se desarrolló en las siguientes etapas:

- a. Pregunta de evaluación
- b. Definición de criterios de inclusión y exclusión
- c. Búsqueda de literatura

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

- d. Proceso de selección de los estudios
- e. Análisis crítico de los estudios seleccionados
- f. Extracción y síntesis de datos
- g. Síntesis y análisis de resultados
 - i. Calidad de la evidencia
 - ii. Efectividad de las intervenciones
 - iii. Moderadores de efecto
 - iv. Brechas de investigación / áreas de incertidumbre
- b. Conclusiones

Pregunta de evaluación

La pregunta en todos los casos se refiere a la efectividad de la intervención (cualquiera) sobre uno o más de los desenlaces objetivo de la revisión (cualquiera de los priorizados en la Fase II de este estudio).

a. Definición de criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Temáticos: Cualquier forma de intervención de prevención primaria, con énfasis en la promoción de factores protectores y prevención de factores de riesgo.
- Diseño: Revisiones sistemáticas con un puntaje de calidad metodológica ≥ 5 , de acuerdo a la escala AMSTAR (excepcionalmente se admitió RS de menor calidad si permitían cubrir brechas temáticas de la revisión).

NOTA: Esta escala tiene un máximo de 11 puntos. Los primeros aspectos de la escala que suelen no cumplir las revisiones de menor calidad son la declaración de conflictos de interés, el detalle de los artículos excluidos, y el análisis del potencial de sesgo de publicación (o haber justificado no hacerlo). El incumplimiento de estos 3 factores (puntaje=8) puede considerarse secundario si la revisión tiene métodos adecuados. Factores más importantes pero no críticos todavía pueden ser: la amplitud de la búsqueda, la calidad de la descripción de los estudios, y la duplicidad en la selección y extracción de datos. Una revisión con ninguno de estos atributos alcanza 5 puntos, que es el límite fijado por los revisores. Los 5 elementos restantes, definidos en este caso como los más relevantes para la validez interna, son el diseño a priori, la no exclusión de literatura gris, haber realizado un análisis crítico de los estudios, los métodos usados para combinar los estudios, y haber considerado la calidad de los estudios en las conclusiones. Este es un límite de seguridad bastante grueso, pero la mayoría de las revisiones sigue un patrón y una revisión con un puntaje ≤ 5 en general posee un carácter mucho más narrativo, menos riguroso en el análisis de validez y por ello más expuesto a sesgos (en general, sobreestimar los efectos). Por otra parte, este no es un límite validado empíricamente.

- Idiomas: Estudios disponibles en idioma inglés, francés, portugués, español o alemán.
- Alcance geográfico: Estudios realizados en cualquier región o país del mundo.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

- Tipo de publicación: Sin restricciones (artículos indexados o no en bases de datos, publicados en revistas revisadas y no revisadas por pares, incluyendo toda forma de literatura gris).

Criterios de exclusión:

- Estudios sobre métodos de tamizaje (la evaluación de este tipo de intervenciones exige un proceso de análisis que excede los alcances de esta revisión)
- Estudios sin datos suficientes/interpretables.
- Estudios que evalúan efectos estimados mediante técnicas de modelamiento pero no medidos empíricamente.
- Estudios duplicados, versiones más antiguas o parciales de una misma revisión.
- Revisiones de inferior calidad que otras que ya abordan las mismas intervenciones.

b. Estrategia de búsqueda de literatura

La búsqueda abarcó:

1. Revisiones identificadas en la Fase II
2. Medline
3. EMBASE
4. PsycINFO
5. The Campbell Library
6. Lilacs/Scielo
7. Cochrane Database of Systematic Reviews
8. Educational Research Information Center Database (ERIC)
9. Database of Promoting Health Effectiveness Reviews (DoPHER)

Se construyeron combinaciones de términos de vocabulario controlado o texto libre que abarcaban todas las variables de resultado de interés, conforme a las particularidades de cada fuente bibliográfica. En las bases de datos universales (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, Lilacs / Scielo) se utilizaron los filtros para estudios de revisión y/o revisiones sistemáticas propios de cada fuente (por ej., funciones Limits Review y Systematic Review, y Clinical Queries para Systematic reviews en PubMed). Las búsquedas también fueron restringidas a los últimos 5 años, y al rango etario de interés.

En cada caso, según necesidad, se aplicaron técnicas de depuración o “bola de nieve” mediante las funciones de artículos relacionados o similares de las bases de datos y buscadores, revisión de listas de referencias de artículos preseleccionados, búsquedas en Google y revisión manual de sitios web institucionales.

Los detalles de la estrategia se entregan en Anexo 1.

c. Proceso de selección de los estudios

La identificación de los estudios elegibles fue realizada por dos revisores independientes, mediante la revisión de títulos y resúmenes (*abstracts*). Las revisiones preseleccionadas fueron analizadas a texto completo para su selección o exclusión definitiva. Las discrepancias fueron resueltas mediante consenso simple, y en caso necesario, por un tercer revisor.

d. Análisis crítico de los estudios seleccionados

La calidad metodológica de las revisiones fue evaluada por un revisor mediante el instrumento AMSTAR.⁴⁰

Sobre la calidad de los estudios primarios se extractó el análisis ya existente en las revisiones, y se clasificó la calidad de la evidencia considerando -directamente si existían todos los datos disponibles o por aproximación en caso contrario- las siguientes variables del sistema GRADE: diseño y potencial de sesgo predominante del conjunto de estudios.

e. Extracción y síntesis de datos

Cada registro de la base de datos corresponde a un par Intervención-Desenlace. Es posible que de una revisión se hayan generado más de un registro si abarcaba diferentes tipos de intervenciones, o bien, que una misma intervención haya afectado diferentes variables dependientes, en cuyo caso se decidió registrar por separado.

Las decisiones sobre el nivel de agregación de cada registro (qué intervenciones o desenlaces se presentaban agrupados en un mismo registro) las adoptó originalmente cada revisor pero fueron controladas y ajustadas por los dos investigadores que oficiaron como editores de la base de datos. La heterogeneidad de los registros en esta materia deriva en gran medida, del distinto grado de detalle que aportan la revisiones sistemáticas de origen de los datos.

Los datos fueron extraídos por un primer revisor, y sometidos a control de calidad por dos revisores independientes adicionales y se elaboró una base de datos que permitió analizar los resultados desde distintas perspectivas. Se entregan a continuación las definiciones específicas de cada uno de estos campos y el alcance de esta información:

1. Código: A cada registro (par Intervención-Desenlace) le fue asignado un código con la letra inicial del Dominio, un N° correlativo dentro del dominio, las primeras 3 letras del apellido del autor de la RS, y dos dígitos finales del año de la publicación. Ejemplo: F004-MOR15 (dominio Físico, registro N°4, autor: Moraga, año 2015).
2. Intervención(es): Denominación de la intervención o grupo de intervenciones (título en breve)
3. Intervención(es) - Tipo, componentes, duración o intensidad: Descripción breve del tipo de intervención y sus principales características.
4. Variable de resultado: Categorías estándar establecidas en la Fase II.
5. Variable de resultado (Negativa): Categorías estándar establecidas en la Fase II.
6. Subdominio: Categorías estándar establecidas en la Fase II.
7. Dominio: Categorías estándar establecidas en la Fase II.
8. Variable(s) operacional(es) utilizadas: Escalas, métodos o criterios de medición específicos de la variable de resultado.
9. Autor RS: Apellido del autor principal.
10. Año de la RS: Año de publicación (suele existir una brecha de 1 o 2 años entre éste y el período de la búsqueda de literatura)

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

11. Nº Estudios: En los que se midió el desenlace al que se refiere el registro.
12. Muestra total: Suma del tamaño muestral de los estudios.
13. Diseño de los estudios: Se consideró las siguientes categorías (y las combinaciones de éstas):
 - Ensayos aleatorizados (ECA)
 - Estudios cuasiexperimentales (EQ)
 - Estudios observacionales (OBS).
14. Calidad metodológica: Categorías predefinidas según los resultados del análisis crítico de los estudios primarios reportados en la RS:
 - Mayoría con bajo riesgo de sesgo
 - Mayoría con moderado riesgo de sesgo
 - Mayoría con alto riesgo de sesgo
15. Potencial sesgo de publicación: Categorías definidas:
 - Sin sesgo aparente (según resultados reportados del análisis)
 - Posible sesgo (según resultados reportados del análisis)
 - No evaluado.
16. Población objetivo: Población general, grupos de riesgos o ambas, que recibía la intervención.
17. Grupo(s) de riesgo: Categorías específicas a las que fueron dirigidas las intervenciones. Se predefinieron las siguientes categorías:
 - Embarazadas de riesgo psicosocial
 - Madres con depresión
 - Niños pretérmino
 - Pobreza/bajo nivel SE
 - Riesgo psicosocial en general
 - De estrés postraumático
 - De daño neurológico
 - De trastorno psicomotor
 - De trastorno de lenguaje
 - De trastorno aprendizaje
 - De retraso de desarrollo
 - Niños con problemas conductuales
 - Riesgo de obesidad
 - Abuso sexual
 - Maltrato
 - Delincuencia/privación libertad
 - Situación de calle
 - Abuso de sustancias
 - Otro (especificar)
18. Edad participantes: Rango en años, meses, o grupo etario, de quienes participaron en la intervención, descrito por los autores de los estudios.
19. Objetivo 1º intervención: Promoción, prevención de factores de riesgo
20. Estandarización de la intervención: Se registra si la información posee algún grado de estandarización (ej., manualizada) o no.
21. Agente (quien la ejecuta): Profesores, padres, profesionales de salud, agentes comunitarios u otros.
22. Contexto en que se aplica: Escuela, hogar, comunidad, centros de salud, otros, o combinaciones de los anteriores.
23. Intervención(es) de control: Sin intervención, cuidados estándar, otras.
24. Meta-análisis: Se consignó si los autores realizaron estimaciones combinadas de efecto (Sí/No).
25. Medida de efecto: Medidas de riesgo relativo (RR, OR, HR), diferencias de promedio, tamaños de efecto (diferencias estandarizadas de medias), otras.
26. Magnitud del efecto: Valor del estimador puntual.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

27. IC95% (precisión) / 28. Valor p (Significación estadística y precisión de los resultados): Su registro e interpretación se realizó bajo los criterios estándar ($p \leq 0,05$). Los IC95% se consideraron ES si no cruzaban el valor de nulidad. La amplitud de éstos se juzgó en forma subjetiva.

NOTA: Cuando existe heterogeneidad entre estudios, o al interior de un estudio los grupos no son comparables, se miden muchos resultados simultáneamente, o no se cumplen ciertos supuestos estadísticos, los niveles de p o los intervalos de confianza (IC95%) no proporcionan una orientación muy clara sobre el potencial de error por azar. Por ello la interpretación de los resultados debe considerar no sólo su significación estadística, sino también los tamaños de efecto y la dirección y consistencia de los hallazgos del conjunto de estudios.

29. Consistencia resultados entre estudios: Se utilizaron las siguientes categorías estándar:

- Todos favorables a la intervención
- Mayoría favorables a la intervención
- Heterogéneos, sin tendencia clara
- Mayoría sugieren ausencia de efecto
- Todos sugieren ausencia de efecto
- Mayoría sugieren efecto desfavorable
- Todos sugieren efecto desfavorable

30. Test de heterogeneidad: Significación estadística o valor de I^2 (expresado como %).

31. Gradiente dosis respuesta: Sí/No según datos disponibles.

32. Estudio moderadores (análisis de subgrupos): Es frecuente que las revisiones sistemáticas intenten mediante comparaciones *entre* estudios, analizar interacciones, es decir, identificar atributos de los programas, características de los participantes o elementos de contexto que pudieran modificar su efecto. Dado que las fuentes de variación *entre* estudios son muchas, y no necesariamente cuantificables, las únicas comparaciones realmente confiables son aquellas realizadas en forma directa, "cara a cara", al interior de un mismo estudio (un ensayo controlado con grupos comparables).

El análisis de subgrupos combinando los resultados de varios estudios es una posibilidad que ofrecen los meta-análisis. En algunas revisiones, ello se realiza sobre estudios con cierta similitud, pero en otras se combinan estudios de diseños distintos y de características bastante disímiles. Existen métodos estadísticos que agregan robustez a dichos análisis, por ejemplo las técnicas de meta-regresión, porque permiten ajustar en parte los desbalances entre estudios en más de un aspecto. En otros casos, se recurre simplemente a métodos de análisis estratificado (comparando luego los efectos aislados de los estratos entre sí), o bien a análisis univariados de subgrupos tipo ANOVA, regresión, u otros test de interacción, que permiten considerar en alguna medida el rol del azar como explicación de las diferencias. Las conclusiones a partir de estas formas de análisis deben ser cautelosas, porque en el mejor de los casos sólo llegan a corregir la confusión en forma muy parcial o rudimentaria.

Para expresar el grado de dependencia entre el atributo (por ejemplo que el programa sea universal o dirigido sólo a grupos de riesgo) y la variable de resultado ocasionalmente se utilizan también coeficientes que van desde -1 a 1, que reflejan la correlación entre ambas. Correlaciones en torno a 0 son las más bajas y por lo tanto implican que el factor en cuestión es poco influyente.

Los métodos de estudio de moderadores de efecto fueron calificados en las siguientes categorías (en orden decreciente de confiabilidad):

- Comparaciones directas intra-estudio (ej., dos ramas de un estudio experimental)
- Análisis de subgrupos intra-estudio
- Análisis multivariados (ej., meta-regresión) entre-estudios

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

-Análisis estratificados o univariados (comparaciones indirectas) entre-estudios

33. Estudio moderadores: variables que modifican el efecto. Se identifican aquellas que se asocian a cambios significativos en la magnitud del efecto, y la dirección del cambio (incremento o disminución).

34. Estudio moderadores: variables que no modifican el efecto. Se identifican aquellas que no se asocian a cambios relevantes en la magnitud del efecto.

35. Adherencia, adaptación, fidelidad a la intervención: Alta, moderada, baja, o no reportada.

36. Otras variables mediadoras evaluadas: Según datos disponibles.

37. Comentarios: Consideraciones adicionales relevantes para la interpretación de los resultados, por ejemplo, potenciales conflictos de interés de los autores, resultados de seguimientos a largo plazo (generalmente limitados a unos pocos estudios), u otras.

38. Calidad de evidencia

Se aplicó la siguiente regla simplificada a partir de los criterios GRADE:

Tabla 13: Regla de calidad de evidencia basada en criterios GRADE

Calidad de evidencia	Tipo predominante de estudio / Potencial de sesgo de los estudios
Alta	Ensayos aleatorizados (ECA), con Bajo-Moderado Potencial de sesgo
Moderada	Cuasiexperimentales (QE), ECA con Alto Potencial de sesgo
Baja	Observacionales (OBS), QE con Alto Potencial de sesgo
Muy baja	Descriptivos

Ha sido materia de debate en este tipo de revisiones “dónde detenerse” en cuanto al diseño de los estudios que se va a considerar mínimamente confiables. La mayoría da por sentado que limitar la revisión a los ensayos aleatorizados puede ser demasiado restrictivo, pero el límite inferior no ha sido fijado. En general, existen muchas evaluaciones basadas en diseños con alto potencial de sesgo, diseños no controlados o con grupos no comparables.

Esta revisión utilizó como fuente principal de información revisiones sistemáticas existentes. En ellas los criterios de selección metodológicos de los autores varían ampliamente, algunas se limitan a los ensayos aleatorizados, otros tipos de ensayos controlados y estudios cuasi-experimentales. Otras son bastante más amplias, y abarcan inclusive estudios descriptivos o cualitativos. El límite general fijado por los autores de esta revisión para recomendar la inclusión de un estudio en la ruta, pensando en evidencia que apoye la toma de decisiones de nivel de política social, fueron los estudios cuasiexperimentales, a menos que tuvieran un riesgo de sesgo importante. Los estudios antes después no controlados, así como los estudios observacionales, fueron considerados no suficientemente confiables.

Como sea, es importante señalar que una calidad metodológica baja no implica necesariamente sesgo, es decir resultados alejados de la realidad, sino simplemente que es más factible que ello ocurra. Los estudios de baja calidad muchas veces arrojan resultados similares a los de los estudios más rigurosos. El problema es que en ocasiones también tienden a sobreestimar los efectos. Cuando una revisión incluyó una variedad amplia de estudios, por ejemplo ECA,

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

cuasiexperimentales y observacionales, y no era fácil discriminar el efecto con cada diseño, se valoró la homogeneidad entre estudios como un elemento favorable.

39. Efectividad:

Los tamaños de efecto (TE) [effect size] o diferencias estandarizadas de promedio utilizados en muchos estudios y revisiones para resumir resultados de variables continuas, son medidas adimensionales, que no reflejan directamente la importancia práctica del hallazgo ni su magnitud real. Teniendo esa limitación presente, se clasificó la magnitud de los efectos en 4 categorías, y para ello se ajustó los criterios tradicionales de Cohen⁴¹ haciéndolos menos exigentes, más orientados a las decisiones de salud pública:

Tabla 14: Clasificación de la magnitud del efecto basada en criterios de Cohen ajustados

Magnitud del efecto	Criterios originales	Criterios ajustados
Alta	TE 0.8 y mayores	TE 0.5 y mayores
Moderada	TE en torno a 0.5	TE 0.3 a 0.5
Baja	TE 0.2 a 0.3	TE 0.15 a 0.3
Inefectiva		TE < 0.15

En cuanto a las variables de resultado dicotómicas, la interpretación de los Riesgos relativos (RR) u Odds Ratio (OR) se hizo también con una óptica poblacional, definiendo los siguientes niveles:

Tabla 15: Clasificación de la magnitud del efecto para variable dicotómicas

Magnitud del efecto	Criterios
Alta	RR/OR $\geq 1,5$ ($\leq 0,66$ si el efecto deseado es de reducción)
Moderada	RR/OR 1,49-1.30 (0,67-0.80 si el efecto deseado es de reducción)
Baja	RR/OR 1,30-1.15 (0,81-0.90 si el efecto deseado es de reducción)
Inefectiva	RR/OR $\approx 1,0$

En las diferencias de promedio es imprescindible conocer el rango de la medición y qué significado tiene. Calificar la significación clínica de las diferencias en los puntajes de escalas tampoco es simple, porque depende de las propiedades psicométricas de la escala, su sensibilidad al cambio, y la biología del fenómeno. En algunos casos la síntesis de resultados fue descriptiva, por ejemplo calculando porcentajes de estudios positivos y negativos, o cualitativa. En estas circunstancias los revisores aplicaron criterio de experto para la decisión sobre la categoría de magnitud de efecto.

Considerando estos criterios, la magnitud del efecto de la intervención fue clasificada como se muestra en la Tabla siguiente:

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Tabla 16: Regla de decisión según la clasificación de la magnitud del efecto

Magnitud	Criterios	Candidata a la Ruta
Efectiva (alta)	Resultado estadísticamente significativo Tamaño de efecto ≥ 0.5 RR/OR $\geq 1,5$ ($\leq 0,66$) DM, otras medidas: juicio del revisor	SI
Efectiva (moderada)	Resultado estadísticamente significativo Tamaño de efecto 0.30-0.49 RR/OR 1,49-1.30 (0,67-0.80) DM, otras medidas: juicio del revisor	SI
Sugerente (NC)	Resultados favorables a la intervención (el TE o OR/RR sugieren un efecto Moderado o Alto) en más de un estudio o en un estudio de alto poder, de Calidad Moderada o Alta, pero estadísticamente NS o sin datos suficientes	SI
Efectiva (baja)	Resultado estadísticamente significativo Tamaño de efecto 0.29-0.15 RR/OR 1,30-1.15 (0,81-0.90) DM, otras medidas: juicio del revisor	SI
Inefectiva	Tamaño de efecto < 0.15 RR/OR $\approx 1,0$ Precisión razonable DM, otras medidas: juicio del revisor Resultado negativo predominante entre estudios	NO
Evidencia insuficiente	Pocos estudios como para obtener conclusiones	NO

40. Candidata a la ruta (Sí/No): La regla de decisión final para recomendar la incorporación de una intervención dentro de la ruta fue la siguiente:

Tabla 17: Regla de decisión final para intervenciones candidatas a la Ruta basadas en la calidad de la evidencia y la magnitud del efecto

Calidad de Evidencia	Efectividad	Se incluye en la Ruta
Alta	Alta	SI
Alta	Moderada	SI
Alta	Sugerente (NC)	SI
Alta	Baja	SI
Moderada	Alta	SI
Moderada	Moderada	SI
Alta	Inefectiva	NO
Alta	Evidencia insuficiente	NO
Moderada	Sugerente (NC)	NO
Moderada	Baja	NO
Moderada	Inefectiva	NO
Moderada	Evidencia insuficiente	NO
Baja / Muy baja	Cualquiera	NO

f. Síntesis y análisis de resultados

La síntesis y análisis de resultado se extiende a todos los aplicables a la base de datos descrita, que podrán ser ejecutados por el mandante. El reporte incluye como plan de análisis básico lo siguiente:

- i. Calidad de la evidencia: análisis descriptivo de la calidad de las RS y de los estudios incluidos en éstas.
- ii. Efectividad de las intervenciones: análisis descriptivo de la efectividad de las intervenciones por categorías principales (sin análisis secundarios).
- iii. Moderadores de efecto: se sintetizarán los análisis ya disponibles en las revisiones seleccionadas, incorporados en la base de datos, y serán presentados en forma narrativa y en tablas, especificando la magnitud de las interacciones y el tipo de análisis utilizado.
- iv. Brechas de investigación / áreas de incertidumbre: Se relacionó los hallazgos con los subdominios y variables de resultado, a fin de identificar aquellas áreas menos estudiadas o con escasa evidencia.

3. RESULTADOS

a. Búsqueda bibliográfica

Los resultados iniciales de la búsqueda se exhiben en la tabla siguiente:

Tabla 18: Resultados iniciales de la búsqueda según fuente

Fuente	Hallazgo Inicial	1ª Preselección
Fase II	50	13
Medline	5775	194
EMBASE	1341	108
PsyINFO	640	208
The Campbell Library	5	5
Lilacs/SciELO	9	1
Cochrane Database of Systematic Reviews	1504	29
Educational Research Information Center Database (ERIC)	922	62
Database of Promoting Health Effectiveness Reviews (DoPHER)	1028	400

Sobre los artículos preseleccionados se realizó una depuración sucesiva eliminando duplicados, versiones anteriores, artículos redundantes de menor calidad y otras por razones temáticas (ej., sin foco en promoción).

Este proceso produjo un total de 105 RS seleccionadas, que dieron origen a 245 pares Intervención-Desenlace (registros de la BD). La lista de referencias de las revisiones seleccionadas y las tablas de estudios excluidos se entregan en Anexos 2 y 3 respectivamente.

b. Características de los estudios seleccionados

Tabla 19: Número de revisiones encontradas según dominio del desarrollo

Dominio	n	%
Cognitivo	34	13,9%
Emocional	47	19,2%
Físico	97	39,6%
Lenguaje	21	8,6%
Social	46	18,8%
Total	245	100,0%

En Anexo 4 se entregan las tablas con el detalle de datos extraídos desde cada RS (base de datos de extracciones en formato de fichas individuales para cada par Intervención-Desenlace).

La distribución temática aproximada (muestra incluye gran mayoría pero no todos) de los registros de la BD se muestra en esta Tabla:

Tabla 20: Distribución temática aproximada en % y % acumulado.

Tema	n	%	% Acum.
Actividad Física	74	16,2%	16,2%
Obesidad	57	12,4%	28,6%
Uso sustancias	42	9,2%	37,8%
Nutrición	35	7,6%	45,4%
Emocionales	24	5,2%	50,7%
Escolar	23	5,0%	55,7%
Sexual	21	4,6%	60,3%
Gestación	19	4,1%	64,4%
Sin clasificar	19	4,1%	68,6%
Micronutrientes	18	3,9%	72,5%
Lactancia	17	3,7%	76,2%
Tabaco	17	3,7%	79,9%
Conductuales	12	2,6%	82,5%
Conductas riesgo adolescentes	10	2,2%	84,7%
Promoción Salud Mental	8	1,7%	86,5%
Abuso	7	1,5%	88,0%
Amplio espectro	7	1,5%	89,5%
Lectura	7	1,5%	91,0%
Pretérmino	7	1,5%	92,6%
Factores riesgo parentales	5	1,1%	93,7%
Lenguaje	5	1,1%	94,8%
Motor	5	1,1%	95,9%
Violencia	5	1,1%	96,9%

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Pantalla	4	0,9%	97,8%
Programas parentales	3	0,7%	98,5%
Sueño	3	0,7%	99,1%
Estilos de Vida Saludable	2	0,4%	99,6%
Memoria	2	0,4%	100,0%
	458	100,0%	100,0%

El dominio con mayor representación es Físico (40%), seguido por social y emocional en similar proporción (20% cada uno), mientras cognitivo y lenguaje suman alrededor del 20% restante. Los 4 temas con mayor volumen de investigación son la actividad física, la obesidad, el uso de sustancias y la calidad de la nutrición, que acumulan más del 45% de las áreas, y superan el 50% si se agrega a este último grupo la lactancia y los micronutrientes.

c. Calidad de los estudios

El puntaje promedio de calidad metodológica de las RS fue 8.2 [mediana 8,0] (DE 1,93). El 80% de las RS tuvieron 7 puntos o más. La omisión más frecuente fue no detallar la lista de estudios excluidos, seguido por la no evaluación del potencial de sesgo de publicación mediante métodos formales (cabe señalar en todo caso, que frente a un número pequeño de estudios dicho análisis no resulta factible). Ambas limitaciones tienen una importancia práctica relativa, que difícilmente puede afectar la dirección de los resultados, aunque sí potencialmente su magnitud. En Anexo 5 se incluyen los resultados del análisis crítico de cada revisión seleccionada.

Tabla 21: Cumplimiento de los criterios AMSTAR en las revisiones sistemáticas seleccionadas

Criterio AMSTAR	n	%
1. ¿Fue un diseño “a priori”?	105	100.00%
2. ¿Hubo duplicación de la selección de los estudios y de la extracción de datos?	86	81.90%
3. ¿Se realizó una búsqueda amplia de la literatura?	98	93.33%
4. ¿Se utilizó el estado de la publicación (Ej., literatura gris) como criterio de inclusión?	79	75.24%
5. ¿Se provee una lista de los estudios incluidos y excluidos?	30	28.57%
6. ¿Se entregan las características de los estudios?	82	78.10%
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios?	84	80.00%
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad de los estudios en la formulación de conclusiones?	84	80.00%
9. ¿Fueron apropiados los métodos para combinar los hallazgos de los estudios?	91	86.67%
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	49	46.67%
11. ¿Fueron declarados los conflictos de interés?	70	66.67%
Promedio total		74.3%

El 90% de los estudios seleccionados corresponde a las categorías de evidencia alta y moderada, lo que implica predominantemente revisiones basadas en ECA y estudios cuasiexperimentales con bajo a moderado potencial de sesgo (predominantemente considerando el conjunto de estudios para ese desenlace).

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Tabla 22: Calidad de la evidencia de las RS según distribución por dominios del desarrollo

Calidad de evidencia	Cognitivo	Emocional	Físico	Lenguaje	Social	Total	Total %
Alta	12	23	49	12	20	116	47,3%
Moderada	19	19	38	5	23	104	42,4%
Baja	2	5	10	4	3	24	9,8%
Muy baja	1	0	0	0	0	1	0,4%
Totales	34	47	97	21	46	245	100,0%

d. Efectividad de las intervenciones

Aproximadamente la mitad de las intervenciones resultó efectiva según los estándares de esta revisión, cifra que aumenta a poco más de un 60% si se consideran además las intervenciones con efecto sugerente pero no concluyente desde el punto de vista estadístico. El otro tercio fueron intervenciones inefectivas, y en un pequeño porcentaje la evidencia fue considerada insuficiente para evaluar efectividad.

Tabla 23: Nivel de efectividad de las intervenciones

EFFECTIVIDAD	n	%
Efectiva	127	51,8%
Sugerente (NC)	27	11,0%
Evidencia Insuficiente	13	5,3%
Inefectiva	78	31,8%
Total general (%)	245	100,0%

La magnitud de los efectos varía según el dominio analizado: las intervenciones positivas (con resultados favorables a la intervención) en la esfera cognitiva, del lenguaje y social tienen predominantemente efectos moderado o altos, mientras en el dominio físico los efectos tienden a ser bajos, y en el emocional se distribuyen de manera relativamente homogénea.

Tabla 24: Intervenciones efectivas según dominio del desarrollo

Dominio	EFFECTIVIDAD								
	ALTA	%	MODERADA	%	BAJA	%	SUGERENTE (NC)	%	TOTAL
Cognitivo	6	32%	9	47%	3	16%	1	5%	19
Emocional	4	16%	9	36%	6	24%	6	24%	25
Físico	7	11%	17	27%	27	42%	13	20%	64
Lenguaje	2	13%	11	73%	0	0%	2	13%	15
Social	8	26%	14	45%	4	13%	5	16%	31
Total	27	17,5%	60	39%	40	26%	27	17,5%	154

La Tabla siguiente muestra la relación entre la efectividad de las intervenciones y diversas características de las mismas o los estudios.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Tabla 25: Efectividad según diversos atributos de las intervenciones

Atributos	EFECTIVIDAD				
	Efectivas	No efectivas	Otras*	Totales	% Efectividad
Estandarización de la intervención					
<i>NO</i>	21	10	4	35	60%
<i>SI (Protocolizada/Manualizada)</i>	80	62	23	165	49%
<i>No reportado</i>	22	6	17	45	49%
Calidad de la evidencia					
<i>Alta (ECA)</i>	47	46	23	116	41%
<i>Moderada/baja/MB</i>	80	32	17	129	62%
Dominio					
<i>Cognitivo</i>	18	14	2	34	53%
<i>Emocional</i>	19	17	11	47	40%
<i>Físico</i>	51	31	15	97	53%
<i>Lenguaje</i>	13	5	3	21	62%
<i>Social</i>	26	11	9	46	56%
Contexto					
<i>Centros de Salud</i>	26	16	10	52	50%
<i>Comunal</i>	29	13	12	54	54%
<i>Hogar</i>	28	15	11	54	52%
<i>Escuela</i>	51	32	18	101	50%
<i>Otros</i>	4	1	3	9	44%
<i>No especificado/No reportado</i>	30	14	4	48	63%
Potencial sesgo de publicación					
<i>Sin sesgo aparente</i>	46	33	14	93	49%
<i>Posible sesgo</i>	32	19	12	63	51%
<i>No evaluado</i>	49	26	14	89	55%
Totales	127	78	40	245	52%

(*) Evidencia insuficiente / resultados sugerentes NC

Como se observa, hay una menor proporción de resultados positivos entre los ECA respecto de los estudios de menor calidad (41% vs. 62% de efectividad), y en lenguaje las intervenciones son efectivas con bastante mas frecuencia que en emocional; las restantes variables no muestran ningún patrón claro, distribuyéndose la efectividad de las intervenciones de manera similar entre:

- Intervenciones estandarizadas y no estandarizadas
- Intervenciones dirigidas a distintos dominios del desarrollo
- Contexto en el que se aplican las intervenciones
- Potencial de sesgo de publicación de los estudios

Un mayor detalle del efecto de las intervenciones se entrega en las tablas siguientes:

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Tabla 26: Características principales de las intervenciones analizadas (Extraídas de la base de datos)

Código	Intervención(es)	Variable(s) operacional(es) utilizadas	Calidad de evidencia	Efectividad	Candidata a la ruta	Edad participantes	Contexto en que se aplica	Estudio moderadores: variables que modifican el efecto
C001-HAH14	Asistencia a Kindergarten a tiempo completo vs. parcial: logro académico	Logro académico / Logro académico en matemática (ambos a corto plazo)	BAJA	MODERADA	NO	NR	Escuela	Programas de menos de 360 minutos/día tuvieron un TE estimado de 0.07 (95% CI 0.07, 0.25), mientras en los >= 360 fue de 0.43 (95% CI 0.18, 0.67)
C002-MOL11	Exposición a palabras impresas (print exposure) en tiempo libre	Inteligencia (IQ)	BAJA	BAJA	NO	Niños de educación básica y media	Hogar	
C003-NYE06	Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa: Desempeño académico	Desempeño académico	ALTA	MODERADA	SI	Niños en edad preescolar o educación básica	Otro: Fuera de la escuela	Programas que ofrecen capacitación: Incrementa efecto.
C004-NYE06	Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa: Desempeño en matemática	Logro académico en matemática	ALTA	ALTA	SI	Niños en edad preescolar o educación básica	Otro: Fuera de la escuela	Programas que incluyen recompensas o incentivos financieros: Incrementa efecto
C005-ORT09	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora: Desarrollo mental 0-3 años	Escala de desarrollo de Bayley subescala mental, Escala de desarrollo mental de Griffiths	MODERADA	MODERADA	SI	0 a 3 años	Centros de Salud, Hogar	
C006-ORT09	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora: Inteligencia 3-5 años	Escala de Habilidades de McCarthy, Escala de Inteligencia Stanford-Binet, Escala de Inteligencia para preescolares de WPPSI	MODERADA	MODERADA	SI	3 a 5 años	Centros de Salud, Hogar	
C007-ORT09	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora: Inteligencia 5-13 años	Escala de inteligencia de Kaufman, Escala de inteligencia de Weschler para niños WISC-III, British Ability Scale BAS-II	MODERADA	INEFECTIVA	NO	5 a 13 años	Centros de Salud, Hogar	
C008-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Aritmética	Aritmética	MODERADA	INEFECTIVA	NO	NR	NR	
C009-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Habilidad no verbal	Habilidad no verbal	MODERADA	BAJA	NO	NR	NR	
C010-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo verbal (corto plazo)	Memoria de trabajo verbal	MODERADA	ALTA	SI	NR	NR	Edad Reduce efecto p<0.001
C011-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo verbal (largo plazo)	Memoria de trabajo verbal	MODERADA	INEFECTIVA	NO	NR	NR	
C012-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo visoespacial (corto plazo)	memoria de trabajo visoespacial	MODERADA	ALTA	SI	NR	NR	
C013-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo visoespacial (largo plazo)	Memoria de trabajo visoespacial	MODERADA	MODERADA	SI	NR	NR	
C014-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Test de Stroop	Test de Stroop	MODERADA	MODERADA	SI	NR	NR	
C015-MAY11	Intervenciones orientadas a estudiantes (consejería, trabajo social, u otras) o familias: asistencia escolar	Asistencia escolar	MODERADA	MODERADA	SI	Niños de educación básica y media	Otro: Escuelas, comunal y cortes de justicia	
C016-TRE11	Intervenciones para incrementar la actividad física y disminuir horas de TV	Pruebas de coeficiente intelectual, pruebas estandarizadas, notas en la escuela, autoreporte de logro académico	MUY BAJA	SUGERENTE (NC)	NO	5 a 17 años	Sin información	
C017-BEN13	Masaje infantil: desarrollo mental	Bayley Mental Development Index (MDI) and Psycho-motor Development Index (PDI)	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Bebés de 0 a 6 meses	Múltiples contextos: Comunal, maternidad, colegio (madres adolescentes), sala cuna y orfanato.	
C018-WIL11	Paquetes multiservicio y monitoreo de asistencia unido a incentivos financieros	Resultados de graduación o abandono / Resultados de matrícula	MODERADA	ALTA	SI	NR	Comunal	
C019-BAR11	Programas de intervención a corto plazo orientados a mejorar competencias parentales	Escala de Desarrollo Bayley subescala Mental	ALTA	EVIDENCIA INSUFICIENTE	NO	Primera infancia	Hogar, Escuela, Comunal, Centros de salud	
C020-KID14	Programas fuera de horario o periodo escolar que aumentan tiempo de aprendizaje	Motivación académica	ALTA	INEFECTIVA	NO	Niños en etapa escolar	Otro: Centros de recreación o culturales (por ej.: museos)	
C021-WIL11	Programas multicomponentes basados en intervenciones en la	Abandono escolar	MODERADA	ALTA	SI	NR	NR	

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervención(es)	Variable(s) operacional(es) utilizadas	Calidad de evidencia	Efectividad	Candidata a la ruta	Edad participantes	Contexto en que se aplica	Estudio moderadores: variables que modifican el efecto
	escuela o comunidad: abandono escolar							
C022-DUR11	Programas universales de aprendizaje social y emocional	Desempeño académico	MODERADA	BAJA	NO	Niños de kindergarten a educación media	Escuela	
C023-SKO12	Suplementación prenatal y postnatal de multivitamínico con ácido fólico	Cuociente del desarrollo y habilidades sociales (Test de desarrollo Budapest) / Inteligencia (Test de Binet y Dibujo de la Figura Humana de Goodenough)	ALTA	INEFECTIVA	NO	11 meses promedio (8 a 16 meses) / 2 a 6 años	NR	
C024-JIA14	Suplemento de Ácidos grasos poliinsaturados (n-3 PUFA)	Escala de desarrollo de Bayley, subescala mental	ALTA	MODERADA	SI	0 a 18 meses	No reportado	
C025-SZA10	Suplemento de hierro en embarazadas no anémicas	Escala de Inteligencia Stanford Binet	ALTA	INEFECTIVA	NO	Gestación	No reportado	
C026-SZA10	Suplemento de hierro en niños no anémicos	Escala de desarrollo Bayley, subescala mental	ALTA	INEFECTIVA	NO	1 a 18 meses	No reportado	
C027-GOG12	Suplemento de zinc, entre nacimiento hasta los 5 años	Escala de desarrollo de Bayley II: subescala mental (MDI)	ALTA	INEFECTIVA	NO	0 a 5 años	Centros de Salud	
C028-WOO12	Tutoría en la escuela: logro académico	Logro académico	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Adolescentes (11 a 18 años), estudios realizados solo en EEUU	Escuela	
C029-GOY13	VD profesional orientada a cuidados del recién nacido	Escala de desarrollo de Bayley - subescala Mental MDI	ALTA	ALTA	SI	Nacimiento - primera infancia	Hogar	
C030-TUR12	VD profesional orientada a cuidados del recién nacido en mujeres con abuso de sustancias	Bayley Scales of Infant Development (BSID), Bayley MDI (mental development index)	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Mujeres en edad fértil (18-40 años)	Hogar	
C031-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.	Escala de desarrollo de Bayley, subescala mental	MODERADA	INEFECTIVA	NO	menor a 12 meses	Centros de Salud	
C032-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.	Escala de desarrollo de Bayley, subescala mental	MODERADA	INEFECTIVA	NO	12 a 24 meses	Centros de Salud	
C033-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.	Escala de desarrollo mental de Griffith, Escala de Inteligencia Kauffman K-ABC	ALTA	MODERADA	SI	2 a 5 años	Centros de Salud	
C034-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.	Escala de Inteligencia Kauffman K-ABC	ALTA	INEFECTIVA	NO	6 a 12 años	Centros de Salud	
E001-EKE05	Actividad motora gruesa de alta intensidad energética	Autoestima	ALTA	MODERADA	SI	3 - 18 años	Otro:	
E002-JAC12	ALERT: Programa de desarrollo personal y social para prevención de drogas	Edad de iniciación de tabaco / Cannabis	ALTA	MODERADA	SI	12 - 13 años	Escuela	
E003-JOH15	Competencia de Clase Libre de Tabaco (SFC)	Autorreporte: estado de consumo de tabaco de niños que reportaron no fumar al inicio de intervención, con un mínimo de tiempo de medición de 6 meses.	ALTA	INEFECTIVA	NO	11 a 14 años	Escuela	
E004-FAG14	Educación afectiva para enseñar habilidades de automanejo personal y social: uso de drogas	Uso de drogas	ALTA	INEFECTIVA	NO	6 - 18 años	Escuela	
E005-FAG14	Educación normativa antidrogas y prácticas de negación hacia drogas	Uso de marihuana	ALTA	INEFECTIVA	NO	6 - 18 años	Escuela	
E006-TON14	Educación prenatal sobre riesgos de consumo pasivo de tabaco en hogar	Reporte de la mujer embarazada del n° de días de abstinencia de consumo de tabaco del esposo en el hogar, autoreporte de la mujer embarazada de la exposición al tabaco en el hogar, y niveles de nicotina en el pelo de la mujer embarazada a través de test bioquímico	MODERADA	ALTA	SI	Mujeres en edad fértil (18 a 45 años)	Centros de Salud	
E007-LIE14	Entrega de habilidades a madres adolescentes en riesgo de depresión post parto	Síntomas depresivos	ALTA	SUGERENTE (NC)	SI	13-19 años	Otro: Mixto	
E008-PAT13	Intervenciones de prevención / continuación de consumo de tabaco.	Iniciación de consumo de tabaco / Continuación de consumo de tabaco en fumadores	ALTA	BAJA	SI	14 años promedio / 16 años promedio	Centros de Salud, Hogar	
E009-JAC12	Focus on Kids e Informed Parents and Children Together (ImPACT) de prevención sobre sexo seguro y uso de drogas y alcohol: tabaco	N° de cigarrillos los últimos 6 meses	ALTA	ALTA	SI	14 años promedio	Comunal, Hogar	
E010-JAC12	Focus on Kids e Informed Parents and Children Together (ImPACT) de prevención sobre sexo seguro y uso de drogas y alcohol: uso de drogas	Uso de drogas ilícitas últimos 6 meses	ALTA	EVIDENCIA INSUFICIENTE	NO	14 años promedio	Comunal, Hogar	
E011-JAC12	Focus on Kids e Informed Parents and Children Together	Uso de alcohol los últimos 6 meses	ALTA	INEFECTIVA	NO	14 años promedio	Comunal, Hogar	

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervención(es)	Variable(s) operacional(es) utilizadas	Calidad de evidencia	Efectividad	Candidata a la ruta	Edad participantes	Contexto en que se aplica	Estudio moderadores: variables que modifican el efecto
	(ImPACT) de prevención sobre sexo seguro y uso de drogas y OH: uso de alcohol							
E012-JAC12	HealthWise: Programa de educación sexual y habilidades para la vida: tabaco	Abuso de tabaco: más de 10 cigarrillos el último mes	MODERADA	MODERADA	SI	14 años promedio	Escuela	
E013-JAC12	HealthWise: Programa de educación sexual y habilidades para la vida: uso de alcohol	Uso de alcohol el último mes / Abuso de alcohol: más de 4 consumos de alcohol el último mes	MODERADA	MODERADA	SI	14 años promedio	Escuela	
E014-LEM10	Intervención escolar de entrega de información anti drogas y desarrollo de habilidades: uso de alcohol	Número de días es que utilizó alcohol en los últimos 30 días	ALTA	MODERADA	SI	10-15 años	Escuela	
E015-LEM10	Intervención escolar de entrega de información anti drogas y desarrollo de habilidades: uso de marihuana	Número de días es que utilizó marihuana en los últimos 30 días	ALTA	MODERADA	SI	10-15 años	Escuela	
E016-LEM10	Intervención escolar de entrega de información anti drogas: Uso de OH	Número de días es que utilizó alcohol en los últimos 30 días	ALTA	INEFECTIVA	NO	10-15 años	Escuela	
E017-AGE13	Intervenciones comunitarias de apoyo a jóvenes que han experimentado desastres	Child Behaviour Checklist, autoreporte de la percepción de seguridad, heridas/daño físico, tasa de explotación/violación	BAJA	SUGERENTE (NC)	NO	4 a 10 años	Centros de Salud	
E018-HOD12	Intervenciones culturalmente sensibles: uso de sustancias	Consumo de sustancias (alcohol, marihuana y tabaco)	MODERADA	INEFECTIVA	NO	6-18 años	Otro: mixto	
E019-FUR12	Intervenciones grupales para padres de niños con problemas conductuales: Reportes independientes	Reportes independientes: Dyadic Parent-child Interaction Coding System (DPICS), Child Behaviour Checklist-Teacher Report Form (CBCLTRF), CBCL classroom observation (CBCL-DOF), Parent's Account of Clinical Symptoms (PACS) clinical interview	MODERADA	MODERADA	SI	3 a 12 años	Centros de Salud, comunal	Grado de fidelidad de la intervención: incrementa efecto
E020-FUR12	Intervenciones grupales para padres de niños con problemas conductuales: Reportes parentales	Reportes parentales: Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI), Child Behaviour Checklist (CBCL), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), entre otras.	MODERADA	MODERADA	SI	3 a 12 años	Centros de Salud, comunal	Severidad de problemas de conducta, contexto de intervención, bajo nivel socioeconómico, grado de fidelidad de la intervención: Incrementan efecto
E021-NIC12	Intervenciones para prevenir efectos en los hijos de madres consumidoras de sustancias	Funcionamiento conductual y emocional	MODERADA	MODERADA	SI	6-24 meses	Centros de Salud	
E022-TAI13	Intervenciones realizadas mediante computador/internet: uso de marihuana	Frecuencia de uso de cannabis	MODERADA	BAJA	NO	11-25 años	Hogar	No hay variables que modifiquen el efecto
E023-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones basadas en manejo de Alcohol	Uso de alcohol	ALTA	SUGERENTE (NC)	SI	Niños de 4 a 18 años	Escuela	
E024-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones basadas en manejo de Alcohol - Uso de sustancias	Uso de sustancias	ALTA	INEFECTIVA	NO	Niños de 4 a 18 años	Escuela	
E025-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones basadas en manejo de Anti-hostigamiento (bullying) - Depresión	Depresión	ALTA	EVIDENCIA INSUFICIENTE	NO	Niños de 4 a 18 años	Escuela	
E026-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones basadas en manejo de Bienestar emocional - Depresión	Depresión	ALTA	INEFECTIVA	NO	Niños de 4 a 18 años	Escuela	
E027-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones basadas en manejo de Bienestar emocional - Uso de alcohol	Uso de alcohol	ALTA	EVIDENCIA INSUFICIENTE	NO	Niños de 4 a 18 años	Escuela	
E028-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones basadas en manejo de Bienestar emocional - Uso de sustancias	Uso de sustancias	ALTA	EVIDENCIA INSUFICIENTE	NO	Niños de 4 a 18 años	Escuela	
E029-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones sobre Conducta de riesgo múltiple - Alcohol	Uso de alcohol	ALTA	SUGERENTE (NC)	SI	Niños de 4 a 18 años	Escuela	
E030-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones sobre Conducta de riesgo múltiple - Uso de sustancias	Uso de sustancias	ALTA	SUGERENTE (NC)	SI	Niños de 4 a 18 años	Escuela	
E031-CRA14	Mensajes de texto a mujeres embarazadas o en edad fértil para prevenir uso de sustancias: consumo OH	Autoreporte de tasa de consumo de alcohol	MODERADA	EVIDENCIA INSUFICIENTE	NO	Mujeres embarazadas o en edad fértil (15 a 45 años, varía según el estudio)	Hogar	

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervención(es)	Variable(s) operacional(es) utilizadas	Calidad de evidencia	Efectividad	Candidata a la ruta	Edad participantes	Contexto en que se aplica	Estudio moderadores: variables que modifican el efecto
E032-FAG14	Métodos combinados de educación y competencias sociales: uso de marihuana	Uso de marihuana	ALTA	SUGERENTE (NC)	SI	6 - 18 años	Escuela	
E033-MER11	Programas preventivos enfocados en el desarrollo de habilidades a niños y adolescentes	Presencia de Trastorno Depresivo / Síntomas depresivos	MODERADA	BAJA	NO	4.7-19 años	Otro: Mixto	
E034-DUR11	Programas universales de aprendizaje social y emocional: Actitudes hacia uno mismo y los otros	Actitudes hacia uno mismo y los otros	BAJA	BAJA	NO	Niños de kindergarten a educación media	Escuela	
E035-DUR11	Programas universales de aprendizaje social y emocional: Estrés emocional	Estrés emocional	BAJA	BAJA	NO	Niños de kindergarten a educación media	Escuela	
E036-DUR11	Programas universales de aprendizaje social y emocional: Habilidades socioemocionales	Habilidades socioemocionales	BAJA	ALTA	NO	Niños de kindergarten a educación media	Escuela	
E037-DUR11	Programas universales de aprendizaje social y emocional: Problemas de conducta	Problemas de conducta	BAJA	BAJA	NO	Niños de kindergarten a educación media	Escuela	
E038-JAC12	Skills for Youth Relationships programa de promoción de vida sana	Consumo problemático: consumo de alcohol 1-2 días a la semana; 5 veces el último mes; consumo de cannabis 1-2 días a la semana; haber probado cualquier otra droga ilícita los últimos 3 meses.	ALTA	INEFECTIVA	NO	14 - 15 años	Escuela	
E039-WOO12	Tutoría en la escuela: autoestima	Autoestima	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Adolescentes (11 a 18 años), estudios realizados solo en EEUU	Escuela	
E040-WOO12	Tutoría en la escuela: uso de sustancias	Conducta (por ej.: uso de sustancias)	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Adolescentes (11 a 18 años), estudios realizados solo en EEUU	Escuela	
E041-TUR12	VD profesionales a mujeres embarazadas o postparto con abuso de sustancias	Tasa de uso de drogas / Tasa de uso de alcohol	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Mujeres en edad fértil (18-40 años)	Hogar	
E042-COR13	Intervenciones con lugar de refugio y componente educacional para niños y jóvenes en situación de calle	Porcentaje de días en que se usó alcohol o drogas en los últimos 90 días	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Niños/ jóvenes hasta 24 años	Comunal	
E043-COR13	Intervenciones con lugar de refugio y componente educacional para niños y jóvenes en situación de calle	Self-Esteem Inventory, Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Niños/ jóvenes hasta 24 años	Comunal	
E044-COR13	Intervenciones con lugar de refugio y componente educacional para niños y jóvenes en situación de calle	Beck Depression Index (BDI), Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Niños/ jóvenes hasta 24 años	Comunal	
E045-MOR13	Programas de empoderamiento juvenil: centros juveniles, centros de alumnos, otros	Nivel de autoeficacia	MODERADA	INEFECTIVA	NO	10 a 19 años	Comunal	
E046-MOR13	Programas de empoderamiento juvenil: centros juveniles, centros de alumnos, otros	Nivel de autoestima	MODERADA	INEFECTIVA	NO	10 a 19 años	Comunal	
E047-SAN14	Programa Triple P (Prácticas Parentales Positivas)	SEB (social: interacción con pares, adultos, padres; emocional: ansiedad, frustración; conductual: internalizantes, externalizantes) instrumento propio	MODERADA	ALTA	SI		Otro: Comunal, escuela, on line, telefónico.	Incrementa efecto: Estudios realizados en Australia, Niños con alteraciones en su desarrollo, Estudios con niños menores Nivel de tratamiento o dirigida
F001-MOR13	Clases de ejercicio físico y deportes	Test of Gross Motor Development (TGMD-2)	MODERADA	MODERADA	SI	6 a 14 años	Escuela	
F002-BEH11	Entrenamiento de ejercicios de resistencia	No reportado	MODERADA	ALTA	SI	Promedio: 13 años (DS 3,12)	No reportado	Edad de participantes: mayor efecto en niños que en adolescentes ($r = 0,25$; $p < 0,05$)
F003-JOL12	Intervención postnatal basada en el apoyo de pares	Lactancia materna no exclusiva al último seguimiento / No lactancia al último seguimiento	ALTA	MODERADA	SI	0 a 6 meses; Mujeres en edad fértil, solo tres estudios describen edad desde los 16 y 17 años en adelante.	Visitas al hogar prenatal y postnatal, visitas en el hospital, esquema de visitas variado, hasta los 4 meses y con frecuencia variada.	Intervenciones con menos de 5 sesiones planificadas (vs. intervenciones con 5 o más): resultados NS;
F004-JOL12	Intervención pre y postnatal basada en el apoyo de pares	Lactancia materna no exclusiva al último seguimiento / No lactancia al último seguimiento	ALTA	MODERADA	SI	0 a 6 meses; Mujeres en edad fértil, solo tres estudios describen edad desde los 16 y 17 años en adelante.	Visitas al hogar prenatal y postnatal, visitas en el hospital, esquema de visitas variado, hasta los 4 meses y con frecuencia variada.	Intervenciones con menos de 5 sesiones planificadas (vs. intervenciones con 5 o más): resultados NS;
F005-GRE14	Macronutrientes pregestacionales y gestacional (1 día)	Incidencia de bajo peso de nacimiento / Peso de nacimiento del bebé	ALTA	BAJA	SI	Mujeres en edad fértil en etapa pregestacional y	Heterogéneo	

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervención(es)	Variable(s) operacional(es) utilizadas	Calidad de evidencia	Efectividad	Candidata a la ruta	Edad participantes	Contexto en que se aplica	Estudio moderadores: variables que modifican el efecto
						gestacional, la gran mayoría mayor de 18 años.		
F006-GRE14	Consejería de dieta pregestacional y gestacional: peso de nacimiento	Peso de nacimiento del bebé / Incidencia de bajo peso de nacimiento	ALTA	INEFECTIVA	NO	Mujeres en edad fértil en etapa gestacional, la gran mayoría mayor de 18 años.	Heterogéneo	
F007-THA12	Intervenciones basadas en dieta, en actividad física y mixtas.	Peso del recién nacido Pequeño para la edad gestacional (<2.500 grs o percentil 10) Grande para la edad gestacional (>4.00 grs o percentil 90)	ALTA	INEFECTIVA	NO	Mujeres adultas en edad fértil	Centros de Salud y otros	
F008-GRE14	Intervenciones basadas en fortificados con macronutrientes + consejería de dieta.	Talla de nacimiento	ALTA	BAJA	SI	Mujeres en edad fértil en etapa pregestacional y gestacional, la gran mayoría mayor de 18 años.	Heterogéneo	
F009-REY14	Intervenciones comunitarias de promoción de actividad física basadas en el fomento de transporte activo del niño al colegio	Actividad física incidental	MODERADA	BAJA	NO	Escolares de primer y segundo ciclo	Comunal y escuela, en países USA, Reino Unido.	
F010-VAN11	Intervenciones comunitarias en promoción de actividad física	Actividad física, medido por acelerómetro, pedómetro, reporte de niños y de padres	MODERADA	SUGERENTE (NC)	NO	5 a 16 años	Comunal (con uso de infraestructura de escuela)	
F011-VAN11	Intervenciones comunitarias en promoción de actividad física: IMC	Resultados antropométricos: IMC	MODERADA	SUGERENTE (NC)	NO	5 a 16 años	Comunal (con uso de infraestructura de escuela)	
F012-MAN11	Intervenciones basadas en teoría social cognitiva, manejo ambiental, metas y recompensas: Tiempo frente a la pantalla	Tiempo de pantalla	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Niños y adolescentes hasta 18 años	Otro: Escuela u Hogar	
F013-BID11	Intervenciones de cambio de conducta sedentaria: educacional, comunitario, clínico	Conducta sedentaria: tiempo en actividades de pantalla, transporte motorizado.	BAJA	BAJA	NO	3 a 15 años	No descrita	
F014-BRY13	Sesión breve sobre estrategias para mejorar sueño del recién nacido, más reforzamiento telefónico: tiempo de sueño	Minutos de sueño durante la noche, en 24 hrs. / Total de minutos de sueño en 24 hrs.	ALTA	MODERADA	SI	0 a 3 meses	Hogar, Centro de salud	
F015-BID14	Intervenciones de promoción de actividad física e ingesta de frutas y verduras en niñas pre-adolescentes	Medidas de actividad física autoreportadas y/o objetivas (pedómetro, acelerómetro)	MODERADA	MODERADA	SI	5-11 años	Otro: Hogar, escuela y comunidad	Incrementan efecto: Intervenciones de tipo educacional, intervenciones que utilizan más de un solo componente (educacional + cambio ambiental, ej: charlas educativas acerca de los beneficios de usar bicicleta + infraestructura adecuada para bicicletas), intervenciones que se enfocan en varios objetivos a la vez (ej: actividad física + dieta), intervenciones cortas (< a 12 semanas), intervenciones enfocadas específicamente a niñas (no niñas y niños juntos)
F016-ORI10	Intervenciones de promoción de anticoncepción c/s distribución de anticonceptivos: embarazo adolescente	Embarazo adolescente no deseado	ALTA	INEFECTIVA	NO	9 a 19 años	Escuela	
F017-ORI10	Intervenciones de promoción de anticoncepción c/s distribución de anticonceptivos: uso de condón	A) Uso de condón en última relación sexual; B) Uso consistente de condón en los últimos 3 meses	ALTA	INEFECTIVA	NO	9 a 19 años	Escuela	
F018-IBA12	Intervenciones educacionales para fomento de la lactancia materna en contexto de salud primaria.	Iniciación de cualquier tipo de lactancia materna / Iniciación de lactancia materna exclusiva	ALTA	ALTA	SI	Mujeres en edad fértil, no reporta edad.	Centros de salud o consultas médicas de atención primaria. En países desarrollados (USA e Inglaterra)	Los programas más exitosos usaban sesiones de seguimiento de corta duración, menos de 20 a 30 minutos. Y los ejecutaban profesionales de salud entrenados
F019-IBA12	Intervenciones educacionales para fomento de la lactancia materna en contexto de salud primaria.	Duración de cualquier tipo de lactancia materna entre la semana 6 y 2 meses post parto / Ídem 3 a 6 meses post parto.	ALTA	BAJA	SI	Mujeres en edad fértil, no reporta edad.	Centros de salud o consultas médicas de atención primaria. En países desarrollados (USA e Inglaterra)	Los programas más exitosos usaban sesiones de seguimiento de corta duración, menos de 20 a 30 minutos. Y los ejecutaban profesionales de salud entrenados

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervención(es)	Variable(s) operacional(es) utilizadas	Calidad de evidencia	Efectividad	Candidata a la ruta	Edad participantes	Contexto en que se aplica	Estudio moderadores: variables que modifican el efecto
F020-ORI10	Intervenciones educativas sobre anticoncepción: uso de condón	Uso de condón en última relación sexual	ALTA	BAJA	SI	9 a 19 años	Escuela	
F021-ORT09	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora	Escala de desarrollo de Bayley subescala motora	ALTA	INEFECTIVA	NO	0-2 años	Centros de Salud, Hogar	
F022-HAR13	Intervenciones educativas de consejería distintas modalidades: 0 a 31 días	Lactancia materna exclusiva (Cuando el bebé recibe sólo leche materna, ya sea del pecho, extraída o de nodriza; y ningún otro tipo de leche o sólidos. Puede recibir vitaminas, gotas, medicinas o rehidratación oral)	MODERADA	BAJA	NO	bebés de 0 a 31 días	Varios	Consejería individual RR: 1,31 (ES) y combinada individual RR: 1,27 (ES); Intervenciones realizadas en institución (por ej. Hospital): RR: 1.26, 95% CI: 1.11-1.43; Combinación de intervenciones comunitarias (VD, cuidado centros vecinales o en el hogar, campañas) e institucionales: RR: 1.31, 95%CI: 1.14-1.50
F023-HAR13	Intervenciones educativas de consejería distintas modalidades: 2 a 5 meses	Lactancia materna exclusiva (Cuando el bebé recibe sólo leche materna, ya sea del pecho, extraída o de nodriza; y ningún otro tipo de leche o sólidos. Puede recibir vitaminas, gotas, medicinas o rehidratación oral)	MODERADA	ALTA	SI	bebés de 2 a 5 meses	Varios	Consejería individual: RR: 1.90, 95% CI: 1.54-2.34; Consejería grupal: RR: 1.80, 95% CI: 1.18-2.74; Consejerías combinadas individual y grupal: RR: 2.01, 95% CI: 1.43-2.82; Intervenciones comunitarias: RR: 2.59, 95% CI: 1.80-3.73
F024-VAN12	Intervenciones en colegios y en población general para disminuir conducta sedentaria	Conducta sedentaria medida en minutos por día: actividades de pantalla, conductas pasivas como escuchar música, leer, sentarse sin hacer nada, hablar por teléfono. Actividades de pantalla incluyen, ver TV, DVD, videos, juegos electrónicos, de consola, actividades en el computador, (juegos e internet) y actividades de pantalla chica como tablet y celulares smart.	MODERADA	MODERADA	SI	Rango de 0 a 18 años	No aporta datos	
F025-VAN12	Intervenciones en colegios y en población general para disminuir conducta sedentaria.	Índice de masa corporal: Kg/m ²	MODERADA	BAJA	NO	Rango de 0 a 18 años	No aporta datos	
F026-GUE14	Intervenciones en el contexto escolar que combinaron actividades de educación física más educación nutricional para reducir el sobrepeso y la obesidad en niños de 6 a 18 años	IMC	ALTA	INEFECTIVA	NO	6-18 años	Escuela	Intervención produce mejores resultados en niños(as) y adolescentes con problemas de sobrepeso u obesidad
F027-VAN11	Intervenciones familiares en promoción de actividad física y dieta: AF	Actividad física, medido por acelerómetro, pedómetro, reporte de niños y de padres	ALTA	SUGERENTE (NC)	SI	3 a 16 años	Comunal (familiar)	
F028-VAN11	Intervenciones familiares en promoción de actividad física y dieta: IMC	Resultados antropométricos: IMC	ALTA	SUGERENTE (NC)	SI	3 a 16 años	Comunal (familiar)	
F029-ORI10	Intervenciones multicomponente educativas y de promoción de anticoncepción c/s distribución de anticonceptivos: Embarazo adolescente	Embarazo adolescente no deseado	ALTA	SUGERENTE (NC)	SI	9 a 19 años	Escuela	
F030-ORI10	Intervenciones multicomponente educativas y de promoción de anticoncepción c/s distribución de anticonceptivos: uso de condón	A) Uso de condón en última relación sexual; B) Uso consistente de condón en los últimos 3 meses; C) Uso ACO hormonales	ALTA	INEFECTIVA	NO	9 a 19 años	Escuela	
F031-BEN13	Masaje infantil	Cuociente de desarrollo de Gesell Capial Institute Mental Checklist	MODERADA	BAJA	NO	Bebés de 0 a 6 meses	Múltiples contextos: Comunal, maternidad, colegio (madres adolescentes), sala cuna y orfanato.	
F032-BEN13	Masaje infantil: talla	Talla	MODERADA	MODERADA	SI	Bebés de 0 a 6 meses	Múltiples contextos: Comunal, maternidad, colegio (madres adolescentes), sala cuna y orfanato.	
F033-BEN13	Masaje infantil: sueño	A). Horas de sueño en 24 horas B). Tiempo de llanto o queja	MODERADA	MODERADA	SI	Bebés de 0 a 6 meses	Múltiples contextos: Comunal, maternidad,	

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervención(es)	Variable(s) operacional(es) utilizadas	Calidad de evidencia	Efectividad	Candidata a la ruta	Edad participantes	Contexto en que se aplica	Estudio moderadores: variables que modifican el efecto
							colegio (madres adolescentes), sala cuna y orfanato.	
F034-BEN13	Masaje infantil: peso	Peso	MODERADA	MODERADA	SI	Bebés de 0 a 6 meses	Múltiples contextos: Comunal, maternidad, colegio (madres adolescentes), sala cuna y orfanato.	
F035-WAN13	Masaje: estimulación táctil y/o kinestésica	Aumento de peso diario (gramos)	MODERADA	MODERADA	SI	No reportado	Centros de Salud	
F036-LU14	Multimicronutrientes durante la gestación	A) Circunferencia craneana; B) Peso infantil	ALTA	INEFECTIVA	NO	Seguimiento de los hijos de las participantes, niños desde 0 a 5 años	No se describe	
F037-JAC12	Programas comunales con participación familiar:	Uso de condón en última relación sexual	ALTA	INEFECTIVA	NO	14 años promedio	Comunal, Hogar	
F038-JAC12	Programas comunales con participación familiar:	Tasa de embarazo	ALTA	ALTA	SI	14 años promedio	Comunal, Hogar	
F039-WAT11	Programas de educación en dieta y/o promoción de actividad física, en currículum escolar, niños entre 0 a 5 años	Índice de masa corporal	ALTA	SUGERENTE (NC)	SI	0 a 5 años (subgrupo)	Escuela	
F040-WAT11	Programas de educación en dieta y/o promoción de actividad física, en currículum escolar, niños entre 13 a 18 años	Índice de masa corporal	ALTA	INEFECTIVA	NO	13 a 18 años (subgrupo)	Escuela	
F041-WAT11	Programas de educación en dieta y/o promoción de actividad física, en currículum escolar, niños entre 6 a 12 años	Índice de masa corporal	ALTA	BAJA	SI	6 a 12 años (subgrupo)	Escuela	
F042-FON14	Programas de educación sexual basados en la escuela	Autorreporte: Uso de condón (en última relación sexual o uso permanente) / Autoeficacia en el uso de condón (habilidades de negociación para exigir uso de condón)	MODERADA	MODERADA	SI	11 a 18 años	Escuela	
F043-ERW14	Recreos de escuela con intervención de promoción de actividad física moderada e intensa.	Nivel de intensidad de actividad física, medido por acelerómetro, pedómetro, monitor de frecuencia cardíaca u observación, en niños y niñas escolares durante el recreo.	BAJA	ALTA	NO	3 - 11 años	Escuela	A menor edad > efecto (Correlación -0,08 para la edad). Equipos e infraestructura (TE 0,68 p<0,01); Equipos + marcas en el patio de recreo (TE 0,74 p<0,01); recreo estructurado (TE 0,50 p<0,01).
F044-JIA14	Suplemento de Ácidos grasos poliinsaturados (n-3 PUFA)	Escala de desarrollo de Bayley, subescala motora	ALTA	BAJA	SI	0 a 18 meses	No reportado	
F045-SZA10	Suplemento de hierro en niños no anémicos	Escala de desarrollo Bayley, subescala motora	ALTA	MODERADA	SI	1 a 18 meses	No reportado	
F046-GOG12	Suplemento de zinc, entre nacimiento hasta los 5 años	Escala de desarrollo de Bayley II: subescala motora (PDI)	ALTA	INEFECTIVA	NO	0 a 5 años	Centros de Salud	No hay
F047-HAR13	Intervenciones educativas de consejería distintas modalidades: No lactancia 0 a 5 meses	No lactancia	MODERADA	MODERADA	SI	bebés de 0 a 31 días / 2-5 meses	No reportado	Combinación de intervenciones comunitarias e institucionales: RR similar al promedio; Intervenciones realizadas en institución (por ej. Hospital): RR similar al promedio; Intervenciones comunitarias (por ej. Hospital): RR similar al promedio
F048-TUR12	VD de profesionales al hogar de la mujer con signos de abuso de sustancias: Bayley	Bayley Scales of Infant Development (BSID), Bayley PDI (psicomotor development index)	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Mujeres en edad fértil (18-40 años)	Hogar	N/A
F049-TUR12	VD de profesionales al hogar de la mujer con signos de abuso de sustancias: Lactancia	Ausencia de lactancia materna desde el nacimiento hasta los 6 meses	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Mujeres en edad fértil (18-40 años)	Hogar	No hay
F050-COR13	Intervenciones con lugar de refugio y componente educacional para niños y jóvenes en situación de calle	Número de veces que ha tenido sexo en los últimos 3 meses	MODERADA	BAJA	NO	Niños/ jóvenes hasta 24 años	Comunal	N/A
F051-COR13	Intervenciones con lugar de refugio y componente educacional para niños y jóvenes en situación de calle	Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Niños/ jóvenes hasta 24 años	Comunal	N/A
F052-BES11	Comida fortificada con multi micronutrientes	Medidas antropométricas: talla, peso, índice de masa corporal	MODERADA	BAJA	NO	6 a 18 años	Escuela	No reportado
F053-MAD14	Programas en escuela de promoción dieta saludable, menor consumo de bebidas carbonatadas, y aumento de	Prevalencia de obesidad	ALTA	ALTA	SI	8 - 12 años	Escuela	No reportado

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervención(es)	Variable(s) operacional(es) utilizadas	Calidad de evidencia	Efectividad	Candidata a la ruta	Edad participantes	Contexto en que se aplica	Estudio moderadores: variables que modifican el efecto
	actividad física							
F054-DUD15	Enfoques/estrategias de enseñanza de promoción hábitos de alimentación saludables en estudiantes de primaria.	Consumo de frutas y vegetales, preferencia por frutas y verduras versus otros alimentos / Consumo de azúcar, preferencia por alimentos sin azúcar	BAJA	MODERADA	NO	4 a 12 años	Escuela	Las estrategias más efectivas fueron las de tipo curricular, curricular en más de una materia, y aprendizaje experiencial.
F055-HAM11	Frecuencia de comidas o cenas en familia	Sobrepeso y Trastornos alimentarios	BAJA	BAJA	NO	2,8 a 17,3 años	Los estudios se realizaron en USA	
F056-HAM12	Intervenciones basadas en páginas web / computador para la promoción de comida saludable	Comida saludable (consumo de frutas, vegetales, y menos consumo de grasa) e IMC, relacionado con la dieta.	MODERADA	SUGERENTE (NC)	NO	6 a 18 años	Países USA, Bélgica, Francia, Países Bajos. La mitad de los estudios era desarrollados en Escuelas y el resto en hogar, en campamento, o combinación de estos dos últimos.	Las intervenciones que usaron un modelo teórico de base tuvieron más estudios con resultados positivos y ES que aquellas que no usaron teoría.
F057-WOL14	Intervenciones comunitarias multicomponentes, de nutrición y actividad física	Índice de masa corporal estandarizada	BAJA	BAJA	NO	4 a 18 años	Comunal	Comparación por grupo de edad: Grupo adolescentes 12–18 años: meta-análisis de 3 estudios que proporcionaron estimaciones de efectos de la intervención no encontró beneficios significativos en la reducción de IMC (MD -0.02; 95% CI -0.08 - 0.03; I ² = 70%). En grupo de niños 5–11 años: meta-análisis de 3 estudios indica una reducción significativa en el IMC en grupo de intervención (DM -0.16; 95% IC -0.27 - -0.05, I ² = 92%).
F058-LAN12	Intervenciones con educación nutricional y actividades de jardinería en colegios	Ingesta de frutas y vegetales	BAJA	MODERADA	NO	Niños escolares desde kindergarten hasta grado 8 (correspondiente a octavo básico)	Escuela	Intervenciones con ambos componentes (educación y jardinería) aumentaron significativamente el consumo de frutas y vegetales en los escolares participantes, mientras que las intervenciones con solo el componente de educación nutricional (sin jardinería) mostraron impactos marginales o no-significativos.
F059-TRE11	Intervenciones para disminuir comportamiento sedentario	IMC	ALTA	BAJA	SI	5 a 17 años	Sin información	
F060-MIK14	Intervenciones de promoción de hábitos alimenticios saludables en población preescolar	Medidas antropométricas (IMC, peso, altura, entre otras)	MODERADA	INEFECTIVA	NO	3 a 6 años	Escuela	
F061-MIK14	Intervenciones de promoción de hábitos alimenticios saludables en población preescolar	Ingesta de frutas y vegetales, elección de comida sana versus otros alimentos	BAJA	SUGERENTE (NC)	NO	3 a 6 años	Escuela	El efecto fue mayor en las intervenciones multicomponentes, sugiriendo que un enfoque más comprensivo podría ser más efectivo.
F062-NIE12	Intervenciones C/S padres de prevención y tratamiento temprano de sobrepeso en niños y adolescentes	Índice de masa corporal	MODERADA	SUGERENTE (NC)	NO	3 a 18 años	No reportado	Intervenciones que requerían de participación de los padres mostraron mayor efecto que intervenciones sin participación de los padres, p= 0.027 (diferencias en promedio ponderado de los tamaños del efecto = 0,30, SE = 0,11). Resultados de las intervenciones con participación opcional de los padres no fueron significativamente diferentes de las intervenciones sin la

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervención(es)	Variable(s) operacional(es) utilizadas	Calidad de evidencia	Efectividad	Candidata a la ruta	Edad participantes	Contexto en que se aplica	Estudio moderadores: variables que modifican el efecto
								participación de los padres, p = 0,963.
F063-GUE14	Intervenciones en escuela con actividades de educación física y nutricional para reducir sobrepeso y obesidad	IMC	ALTA	INEFECTIVA	NO	6-18 años	Escuela	Intervención produce mejores resultados en niños(as) y adolescentes con problemas de sobrepeso u obesidad
F064-KES11	Intervenciones multicomponente para la prevención de sobrepeso y obesidad en preadolescentes mujeres	Medidas físicas (IMC, peso, talla), actividad física objetiva y auto reportada, dieta autoreportada y conocimiento y actitudes sobre dieta.	MODERADA	BAJA	NO	7 a 11 años	Comunal, familiar, escuela y combinación de escuela y familia.	
F065-GAN14	Intervenciones basadas en el hogar para mejorar disponibilidad de frutas y verduras	Disponibilidad y consumo de frutas y verduras	MODERADA	INEFECTIVA	NO	5 a 18 años	Hogar	
F066-LAU11	Intervenciones basadas en Internet, email, y/o mensajes de textos	Gasto energético, número de pasos, nivel de actividad física autoreportado	ALTA	SUGERENTE (NC)	SI	6 a 18 años	Otro: Hogar, escuela y/o centros de salud	
F067-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de actividad física	Sobrepeso/obesidad: IMC	ALTA	MODERADA	SI	Niños de 4 a 18 años	Escuela	No reportado
F068-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de actividad física	Actividad física	ALTA	INEFECTIVA	NO	Niños de 4 a 18 años	Escuela	No reportado
F069-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de actividad física y nutrición	Sobrepeso/obesidad: IMC	ALTA	INEFECTIVA	NO	Niños de 4 a 18 años	Escuela	No reportado
F070-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de actividad física y nutrición	Actividad física	ALTA	INEFECTIVA	NO	Niños de 4 a 18 años	Escuela	No reportado
F071-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de actividad física y nutrición	Ingesta de grasas	ALTA	INEFECTIVA	NO	Niños de 4 a 18 años	Escuela	No reportado
F072-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de actividad física y nutrición	Ingesta de frutas y vegetales	ALTA	INEFECTIVA	NO	Niños de 4 a 18 años	Escuela	No reportado
F073-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de nutrición	Sobrepeso/obesidad: IMC	ALTA	INEFECTIVA	NO	Niños de 4 a 18 años	Escuela	No reportado
F074-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de nutrición	Actividad física	ALTA	INEFECTIVA	NO	Niños de 4 a 18 años	Escuela	No reportado
F075-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de nutrición	Ingesta de grasas	ALTA	INEFECTIVA	NO	Niños de 4 a 18 años	Escuela	No reportado
F076-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de nutrición	Ingesta de frutas y vegetales	ALTA	BAJA	SI	Niños de 4 a 18 años	Escuela	No reportado
F077-NIE14	Políticas para aumentar acceso a alimentos saludables durante jornada escolar	IMC, Presión sanguínea / Ingesta de alimentos saludables, elección/compra de alimentos saludables versus no-saludables (alto nivel de azúcar, o grasas saturadas)	MODERADA	SUGERENTE (NC)	NO	Estudiantes en educación primaria y/o secundaria	Escuela	
F078-BLA12	Subsidios de alimentación: Ingesta/compra de frutas y vegetales	Ingesta/compra de frutas y vegetales	MODERADA	SUGERENTE (NC)	NO	Mujeres mayores de 18 años	Hogar	
F079-BLA12	Subsidios de alimentación: Ingesta de nutrientes	Ingesta de nutrientes (proteínas, calcio, hierro, vitamina C, B6, folato)	MODERADA	SUGERENTE (NC)	NO	Mujeres mayores de 15 años	Hogar	
F080-BLA12	Subsidios de alimentación: Peso de recién nacidos	Media del peso de los recién nacidos, proporción de recién nacidos con bajo peso (< 2500 gramos)	MODERADA	BAJA	NO	Recién nacidos	Hogar	
F081-CUS14	Entrevistas motivacionales de promoción de conductas de salud en adolescentes de 13 a 20 años	Cambios en las conductas de salud	ALTA	BAJA	SI	13-20 años	Centros de Salud	
F082-LUC11	Intervenciones para reducción de conducta sedentaria (ver TV)	IMC promedio	MODERADA	BAJA	NO			Incrementa efecto (ES) Niños menores de 6 años (independiente del tipo de intervención)
F083-LUC11	Intervenciones que combinan actividad física con educación en temas de salud y nutrición.	IMC promedio	MODERADA	BAJA	NO			Incrementa efecto (ES) Niños menores de 6 años (independiente del tipo de intervención)
F084-LUC11	Intervenciones cuyo foco es la educación en temas de salud y nutrición.	IMC promedio	MODERADA	BAJA	NO			Incrementa efecto (ES) Niños menores de 6 años (independiente del tipo de intervención)

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervención(es)	Variable(s) operacional(es) utilizadas	Calidad de evidencia	Efectividad	Candidata a la ruta	Edad participantes	Contexto en que se aplica	Estudio moderadores: variables que modifican el efecto
F085-LUC11	Intervenciones cuyo foco es la actividad física.	% de grasa corporal	MODERADA	ALTA	SI			Incrementa efecto (ES) Niños menores de 6 años (independiente del tipo de intervención)
F086-BEA14	Educación individual sobre obesidad, alimentación y actividad física	Índice de masa corporal, porcentaje de grasa corporal	BAJA	BAJA	NO	6 años promedio	Hogar	Diferencia significativa entre grupos de NSE alto y bajo (IQR) IMC = -0,3 (0,5) v/s -0,02 (0,4); P = <0,05).
F087-BEA14	Educación y actividades lúdicas sobre alimentación y actividad física, con personal capacitado e información de padres	Índice de masa corporal	BAJA	INEFECTIVA	NO	6 años promedio	Escuela	En seguimiento a los 4 años, la intervención fue efectiva en NSE alto pero no en NSE bajo (OR = 0.35, 95% CI 0.14 - 0.91 para NSE alto, OR 1.31, 95% CI 0.69 - 2.46 en NSE bajo).
F088-BEA14	Intervenciones comunales y escuela sobre estilo de vida saludable, con cambios multinivel.	Índice de masa corporal	BAJA	BAJA	NO	5 a 10 años	Comunal, Escuela	Efecto en NSE alto pero no en NSE bajo (promedio IMC estandarizada -0.05, P < 0.001 para NSE alto, -0.03 (no significativo) para NSE bajo). Prevalencia de obesidad disminuyó significativamente en NSE alto (-2.1%, P < 0.05).
F089-BEA14	Programa integral de actividad física adolescente, con participación de escuela y comunidad.	Índice de masa corporal	ALTA	BAJA	SI	12 años promedio	Escuela	Sin diferencias significativas entre NSE alto y bajo
F090-BEA14	Intervención integral, educación a educadoras, seguimiento salud, educación niños y foco en nutrición y actividad física	Índice de masa corporal	ALTA	BAJA	SI	5 años promedio	Escuela	Resultados corresponden a NSE bajo, al inicio de la intervención. No hubo efecto de intervención en NSE alto.
F091-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.	Escala de desarrollo de Bayley, subescala motora	MODERADA	INEFECTIVA	NO	menor a 12 meses	Centros de Salud	
F092-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.	Escala de desarrollo de Bayley, subescala motora	MODERADA	INEFECTIVA	NO	12 a 24 meses	Centros de Salud	
F093-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.	Escala de desarrollo mental de Griffith	ALTA	EVIDENCIA INSUFICIENTE	NO	2 a 5 años	Centros de Salud	
F094-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.	Agudeza visual Sin embargo concluye que intervención no tiene resultados favorables medido a través de sensibilidad retinal a la semana de vida, el procedimiento Teller Acuity Card a los 2 y 6 meses, y potencial visual evocado (VEP) en distintas mediciones hasta los 6 meses.	ALTA	EVIDENCIA INSUFICIENTE	NO	menor a 12 meses	Centros de Salud	
F095-AGH14	Intervenciones conductuales de estilo de vida para la prevención y tratamiento de obesidad antes y/o durante la gestación.	A) Ganancia de peso gestacional; B) Pérdida de peso post parto; C) Retención de peso post parto	ALTA	MODERADA	SI	21 a 35 años	Centros de Salud	Tipo de participantes y contexto de entrega de la intervención.
F096-AGH14	Intervenciones conductuales de estilo de vida para la prevención y tratamiento de obesidad antes y/o durante la gestación.	Semanas de gestación al momento del parto	ALTA	INEFECTIVA	NO	24 a 35 años	Centros de Salud	
F097-PEA13	Intervenciones multimodales de actividad física para mujeres embarazadas	Actividad física de la mujer gestante, intención o ejecución, medido por cuestionario autoreporte, y en 4 estudios uso de pedómetro, monitor de frecuencia cardíaca y diario de ejercicios.	ALTA	INEFECTIVA	NO	19 hasta 35 años	Mayoritariamente en contextos clínicos de salud y pocos comunitarios (Gimnasio, universidad, casa y centro comunitario). 4 estudios usaron mas de un contexto.	
L001-HAH14	Asistencia a Kindergarten a tiempo completo	Logro académico en área verbal	BAJA	MODERADA	NO	3-6 años, Kindergarten	Escuela	Programas de menos de 360 minutos/día tuvieron un TE estimado de 0.07 (95% CI 0.07, 0.25), mientras en los >= 360 fue de 0.43 (95% CI 0.18, 0.67)
L002-RIP14	Concepción simple de la lectura	Comprensión de lectura	BAJA	SUGERENTE (NC)	NO	Niños de habla inglesa de 6 a 11	NR	

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervención(es)	Variable(s) operacional(es) utilizadas	Calidad de evidencia	Efectividad	Candidata a la ruta	Edad participantes	Contexto en que se aplica	Estudio moderadores: variables que modifican el efecto
						anos (educación básica)		
L003-MOL11	Exposición a palabras impresas en tiempo libre	Vocabulario receptivo, expresivo, lectura básica, lenguaje oral, Comprensión de lectura, reconocimiento de palabras, Dictado (spelling)	BAJA	MODERADA	NO	Niños en edad preescolar	Hogar	
L004-TRA11	Intervenciones a niños con dificultad para aprendizaje de la lectura	Reconocimiento de palabras Velocidad de nombramiento Conciencia fonológica Ataque de palabras Vocabulario Comprensión de lectura Dictado (spelling) Memoria fonológica Ortografía Fluidez de lectura	BAJA	ALTA	NO	Niños de educación básica y media	Escuela	NR
L005-MOL11	Intervenciones basadas en capacitación a los padres	Lenguaje expresivo y receptivo, Vocabulario expresivo y receptivo	ALTA	MODERADA	SI	Niños de 3 a 5 años	Otro: Hogar u otro	Discapacidad intelectual en algunos outcomes: Reduce efecto
L006-NVE06	Intervenciones después de la escuela con los padres en lectura colaborativa	Logros de lectura	ALTA	MODERADA	SI	Niños en edad preescolar o educación básica	Otro: Fuera de la escuela	
L007-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo	Habilidades verbales / Reconocimiento de palabras (decoding)	MODERADA	INEFECTIVA	NO	NR	NR	
L008-SWA11	Lectura de cuentos en voz alta	Resultados de lenguaje Conciencia fonológica Conceptos impresos Comprensión Vocabulario	MODERADA	MODERADA	SI	Niños de 3 a 8 años	Escuela	Tipo de intervención (lectura dialógica vs otros tipos), Criterio de selección (suave vs duro)
L009-SHA15	Lectura de libro compartido (shared book reading)	Comprensión Desarrollo del lenguaje Conocimiento del alfabeto Logro académico en lectura	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Niños de 3 a 6 años	Otro: Escuela o Centros	
L010-MOL11	Lectura dialógica de libros de padres a hijos: Lenguaje expresivo y comprensivo	Lenguaje oral Vocabulario expresivo Vocabulario receptivo Conocimiento del alfabeto Sensibilidad fonológica Conciencia ortográfica	MODERADA	MODERADA	SI	Niños en edad preescolar y de primer año básico	Escuela	Nivel socioeconómico; Adulto que interviene (profesor vs investigador); Tipo de intervención (Dialógica, relacionada a Dialógica o Interactiva extra curricular), Incrementan efecto en varios casos
L011-MOL11	Lectura dialógica de libros de padres a hijos: Vocabulario	Vocabulario expresivo / Vocabulario receptivo	MODERADA	MODERADA	SI	Niños en edad preescolar	Hogar	Nivel socioeconómico (solo en uno de los 2 outcomes) Incrementa efecto; Q = 6.80, p < .01
L012-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.	Escala de desarrollo de Bayley	ALTA	INEFECTIVA	NO	12 a 24 meses	Centros de Salud	
L013-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.	Peabody Picture Vocabulary Test	ALTA	EVIDENCIA INSUFICIENTE	NO	2 a 5 años	Centros de Salud	
L014-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje	Lenguaje expresivo	ALTA	ALTA	SI	Niños de 18 meses a 5 años	Otro: Hogar u otro	
L015-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje	Lenguaje receptivo	ALTA	MODERADA	SI	Niños de 18 meses a 5 años	Otro: Hogar u otro	
L016-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje	Voabulario expresivo	ALTA	MODERADA	SI	Niños de 18 meses a 5 años	Otro: Hogar u otro	Discapacidad intelectual
L017-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje	Vocabulario receptivo	ALTA	MODERADA	SI	Niños de 18 meses a 5 años	Otro: Hogar u otro	
L018-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje	Lenguaje expresivo	ALTA	SUGERENTE (NC)	SI	Niños de 18 meses a 5 años	Otro: Hogar u otro	
L019-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje	Lenguaje receptivo	ALTA	MODERADA	SI	Niños de 18 meses a 5 años	Otro: Hogar u otro	
L020-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje	Voabulario expresivo	ALTA	INEFECTIVA	NO	Niños de 18 meses a 5 años	Otro: Hogar u otro	Discapacidad intelectual
L021-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje	Vocabulario receptivo	ALTA	INEFECTIVA	NO	Niños de 18 meses a 5 años	Otro: Hogar u otro	
S001-FUR12	Intervención grupal cognitivo-conductual a padres de niños de 3 a 12 años con problemas conductuales: aumento interacciones parentales positivas	A) Autorreportes parentales: Parenting Competency questionnaire, Ghent parental behaviour measure, Parent sense of competence scale, Parent practices interview, Problem-Setting Behaviour Checklist; / B) Reportes independientes: DPICS, Gardner's observation scheme, Global Rating of Maternal Behaviour (GRMB) scheme, FAST TRACK observational tool	MODERADA	ALTA	SI	3 a 12 años	Centros de Salud, comunal	Incrementa efecto: Severidad de problemas de conducta, bajo nivel socioeconómico
S002-FUR12	Intervención grupal cognitivo-conductual a padres de niños de 3 a 12 años con problemas conductuales: disminución interacciones parentales negativas	A) Autorreporte parental: Ghent scales, Parenting Scale, Parental Sense of Competence scale, Parent Practices Interview, DDI critical verbal ratio scale, Parent Daily Report spanking subscale. / B) Reportes independientes: DPICS observational instrument, Mother-Child interaction free play clinic observation, GRMB	MODERADA	ALTA	SI	3 a 12 años	Centros de Salud, comunal	

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervención(es)	Variable(s) operacional(es) utilizadas	Calidad de evidencia	Efectividad	Candidata a la ruta	Edad participantes	Contexto en que se aplica	Estudio moderadores: variables que modifican el efecto
		coding scheme						
S003-FUR12	Intervención grupal cognitivo-conductual a padres de niños de 3 a 12 años con problemas conductuales: síntomas parentales	Autorreportes parentales: Parenting Stress Index (PSI), Beck Depression Inventory (BDI), Depression-Anxiety-Stress Adjustment scale, Work Stress Scale	MODERADA	MODERADA	SI	3 a 12 años	Centros de Salud, comunal	Severidad de problemas de conducta, bajo nivel socioeconómico, grado de fidelidad de la intervención: Incrementa efecto
S004-MEN13	Intervención manualizada Incredible Years Parent Training (IYPT): Conducta disruptiva	Conducta disruptiva	MODERADA	BAJA	NO	3-9 años	Otro: mixto	
S006-WOO12	Intervenciones basadas en tutoría en escuelas: Actitud hacia la escuela o familia	Actitud hacia la escuela o familia	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Adolescentes (11 a 18 años), estudios realizados solo en EEUU	Escuela	
S007-BAR12	Intervenciones conductual, cognitivo conductual y multimodal para padres: depresión y ansiedad parental	A) Síntomas depresivos: Beck Depression Inventory, Depression Anxiety Stress Scale, Center for Epidemiological Studies Depression Scale / B) Ansiedad: Depression Anxiety Stress Scale (principalmente). / C) Estrés: Parenting Stress Index, Depression Anxiety Stress Scale (principalmente)	ALTA	BAJA	SI	Padres de niños entre 2 a 13 años	Escuela, Centro de salud, Comunal	
S008-PIQ10	Intervenciones de grupo y en colegios para desarrollo de habilidades sociales: Delincuencia y conductas problema	Delincuencia y conductas problemáticas	ALTA	MODERADA	SI	3-10 años	Otro: Mixto	Ninguno
S009-STO12	Intervenciones de prevención de entrega individual en colegios: Conductas externalizantes	Conductas externalizantes relacionadas con comportamientos negativos (agresión verbal, física, delincuencia, etc.)	MODERADA	MODERADA	SI	6 - 11 años	Escuela	Niños de menor edad se benefician más. B: -0,1 ES
S010-FEL13	Intervenciones educacionales, a población general entre 12 y 25 años: Conductas violentas en pololeo	Conductas violentas en pololeo	MODERADA	INEFECTIVA	NO	12-25 años	Otro:	
S011-SOL12	Intervenciones individuales cognitivo conductual con otros componentes para reducir conducta inapropiada y aumentar conducta positiva	La mayoría de los estudios usó Formato de reporte de profesores del CBCL Achenbach 1991. SBCL (School Behavior Checklist). TOCA-R (Teacher Observation of Classroom Adaption—Revised). Test de Connors. Múltiples reportes de profesores.	MODERADA	MODERADA	SI	desde kinder hasta sexto básico	Escuela	A menor edad del niño: incrementa efecto. Correlación negativa B= -.01 p=0.001 (menor efecto a mayor edad)
S012-SOL12	Intervenciones individuales cognitivo conductual para reducir conducta inapropiada y aumentar conducta positiva	La mayoría de los estudios usó Formato de reporte de profesores del CBCL Achenbach 1991. SBCL (School Behavior Checklist). TOCA-R (Teacher Observation of Classroom Adaption—Revised). Test de Connors. Múltiples reportes de profesores.	MODERADA	MODERADA	SI	desde kinder hasta sexto básico	Escuela	
S013-CHA13	Intervenciones para mejorar aceptación y respeto en el entorno social de la escuela.	Conducta de riesgo	BAJA	MODERADA	NO	5-18 años	Escuela	
S014-FON14	Intervenciones preventivas de estrés y depresión postnatal	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Beck Depression Inventory (BDI-II), Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), Centre for Epidemiological Studies, Depression Scale (CES-D), The State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Depression Anxiety Stress Scale (DASS), Parenting Stress Index (PSI).	ALTA	INEFECTIVA	NO	Gestación a 1 año	No reportado	
S015-CLA13	Intervenciones psicosociales para prevenir problemas de salud mental: depresión postparto	Autorreportes: Edinburgh Postnatal Depression Scale, Center for Epidemiological Studies Depression Scale, Hamilton Depression Rating Scale, entre otras.	MODERADA	MODERADA	SI	Gestación - lactancia	Centros de Salud, Comunal, Hogar	Intervenciones prenatales no fueron efectivas (ES -0.46; 95% CI -0.94 - 0.01), comparadas con intervenciones pre y post natal (ES -0.26; 95% CI -0.42 - -0.10). Intervenciones con enfoque de promoción de salud (7 estudios) (ES -0.15; 95% CI -0.27 - -0.02) tuvieron menor efecto que las intervenciones psicológicas (3 estudios) (ES -0.46; 95% CI -0.58 - -0.33). Meta-

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervención(es)	Variable(s) operacional(es) utilizadas	Calidad de evidencia	Efectividad	Candidata a la ruta	Edad participantes	Contexto en que se aplica	Estudio moderadores: variables que modifican el efecto
								regresión entre ES de intervenciones con enfoque psicológico y de promoción de salud muestra diferencias significativas (b coefficient -0.33; 95% CI -0.09 - -0.58)
S016-BEN13	Intervenciones que incluyen apoyo parental y educación parental: Cuidados infantiles, Sensibilidad y Responsividad	Subescalas de alimentación o de enseñanza de la Escala del Entrenamiento Satélite de Evaluación de Cuidados infantiles, Subescalas cualitativas de Sensibilidad y Responsividad	ALTA	SUGERENTE (NC)	SI	No se menciona	Centros de Salud y Comunal	
S017-BEN13	Intervenciones que incluyen apoyo parental y educación parental: Síntomas psicológicos parentales	A) Índice de estrés parental (Largo y abreviado), Escala de estrés parental (NICU) B) ANSIEDAD: Inventario de Estados de Ansiedad, Escala hospitalaria de Ansiedad y depresión. C) DEPRESION: Inventario de Estados de Ansiedad, Escala hospitalaria de Ansiedad y depresión.	ALTA	MODERADA	SI	No se menciona	Centros de Salud y Comunal	
S018-BEN13	Masaje infantil: apego	Q set de Apego (Waters 1985) a los 12 meses	BAJA	EVIDENCIA INSUFICIENTE	NO	Bebés de 0 a 6 meses	Múltiples contextos: Comunal, maternidad, colegio (madres adolescentes), sala cuna y orfanato.	
S019-BEN13	Masaje infantil: prácticas parentales positivas	Nursing Child Feeding Assessment Scale (NCAFS), Nursing Child Teaching Assessment Scales (NCATS), Murray ratings scales, Procedimiento de la Situación Extraña	MODERADA	EVIDENCIA INSUFICIENTE	NO	Bebés de 0 a 6 meses	Múltiples contextos: Comunal, maternidad, colegio (madres adolescentes), sala cuna y orfanato.	
S020-BEN13	Masaje infantil: stress parental	Parental stress index	MODERADA	EVIDENCIA INSUFICIENTE	NO	Bebés de 0 a 6 meses	Múltiples contextos: Comunal, maternidad, colegio (madres adolescentes), sala cuna y orfanato.	
S021-KOK14	Programa "Skills for Youth Relationships Fourth R": eventos de maltrato en la pareja	Diversos cuestionarios de autorreporte para medir tipo y frecuencia de eventos de maltrato físico, verbal, psicológico o sexual en la pareja, tipo escala likert o respuestas dicotómicas. Entre otros: Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory, Revised Conflict Tactics Scale, Conflict Tactics Scale 2, Women's Experience of Battering Scale.	ALTA	INEFECTIVA	NO	14 años (promedio)	Escuela	
S022-KOK14	Programa "Safe Dates" para adolescentes: eventos de maltrato en la pareja	Diversos cuestionarios de autorreporte para medir tipo y frecuencia de eventos de maltrato físico, verbal, psicológico o sexual en la pareja, tipo escala Likert o respuestas dicotómicas. Entre otros: Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory, Revised Conflict Tactics Scale, Conflict Tactics Scale 2, Women's Experience of Battering Scale.	ALTA	MODERADA	SI	13 años (promedio)	Escuela	
S023-OU11	Programa de implementación de herramientas de buen manejo de aula de los profesores: Conducta disruptiva	Conducta disruptiva o problemática	MODERADA	ALTA	SI	8-17 años	Escuela	
S024-VAN14	Programas de consejería de apoyo sobre violencia: Tasa de victimización	Tasa de victimización	ALTA	SUGERENTE (NC)	SI	Gestación	Comunal	
S025-WYA08	Programas de habilidades parentales para promover el desarrollo prevenir abuso sexual infantil: Conducta externalizante	Conducta externalizante	ALTA	MODERADA	SI	0-7 años	Hogar	Incrementan efecto: Padre: conocimiento de parentalidad, actitudes, valores, autoeficacia, conducta; Hijo: conducta internalizante, externalizante, rendimiento académico, competencia social
S026-VAN14	Programas de Visitas Domiciliarias por paraprofesionales para prevenir maltrato infantil y de pareja:	Tasa de victimización	ALTA	SUGERENTE (NC)	SI	Gestación	Hogar	

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervención(es)	Variable(s) operacional(es) utilizadas	Calidad de evidencia	Efectividad	Candidata a la ruta	Edad participantes	Contexto en que se aplica	Estudio moderadores: variables que modifican el efecto
	Tasa de victimización							
S027-DE 14	Programas dirigidos al curso sobre mitos respecto a violación	Cuestionarios y escalas de adherencia a mitos sobre violación: Rape Myths Acceptance Scale (RMAS), Illinois Rape Myth Acceptance Scale (IRMA-SF).	MODERADA	MODERADA	SI	Escolares de 12 a 15 años	Escuela	Escuelas rurales, en comparación con las escuelas suburbanas, mostraron un efecto del tratamiento significativamente mayor ($\beta = 0,21$, CI 95% = 0,04 - 0,38).
S028-DE 14	Programas dirigidos al curso sobre uso de la violencia en la pareja	Medidas de maltrato psicológico y de victimización de violencia sexual y no sexual en las relaciones de noviazgo, incluyendo preguntas de la prevalencia (sí / no) y la incidencia (número de veces) de ser víctima de violencia sexual y no sexual por las personas con que han salido.	MODERADA	BAJA	NO	Escolares de 12 a 15 años	Escuela	Escuelas rurales, en comparación con las escuelas suburbanas, mostraron un efecto del tratamiento significativamente mayor ($\beta = 0,21$, CI 95% = 0,04 - 0,38).
S029-DE 14	Programas dirigidos al curso sobre uso de la violencia para resolución de conflictos	Cuestionarios sobre creencias, estereotipos, aceptación de la violencia como modo de resolver conflictos, aceptación de normas, entre otros conceptos.	MODERADA	BAJA	NO	Escolares de 12 a 15 años	Escuela	Escuelas rurales, en comparación con las escuelas suburbanas, mostraron un efecto del tratamiento significativamente mayor ($\beta = 0,21$, CI 95% = 0,04 - 0,38).
S030-DE 14	Programas dirigidos al curso sobre violencia de género	Cuestionarios y escalas de autorreporte para medir prevalencia y frecuencia de conductas de violencia sexual y no sexual hacia la pareja durante salidas.	ALTA	INEFECTIVA	NO	Escolares de 12 a 15 años	Escuela	Escuelas rurales, en comparación con las escuelas suburbanas, mostraron un efecto del tratamiento significativamente mayor ($\beta = 0,21$, CI 95% = 0,04 - 0,38).
S031-WAL15	Programas escolares para conocimiento sobre abuso sexual, prevención del abuso sexual, y/o adquisición conductas de auto protección	Develaciones espontáneas de abuso sexual previo o actual, a algún personal del colegio.	ALTA	ALTA	SI	8 a 12 años	Escuela	
S033-DUR11	Programas universales de aprendizaje social y emocional: Conducta social positiva	Conducta social positiva	BAJA	MODERADA	NO	Niños de kindergarten a educación media	Escuela	
S035-TUR12	VD de profesionales a mujeres con abuso de sustancias: Conducta del niño	Child Behavioural Checklist a los 18 meses	MODERADA	EVIDENCIA INSUFICIENTE	NO	Mujeres en edad fértil (18-40 años)	Hogar	
S036-TUR12	VD de profesionales a mujeres con abuso de sustancias: lesiones no-accidentales en el niño	Presencia de lesión no-accidental en el niño	MODERADA	SUGERENTE (NC)	NO	Mujeres en edad fértil (18-40 años)	Hogar	
S037-TUR12	VD de profesionales a mujeres con abuso de sustancias: Vacunación incompleta del niño	Vacunación incompleta a los 6 meses de nacido	MODERADA	INEFECTIVA	NO	Mujeres en edad fértil (18-40 años)	Hogar	
S038-GOY13	VD desde alta hospitalaria orientada a cuidados del recién nacido: inventario HOME	Inventario HOME: Home Observation for Measurement of the Environment	ALTA	ALTA	SI	Nacimiento - primera infancia	Hogar	
S039-BRY13	Video sobre información y estrategias para mejorar sueño del recién nacido: estrés parental	Parenting Stress Index	ALTA	INEFECTIVA	NO	0 a 3 meses	Hogar, Centro de salud	
S040-PET12	Visitas organizadas de niños delincuentes o pre delincuentes hasta 17 años, a cárceles: conducta ofensiva posterior	Prevalencia de conducta ofensiva posterior, incidencia de conducta ofensiva posterior, latencia de conducta ofensiva posterior, gravedad de conducta ofensiva posterior	MODERADA	INEFECTIVA	NO	15-17 años	Otro:	
S041-CLA12	Intervenciones durante la gestación y/o postparto para reducir depresión postnatal	Escala de Depresión Postparto Edimburgo, Escala de Depresión de Beck,	ALTA	MODERADA	SI	Rango promedio de edad 22 a 31 años.	Centros de Salud y otros	A) Intervención es más efectiva cuando se trata a mujeres con depresión durante el embarazo. Intervenciones más efectivas en mujeres que en la línea basal de sintomatología clasificaban para una moderada o severa intensidad. B) Las intervenciones basadas en Modelo de terapias psicológicas (interpersonal y cognitivo conductual) fueron mas efectivas que aquellas basadas en Modelos de ayuda psicosocial y psicoeducacional.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervención(es)	Variable(s) operacional(es) utilizadas	Calidad de evidencia	Efectividad	Candidata a la ruta	Edad participantes	Contexto en que se aplica	Estudio moderadores: variables que modifican el efecto
								Modelo T Interpersonal con foco en relaciones interpersonales y manejo de conflictos. T. Cognitivo conductual con foco en relaciones de pareja, fomento de comunicación y refuerzo positivo de la conducta positiva. Las intervenciones psicosociales con foco en resolver las preocupaciones sobre el período postnatal, resolución de dificultades, y división de tareas de cuidado infantil.
S042-SME14	Programas Triple P y IYPT con componentes cognitivo-conductuales	Síntomas externalizantes	ALTA	INEFECTIVA	NO	2-19 años	Otro: Mixto	No reportado
S043-ABO12	Intervenciones para promover respeto e inclusión hacia niños de minorías étnicas	A) Actitudinales (valoración de otros, nivel de respeto hacia otros); B) Relaciones Personales (número de amistades de otras etnias, criterios de inclusión o inclusión al formar amistades, interacciones con personas de otras etnias) / Comportamiento social (juega, comparte, ayuda, y/o coopera con personas de otras etnias)	ALTA	SUGERENTE (NC)	SI	Hasta 8 años	Escuela	
S044-SME14	Programas Triple P y IYPT con componentes cognitivo-conductuales	Síntomas externalizantes	ALTA	INEFECTIVA	NO	2-19 años	Otro: Mixto	
S045-TAR14	Intervenciones parentales autoaplicadas con material sobre estrategias conductuales	Conductas externalizantes	ALTA	ALTA	SI	3-12 años	Hogar	
S046-SAN14	Programa Triple P (Prácticas Parentales Positivas)	SEB (social: interacción con pares, adultos, padres; emocional: ansiedad, frustración; conductual: internalizantes, externalizantes) instrumento propio	MODERADA	ALTA	SI	0-16 años	Otro: Comunal, escuela, on line, telefónico.	Incrementa efecto: Estudios realizados en Australia, Niños con alteraciones en su desarrollo, Estudios con niños menores Nivel de tratamiento o dirigida
S047-SAN14	Programa Triple P (Prácticas Parentales Positivas)	SEB (social: interacción con pares, adultos, padres; emocional: ansiedad, frustración; conductual: internalizantes, externalizantes) instrumento propio	MODERADA	ALTA	SI	0-16 años	Otro: Comunal, escuela, on line, telefónico.	Incrementa efecto: Niveles 3 y 5 de los niveles del programa, Nivel de tratamiento o dirigida y Estudios con menos de 35 participantes
S048-EVA14	Educación sobre capacidades del bebé, consuelo efectivo y estados de conciencia	Escala observacional: Nursing Child Assessment Feeding Scale NCAFS, Nursing Child Assessment Teaching Scale NCATS	ALTA	INEFECTIVA	NO	Recién nacidos	Centros de Salud, Hogar	
S049-EVA14	Educación sobre capacidades del bebé, consuelo efectivo y estados de conciencia	Escala observacional: Nursing Child Assessment Teaching Scale NCATS	MODERADA	MODERADA	SI	Recién nacidos	Centros de Salud, Hogar	

Intervenciones Efectivas

A continuación se detalla un listado de intervenciones efectivas: con una magnitud del efecto alto, moderado o bajo. Independiente de la calidad de los estudios, por lo tanto del análisis de si es o no candidata a la ruta.

Tabla 27: Lista de intervenciones efectivas: con una magnitud del efecto alto, moderado o bajo

Código	Intervenciones efectivas
C001-HAH14	Asistencia a Kindergarten a tiempo completo vs. parcial: logro académico
C002-MOL11	Exposición a palabras impresas (print exposure) en tiempo libre
C003-NYE06	Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa: Desempeño académico
C004-NYE06	Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa: Desempeño en matemática
C005-ORT09	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora: Desarrollo mental 0-3 años
C006-ORT09	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora: Inteligencia 3-5 años
C009-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Habilidad no verbal
C010-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo verbal (corto plazo)
C012-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo visoespacial (corto plazo)
C013-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo visoespacial (largo plazo)
C014-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Test de Stroop
C015-MAY11	Intervenciones orientadas a estudiantes (consejería, trabajo social, u otras) o familias: asistencia escolar
C018-WIL11	Paquetes multiservicio y monitoreo de asistencia unido a incentivos financieros
C021-WIL11	Programas multicomponentes basados en intervenciones en la escuela o comunidad: abandono escolar
C022-DUR11	Programas universales de aprendizaje social y emocional
C024-JIA14	Suplemento de Ácidos grasos poliinsaturados (n-3 PUFA)
C029-GOY13	VD profesional orientada a cuidados del recién nacido
C033-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.
E001-EKE05	Actividad motora gruesa de alta intensidad energética
E002-JAC12	ALERT: Programa de desarrollo personal y social para prevención de drogas
E006-TON14	Educación prenatal sobre riesgos de consumo pasivo de tabaco en hogar
E008-PAT13	Intervenciones de prevención / continuación de consumo de tabaco.
E009-JAC12	Focus on Kids e Informed Parents and Children Together (ImPACT) de prevención sobre sexo seguro y uso de drogas y alcohol: tabaco
E012-JAC12	HealthWise: Programa de educación sexual y habilidades para la vida: tabaco
E013-JAC12	HealthWise: Programa de educación sexual y habilidades para la vida: uso de alcohol
E014-LEM10	Intervención escolar de entrega de información anti drogas y desarrollo de habilidades: uso de alcohol
E015-LEM10	Intervención escolar de entrega de información anti drogas y desarrollo de habilidades: uso de

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervenciones efectivas
	marihuana
E019-FUR12	Intervenciones grupales para padres de niños con problemas conductuales: Reportes independientes
E020-FUR12	Intervenciones grupales para padres de niños con problemas conductuales: Reportes parentales
E021-NIC12	Intervenciones para prevenir efectos en los hijos de madres consumidoras de sustancias
E022-TAI13	Intervenciones realizadas mediante computador/internet: uso de marihuana
E033-MER11	Programas preventivos enfocados en el desarrollo de habilidades a niños y adolescentes
E034-DUR11	Programas universales de aprendizaje social y emocional: Actitudes hacia uno mismo y los otros
E035-DUR11	Programas universales de aprendizaje social y emocional: Estrés emocional
E036-DUR11	Programas universales de aprendizaje social y emocional: Habilidades socioemocionales
E037-DUR11	Programas universales de aprendizaje social y emocional: Problemas de conducta
E047-SAN14	Programa Triple P (Prácticas Parentales Positivas)
F001-MOR13	Clases de ejercicio físico y deportes
F002-BEH11	Entrenamiento de ejercicios de resistencia
F003-JOL12	Intervención postnatal basada en el apoyo de pares
F004-JOL12	Intervención pre y postnatal basada en el apoyo de pares
F005-GRE14	Macronutrientes pregestacionales y gestacional (1 día)
F008-GRE14	Intervenciones basadas en fortificados con macronutrientes + consejería de dieta.
F009-REY14	Intervenciones comunitarias de promoción de actividad física basadas en el fomento de transporte activo del niño al colegio
F013-BID11	Intervenciones de cambio de conducta sedentaria: educacional, comunitario, clínico
F014-BRY13	Sesión breve sobre estrategias para mejorar sueño del recién nacido, más reforzamiento telefónico: tiempo de sueño
F015-BID14	Intervenciones de promoción de actividad física e ingesta de frutas y verduras en niñas pre-adolescentes
F018-IBA12	Intervenciones educacionales para fomento de la lactancia materna en contexto de salud primaria.
F019-IBA12	Intervenciones educacionales para fomento de la lactancia materna en contexto de salud primaria.
F020-ORI10	Intervenciones educacionales sobre anticoncepción: uso de condón
F022-HAR13	Intervenciones educativas de consejería distintas modalidades: 0 a 31 días
F023-HAR13	Intervenciones educativas de consejería distintas modalidades: 2 a 5 meses
F024-VAN12	Intervenciones en colegios y en población general para disminuir conducta sedentaria
F025-VAN12	Intervenciones en colegios y en población general para disminuir conducta sedentaria.
F031-BEN13	Masaje infantil
F032-BEN13	Masaje infantil: talla
F033-BEN13	Masaje infantil: sueño
F034-BEN13	Masaje infantil: peso
F035-WAN13	Masaje: estimulación táctil y/o kinestésica
F038-JAC12	Programas comunales con participación familiar:
F041-WAT11	Programas de educación en dieta y/o promoción de actividad física, en currículum escolar,

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervenciones efectivas
	niños entre 6 a 12 años
F042-FON14	Programas de educación sexual basados en la escuela
F043-ERW14	Recreos de escuela con intervención de promoción de actividad física moderada e intensa.
F044-JIA14	Suplemento de Ácidos grasos poliinsaturados (n-3 PUFA)
F045-SZA10	Suplemento de hierro en niños no anémicos
F047-HAR13	Intervenciones educativas de consejería distintas modalidades: No lactancia 0 a 5 meses
F050-COR13	Intervenciones con lugar de refugio y componente educacional para niños y jóvenes en situación de calle
F052-BES11	Comida fortificada con multi micronutrientes
F053-MAD14	Programas en escuela de promoción dieta saludable, menor consumo de bebidas carbonatadas, y aumento de actividad física
F054-DUD15	Enfoques/estrategias de enseñanza de promoción hábitos de alimentación saludables en estudiantes de primaria.
F055-HAM11	Frecuencia de comidas o cenas en familia
F057-WOL14	Intervenciones comunitarias multicomponentes, de nutrición y actividad física
F058-LAN12	Intervenciones con educación nutricional y actividades de jardinería en colegios
F059-TRE11	Intervenciones para disminuir comportamiento sedentario
F064-KES11	Intervenciones multicomponente para la prevención de sobrepeso y obesidad en preadolescentes mujeres
F067-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de actividad física
F076-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de nutrición
F080-BLA12	Subsidios de alimentación: Peso de recién nacidos
F081-CUS14	Entrevistas motivacionales de promoción de conductas de salud en adolescentes de 13 a 20 años
F082-LUC11	Intervenciones para reducción de conducta sedentaria (ver TV)
F083-LUC11	Intervenciones que combinan actividad física con educación en temas de salud y nutrición.
F084-LUC11	Intervenciones cuyo foco es la educación en temas de salud y nutrición.
F085-LUC11	Intervenciones cuyo foco es la actividad física.
F086-BEA14	Educación individual sobre obesidad, alimentación y actividad física
F088-BEA14	Intervenciones comunales y escuela sobre estilo de vida saludable, con cambios multinivel.
F089-BEA14	Programa integral de actividad física adolescente, con participación de escuela y comunidad.
F090-BEA14	Intervención integral, educación a educadoras, seguimiento salud, educación niños y foco en nutrición y actividad física
F095-AGH14	Intervenciones conductuales de estilo de vida para la prevención y tratamiento de obesidad antes y/o durante la gestación.
L001-HAH14	Asistencia a Kindergarten a tiempo completo
L003-MOL11	Exposición a palabras impresas en tiempo libre
L004-TRA11	Intervenciones a niños con dificultad para aprendizaje de la lectura
L005-MOL11	Intervenciones basadas en capacitación a los padres
L006-NYE06	Intervenciones después de la escuela con los padres en lectura colaborativa
L008-SWA11	Lectura de cuentos en voz alta
L010-MOL11	Lectura dialógica de libros de padres a hijos: Lenguaje expresivo y comprensivo

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Código	Intervenciones efectivas
L011-MOL11	Lectura dialógica de libros de padres a hijos: Vocabulario
L014-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje
L015-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje
L016-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje
L017-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje
L019-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje
S001-FUR12	Intervención grupal cognitivo-conductual a padres de niños de 3 a 12 años con problemas conductuales: aumento interacciones parentales positivas
S002-FUR12	Intervención grupal cognitivo-conductual a padres de niños de 3 a 12 años con problemas conductuales: disminución interacciones parentales negativas
S003-FUR12	Intervención grupal cognitivo-conductual a padres de niños de 3 a 12 años con problemas conductuales: síntomas parentales
S004-MEN13	Intervención manualizada Incredible Years Parent Training (IYPT): Conducta disruptiva
S007-BAR12	Intervenciones conductual, cognitivo conductual y multimodal para padres: depresión y ansiedad parental
S008-PIQ10	Intervenciones de grupo y en colegios para desarrollo de habilidades sociales: Delincuencia y conductas problema
S009-STO12	Intervenciones de prevención de entrega individual en colegios: Conductas externalizantes
S011-STO12	Intervenciones individuales cognitivo conductual con otros componentes para reducir conducta inapropiada y aumentar conducta positiva
S012-STO12	Intervenciones individuales cognitivo conductual para reducir conducta inapropiada y aumentar conducta positiva
S013-CHA13	Intervenciones para mejorar aceptación y respeto en el entorno social de la escuela.
S015-CLA13	Intervenciones psicosociales para prevenir problemas de salud mental: depresión postparto
S017-BEN13	Intervenciones que incluyen apoyo parental y educación parental: Síntomas psicológicos parentales
S022-KOK14	Programa "Safe Dates" para adolescentes: eventos de maltrato en la pareja
S023-OLI11	Programa de implementación de herramientas de buen manejo de aula de los profesores: Conducta disruptiva
S025-WYA08	Programas de habilidades parentales para promover el desarrollo prevenir abuso sexual infantil: Conducta externalizante
S027-DE 14	Programas dirigidos al curso sobre mitos respecto a violación
S028-DE 14	Programas dirigidos al curso sobre uso de la violencia en la pareja
S029-DE 14	Programas dirigidos al curso sobre uso de la violencia para resolución de conflictos
S031-WAL15	Programas escolares para conocimiento sobre abuso sexual, prevención del abuso sexual, y/o adquisición conductas de auto protección
S033-DUR11	Programas universales de aprendizaje social y emocional: Conducta social positiva
S038-GOY13	VD desde alta hospitalaria orientada a cuidados del recién nacido: inventario HOME
S041-CLA12	Intervenciones durante la gestación y/o postparto para reducir depresión postnatal
S045-TAR14	Intervenciones parentales autoaplicadas con material sobre estrategias conductuales
S046-SAN14	Programa Triple P (Prácticas Parentales Positivas)
S047-SAN14	Programa Triple P (Prácticas Parentales Positivas)
S049-EVA14	Educación sobre capacidades del bebé, consuelo efectivo y estados de conciencia

Intervenciones con efecto sugerente

A continuación se detalla una lista de intervenciones con efecto sugerente, es decir, con resultados favorables pero no concluyentes.

Tabla 28: Intervenciones con efecto sugerente (No concluyente)

Código	Intervención(es) con efecto sugerente (No concluyente)
C016-TRE11	Intervenciones para incrementar la actividad física y disminuir horas de TV
E007-LIE14	Entrega de habilidades a madres adolescentes en riesgo de depresión post parto
E017-AGE13	Intervenciones comunitarias de apoyo a jóvenes que han experimentado desastres
E023-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones basadas en manejo de Alcohol
E029-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones sobre Conducta de riesgo múltiple - Alcohol
E030-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones sobre Conducta de riesgo múltiple - Uso de sustancias
E032-FAG14	Métodos combinados de educación y competencias sociales: uso de marihuana
F010-VAN11	Intervenciones comunitarias en promoción de actividad física
F011-VAN11	Intervenciones comunitarias en promoción de actividad física: IMC
F027-VAN11	Intervenciones familiares en promoción de actividad física y dieta: AF
F028-VAN11	Intervenciones familiares en promoción de actividad física y dieta: IMC
F029-ORI10	Intervenciones multicomponente educacionales y de promoción de anticoncepción c/s distribución de anticonceptivos: Embarazo adolescente
F039-WAT11	Programas de educación en dieta y/o promoción de actividad física, en currículum escolar, niños entre 0 a 5 años
F056-HAM12	Intervenciones basadas en páginas web / computador para la promoción de comida saludable
F061-MIK14	Intervenciones de promoción de hábitos alimenticios saludables en población preescolar
F062-NIE12	Intervenciones C/S padres de prevención y tratamiento temprano de sobrepeso en niños y adolescentes
F066-LAU11	Intervenciones basadas en Internet, email, y/o mensajes de textos
F077-NIE14	Políticas para aumentar acceso a alimentos saludables durante jornada escolar
F078-BLA12	Subsidios de alimentación: Ingesta/compra de frutas y vegetales
F079-BLA12	Subsidios de alimentación: Ingesta de nutrientes
L002-RIP14	Concepción simple de la lectura
L018-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje
S016-BEN13	Intervenciones que incluyen apoyo parental y educación parental: Cuidados infantiles, Sensibilidad y Responsividad
S024-VAN14	Programas de consejería de apoyo sobre violencia: Tasa de victimización
S026-VAN14	Programas de Visitas Domiciliarias por paraprofesionales para prevenir maltrato infantil y de pareja: Tasa de victimización
S036-TUR12	VD de profesionales a mujeres con abuso de sustancias: lesiones no-accidentales en el niño
S043-ABO12	Intervenciones para promover respeto e inclusión hacia niños de minorías étnicas

Intervenciones con evidencia insuficiente para evaluar efectividad

A continuación se detalla una lista de intervenciones con evidencia insuficiente para evaluar efectividad.

Tabla 29: Intervenciones con evidencia insuficiente para evaluar efectividad.

Código	Intervención(es) con evidencia insuficiente
C019-BAR11	Programas de intervención a corto plazo orientados a mejorar competencias parentales
E010-JAC12	Focus on Kids e Informed Parents and Children Together (ImPACT) de prevención sobre sexo seguro y uso de drogas y alcohol: uso de drogas
E025-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones basadas en manejo de Anti-hostigamiento (bullying) - Depresión
E027-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones basadas en manejo de Bienestar emocional - Uso de alcohol
E028-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones basadas en manejo de Bienestar emocional - Uso de sustancias
E031-CRA14	Mensajes de texto a mujeres embarazadas o en edad fértil para prevenir uso de sustancias: consumo OH
F093-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.
F094-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.
L013-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.
S018-BEN13	Masaje infantil: apego
S019-BEN13	Masaje infantil: prácticas parentales positivas
S020-BEN13	Masaje infantil: stress parental
S035-TUR12	VD de profesionales a mujeres con abuso de sustancias: Conducta del niño

Intervenciones inefectivas

A continuación se detalla una lista de intervenciones inefectivas.

Tabla 30: Intervenciones inefectivas

Código	Intervención(es) inefectivas
C007-ORT09	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora: Inteligencia 5-13 años
C008-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Aritmética
C011-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo verbal (largo plazo)
C017-BEN13	Masaje infantil: desarrollo mental
C020-KID14	Programas fuera de horario o periodo escolar que aumentan tiempo de aprendizaje
C023-SKO12	Suplementación prenatal y postnatal de multivitamínico con ácido fólico
C025-SZA10	Suplemento de hierro en embarazadas no anémicas
C026-SZA10	Suplemento de hierro en niños no anémicos
C027-GOG12	Suplemento de zinc, entre nacimiento hasta los 5 años
C028-WOO12	Tutoría en la escuela: logro académico

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

C030-TUR12	VD profesional orientada a cuidados del recién nacido en mujeres con abuso de sustancias
C031-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.
C032-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.
C034-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.
E003-JOH15	Competencia de Clase Libre de Tabaco (SFC)
E004-FAG14	Educación afectiva para enseñar habilidades de automanejo personal y social: uso de drogas
E005-FAG14	Educación normativa antidrogas y prácticas de negación hacia drogas
E011-JAC12	Focus on Kids e Informed Parents and Children Together (ImPACT) de prevención sobre sexo seguro y uso de drogas y OH: uso de alcohol
E016-LEM10	Intervención escolar de entrega de información anti drogas: Uso de OH
E018-HOD12	Intervenciones culturalmente sensibles: uso de sustancias
E024-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones basadas en manejo de Alcohol - Uso de sustancias
E026-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones basadas en manejo de Bienestar emocional - Depresión
E038-JAC12	Skills for Youth Relationships programa de promoción de vida sana
E039-WOO12	Tutoría en la escuela: autoestima
E040-WOO12	Tutoría en la escuela: uso de sustancias
E041-TUR12	VD profesionales a mujeres embarazadas o postparto con abuso de sustancias
E042-COR13	Intervenciones con lugar de refugio y componente educacional para niños y jóvenes en situación de calle
E043-COR13	Intervenciones con lugar de refugio y componente educacional para niños y jóvenes en situación de calle
E044-COR13	Intervenciones con lugar de refugio y componente educacional para niños y jóvenes en situación de calle
E045-MOR13	Programas de empoderamiento juvenil: centros juveniles, centros de alumnos, otros
E046-MOR13	Programas de empoderamiento juvenil: centros juveniles, centros de alumnos, otros
F006-GRE14	Consejería de dieta pregestacional y gestacional: peso de nacimiento
F007-THA12	Intervenciones basadas en dieta, en actividad física y mixtas.
F012-MAN11	Intervenciones basadas en teoría social cognitiva, manejo ambiental, metas y recompensas: Tiempo frente a la pantalla
F016-ORI10	Intervenciones de promoción de anticoncepción c/s distribución de anticonceptivos: embarazo adolescente
F017-ORI10	Intervenciones de promoción de anticoncepción c/s distribución de anticonceptivos: uso de condón
F021-ORT09	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora
F026-GUE14	Intervenciones en el contexto escolar que combinaron actividades de educación física más educación nutricional para reducir el sobrepeso y la obesidad en niños de 6 a 18 años
F030-ORI10	Intervenciones multicomponente educacionales y de promoción de anticoncepción c/s distribución de anticonceptivos: uso de condón
F036-LU14	Multimicronutrientes durante la gestación
F037-JAC12	Programas comunales con participación familiar:
F040-WAT11	Programas de educación en dieta y/o promoción de actividad física, en currículum escolar, niños entre 13 a 18 años

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

F046-GOG12	Suplemento de zinc, entre nacimiento hasta los 5 años
F048-TUR12	VD de profesionales al hogar de la mujer con signos de abuso de sustancias: Bayley
F049-TUR12	VD de profesionales al hogar de la mujer con signos de abuso de sustancias: Lactancia
F051-COR13	Intervenciones con lugar de refugio y componente educacional para niños y jóvenes en situación de calle
F060-MIK14	Intervenciones de promoción de hábitos alimenticios saludables en población preescolar
F063-GUE14	Intervenciones en escuela con actividades de educación física y nutricional para reducir sobrepeso y obesidad
F065-GAN14	Intervenciones basadas en el hogar para mejorar disponibilidad de frutas y verduras
F068-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de actividad física
F069-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de actividad física y nutrición
F070-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de actividad física y nutrición
F071-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de actividad física y nutrición
F072-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de actividad física y nutrición
F073-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de nutrición
F074-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de nutrición
F075-LAN14	Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de nutrición
F087-BEA14	Educación y actividades lúdicas sobre alimentación y actividad física, con personal capacitado e información de padres
F091-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.
F092-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.
F096-AGH14	Intervenciones conductuales de estilo de vida para la prevención y tratamiento de obesidad antes y/o durante la gestación.
F097-PEA13	Intervenciones multimodales de actividad física para mujeres embarazadas
L007-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo
L009-SHA15	Lectura de libro compartido (shared book reading)
L012-GOU13	Administración de suplemento de Omega-3 LCPUFA durante embarazo y/o lactancia.
L020-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje
L021-ROB11	Intervenciones para padres en fomento de lenguaje
S006-WOO12	Intervenciones basadas en tutoría en escuelas: Actitud hacia la escuela o familia
S010-FEL13	Intervenciones educacionales, a población general entre 12 y 25 años: Conductas violentas en pololeo
S014-FON14	Intervenciones preventivas de estrés y depresión postnatal
S021-KOK14	Programa "Skills for Youth Relationships Fourth R": eventos de maltrato en la pareja
S030-DE 14	Programas dirigidos al curso sobre violencia de género
S037-TUR12	VD de profesionales a mujeres con abuso de sustancias: Vacunación incompleta del niño
S039-BRY13	Video sobre información y estrategias para mejorar sueño del recién nacido: estrés parental
S040-PET12	Visitas organizadas de niños delincuentes o pre delincuentes hasta 17 años, a cárceles: conducta ofensiva posterior

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

S042-SME14	Programas Triple P y IYPT con componentes cognitivo-conductuales
S044-SME14	Programas Triple P y IYPT con componentes cognitivo-conductuales
S048-EVA14	Educación sobre capacidades del bebé, consuelo efectivo y estados de conciencia

e. Cobertura y brechas de investigación en cada dominio

Las Tablas siguientes detallan las cantidades de registros (pares intervención-desenlaces) obtenidas en cada subdominio y para cada variable de resultado a partir de las 105 RS seleccionadas:

Dominio Cognitivo: Las intervenciones identificadas se distribuyen de manera homogénea entre los principales subdominios cognitivos, quedando sin evidencia o muy baja representación solamente algunas variables de resultado de carácter más abstracto, como la metacognición, la creatividad y la teoría de la mente.

Tabla 31: Cobertura y brechas de investigación en el dominio Cognitivo

DOMINIO COGNITIVO		
Subdominio	Variable de resultado	Total
A. Pensamiento e inteligencia	1. Resolución de problemas	3
	Inteligencia	5
	2. Metacognición	1
	3. Creatividad	-
B. Funciones ejecutivas	4. Atención, Memoria de trabajo y Flexibilidad cognitiva	6
C. Cognición social	5. Teoría de la Mente	-
D. Logro académico	6. Logro académico	10
Variables integrales / compuestas	Desarrollo cognitivo	1
Variables integrales / compuestas	Desarrollo mental	7
Variables integrales / compuestas	Desarrollo cognitivo general en la primera infancia	1
Total		34

Dominio Lenguaje: Tal como en el caso anterior, se identificó un número importante de intervenciones para la promoción del lenguaje, excepto respecto del desarrollo de habilidades discursivas.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Tabla 32: Cobertura y brechas de investigación en el dominio Lenguaje

DOMINIO LENGUAJE		
Subdominio	Variable de resultado	Total
A. Comunicación temprana	1. Habilidades pre lingüísticas y lingüísticas tempranas	5
B. Alfabetización	2. Comprensión de lectura Calidad del lenguaje escrito	6
C. Lenguaje expresivo (LE) y comprensivo (LC)	3. Vocabulario activo (LE)	3
	3. Vocabulario pasivo (LC)	2
	3. Vocabulario activo (LE) y pasivo (LC)	1
D. Habilidades discursivas	4. Habilidades discursivas (discurso narrativo, expositivo y argumentativo)	-
Variables integrales / compuestas	Escritura, Vocabulario activo y Pasivo	1
Variables integrales / compuestas	Comprensión de lectura, Habilidades lingüísticas tempranas	1
Variables integrales / compuestas	Comprensión de lectura, Habilidades lingüísticas tempranas, Vocabulario activo	2
Total		21

Dominio Social: Las variables con baja o ninguna representación fueron principalmente las relacionadas con el desarrollo de la participación ciudadana y de actitudes inclusivas e igualitarias positivas, respecto de las cuales no se identificaron intervenciones significativas.

Tabla 33: Cobertura y brechas de investigación en el dominio Social y Ámbito de los padres, madres y cuidadores

DOMINIO SOCIAL		
Subdominio	Variable de resultado	Total
1. Regulación emocional	1. Autocontrol y autoregulación	3
2. Competencia social: interacción con figuras vinculares, pares y adultos.	2. Relaciones de amistad entre pares	1
3. Conducta prosocial: altruismo, empatía y moral	3. Relaciones interpersonales prosociales	6
	4. Relaciones interpersonales basadas en el buen trato	9
4. Actitud inclusiva	5. Actitud igualitaria de género, etnias, personas con necesidades especiales.	1
5. Participación	6. Participación ciudadana	-

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

6. Variables padre, madre, cuidador	7. Competencias parentales: Conocimientos sobre desarrollo y crianza, Interacciones positivas entre niño y adultos (Sensibilidad, responsividad), Estilo parental positivo (Autoritativo)	13
	8. Salud psicosocial parental	10
7. Identidad: Familia y pares.	-	-
Variables integrales / compuestas	Bienestar social-emocional-conductual	3
Total		46

Dominio Emocional: En este dominio las intervenciones se concentran en la prevención del abuso de sustancias y de los síntomas o trastornos de salud mental, mientras existe una muy baja representación de aquellas dirigidas a promover la autonomía, autoeficacia y el reconocimiento e interpretación de las emociones.

Tabla 34: Cobertura y brechas de investigación en el dominio Emocional

DOMINIO EMOCIONAL		
Subdominio	Variable de resultado	Total
A. Autoconcepto:	1. Autoestima	5
	2. Autoeficacia	1
	3. Autonomía	-
B. Reconocimiento e interpretación de las emociones	4. Reconocimiento de las emociones propias y ajenas	1
	6. Síntomas o problemas psicológicos y trastorno de salud mental: Trastorno disruptivo, ansiosos, y del ánimo	18
C. Salud mental	6. Síntomas o problemas psicológicos y trastorno de salud mental: Consumo de sustancias: Uso y Abuso	22
	Total	47

Dominio Físico: Existe una amplia variedad de intervenciones para la mayoría de las variables del dominio físico, predominantemente dirigidas a promover la actividad física, la lactancia y una nutrición adecuada para prevenir obesidad. Por el contrario, no se identificaron intervenciones para promoción de desarrollo sensorial, campo en el que predominan las estrategias basadas en el diagnóstico precoz (tamizaje), las cuales quedaron fuera de la revisión.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Tabla 35: Cobertura y brechas de investigación en el dominio Físico

DOMINIO FÍSICO		
Subdominio	Variable de resultado	Total
A. Motricidad fina: exploración, manipulación de objetos, coordinación.	1. Desarrollo motor: grueso y fino	11
B. Motricidad gruesa: Pararse, equilibrio, locomoción independiente, subir y bajar		
C. Desarrollo sexual y reproductivo	2. Conducta de sexualidad segura: Embarazo adolescente, uso anticonceptivos	10
	3. Actividad física	15
D. Estilos de vida sana: Alimentación, actividad física, sueño, peso y talla.	4. Indicadores biológicos de salud física nutricional (Talla, IMC, Circunferencia de Brazo, Circunferencia de Cintura para estado nutricional)	36
	5. Lactancia materna y alimentación saludable	21
E. Desarrollo Sensorial: audición, visión, gusto, olfato, tacto y dolor.	6. Indicadores biológicos de salud física: auditivo y visual	1
Variables integrales / compuestas	Factores de riesgo/protectores gestacionales	3
Total		97

f. Moderadores del efecto de las intervenciones

Del total de pares Intervención-Desenlace, en sólo un tercio de los casos los autores reportaron un análisis de moderadores de efecto. De los análisis realizados, casi el 60% corresponden a métodos univariados, principalmente análisis estratificados.

Tabla 36: Métodos de análisis de los moderadores del efecto según Dominio

Método de análisis	Dominio					Total	%
	Cognitivo	Emocional	Físico	Lenguaje	Social		
Análisis entre estudios: multivariado	0	1	1	0	4	6	2%
Análisis entre estudios: univariado	3	4	20	4	13	44	18%
Análisis subgrupos intra-estudio	5	0	7	12	2	26	11%
Comparación ramas intra-estudio	0	0	2	0	0	2	1%
No reportado	26	42	67	5	27	167	68%
Total	34	47	97	21	47	245	100%

De las intervenciones con algún grado de efectividad, se identificaron los siguientes potenciales moderadores, ordenados por dominio (se omiten variables que no modifican el efecto):

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Tabla 37: Dominio Cognitivo: factores moderadores en intervenciones efectivas

Intervención(es)	Variabes que modifican el efecto
Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa: Desempeño académico	Mayor efecto en programas que ofrecen capacitación
Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa: Desempeño en matemática	Mayor efecto en programas que incluyen recompensas o incentivos financieros
Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo verbal (corto plazo)	A mayor edad se reduce efecto

Tabla 38: Dominio Emocional: factores moderadores en intervenciones efectivas

Intervención(es)	Variabes que modifican el efecto
Programa Triple P (Prácticas Parentales Positivas)	El efecto es mayor en niños con alteraciones del desarrollo, y en niños menores
Intervenciones grupales para padres de niños con problemas conductuales: Reportes independientes	Un mayor grado de fidelidad a la intervención incrementa el efecto
Intervenciones grupales para padres de niños con problemas conductuales: Reportes parentales	El efecto es mayor a mayor severidad de los problemas de conducta, en contextos de bajo nivel socioeconómico, y a mayor fidelidad a la intervención

Tabla 39: Dominio Físico: factores moderadores en intervenciones efectivas

Intervención(es)	Variabes que modifican el efecto
Entrenamiento de ejercicios de resistencia	Mayor efecto en niños que en adolescentes ($r = -0,25$; $p < 0,05$)
Intervención integral, educación a educadoras, seguimiento salud, educación niños y foco en nutrición y actividad física	Resultados positivos en NSE bajo; no hubo efecto de la intervención en NSE alto.
Intervención postnatal basada en el apoyo de pares	Resultados NS en intervenciones con menos de 5 sesiones planificadas (vs. intervenciones con 5 o más).
Intervención pre y postnatal basada en el apoyo de pares	Resultados NS en intervenciones con menos de 5 sesiones planificadas (vs. intervenciones con 5 o más).
Intervenciones cuyo foco es la actividad física.	El efecto es mayor en niños menores de 6 años (independiente del tipo de intervención)
Intervenciones de promoción de actividad física e ingesta de frutas y verduras en niñas pre-adolescentes	El efecto es mayor con intervenciones de tipo educacional, y con las intervenciones que utilizan más de un solo componente (ej., educacional + cambio ambiental).
Intervenciones educacionales para fomento de la lactancia materna en contexto de salud primaria.	Los programas más exitosos usaban sesiones de seguimiento de corta duración, menos de 20 a 30 minutos, y los ejecutaban profesionales de salud entrenados

Tabla 40: Dominio Lenguaje: factores moderadores en intervenciones efectivas

Intervención(es)	Variables que modifican el efecto
Intervenciones basadas en capacitación a los padres	Discapacidad intelectual en algunos outcomes: Reduce efecto
Intervenciones para padres en fomento de lenguaje	Discapacidad intelectual
Lectura de cuentos en voz alta	Tipo de intervención (lectura dialógica vs otros tipos), Criterio de selección (suave vs duro)
Lectura dialógica de libros de padres a hijos: Lenguaje expresivo y comprensivo	Nivel socioeconómico; Adulto que interviene (profesor vs investigador); Tipo de intervención (Dialógica, relacionada a Dialógica o Interactiva extra curricular), Incrementan efecto en varios casos
Lectura dialógica de libros de padres a hijos: Vocabulario	Nivel socioeconómico (solo en uno de los 2 outcomes) Incrementa efecto; $Q = 6.80, p < .01$

Tabla 41: Dominio Social: factores moderadores en intervenciones efectivas

Intervención(es)	Variables que modifican el efecto
Programa Triple P (Prácticas Parentales Positivas)	El efecto es mayor en niños con alteraciones del desarrollo, y en niños menores
Intervención grupal cognitivo-conductual a padres de niños de 3 a 12 años con problemas conductuales: aumento interacciones parentales positivas	El efecto es mayor a mayor severidad de los problemas de conducta, y en contextos de bajo nivel socioeconómico
Intervención grupal cognitivo-conductual a padres de niños de 3 a 12 años con problemas conductuales: síntomas parentales	Severidad de problemas de conducta, bajo nivel socioeconómico, grado de fidelidad de la intervención incrementan el efecto
Intervenciones de prevención de entrega individual en colegios: Conductas externalizantes	Niños de menor edad se benefician más. $B: -0,1 ES$
Intervenciones durante la gestación y/o postparto para reducir depresión postnatal	Intervención es más efectiva cuando se trata a mujeres con depresión durante el embarazo, y en mujeres con sintomatología basal de moderada o severa intensidad.
Intervenciones individuales cognitivo conductual con otros componentes para reducir conducta inapropiada y aumentar conducta positiva	Menor efecto a mayor edad ($\beta = -.01 p=0.001$)
Intervenciones psicosociales para prevenir problemas de salud mental: depresión postparto	Intervenciones sólo prenatales no fueron efectivas, comparadas con intervenciones pre y post natales
Programas dirigidos al curso sobre mitos respecto a violación	Efecto significativamente mayor en escuelas rurales en comparación con las escuelas suburbanas

Capítulo 5:

Ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial infanto juvenil.

1. INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DE RUTA DEL DESARROLLO

Chile se encuentra en una etapa de elaboración de una nueva Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia. Es en este contexto que surge el interés de contar con evidencia científica para avanzar en un primer borrador sobre una “ruta del desarrollo”, la que deberá ser enriquecida en el futuro con las acciones/intervenciones y programas que actualmente se están prestando.

El desarrollo como eje estructurador de esta ruta, se inserta en el trabajo en marcha relacionado con el Subsistema de Protección Chile Crece Contigo (Ley 20.379). De este modo se pretende entregar a los “niños y niñas un acceso expedito a los servicios y prestaciones que atienden sus necesidades y apoyan su desarrollo en cada etapa de su crecimiento. Adicionalmente, apoya a las familias y a las comunidades donde los niños y niñas crecen y se desarrollan, de forma que existan las condiciones adecuadas en un entorno amigable, inclusivo y acogedor de las necesidades particulares de cada niño y niña en Chile”.⁴² Este subsistema en la actualidad acompaña al grupo que se atiende en el sector público de salud en su trayectoria de desarrollo, desde que ingresa desde la gestación hasta el ingreso al colegio (aproximadamente los cuatro años en Chile). Como propósito futuro de la política, se espera ampliar las edades de manera paulatina, inicialmente hasta los 9 años 11 meses, y posiblemente llegar a abarcar hasta los 18 años, siguiendo la Convención de Derechos del Niño.

El concepto de trayectoria al desarrollo presente en la Ley, es relevante puesto que pone el acento en dos elementos: trayectoria vital y desarrollo¹⁰. La Ley pone el acento en un modelo de gestión constituido por acciones y prestaciones ejecutadas por diversas instituciones pero cuyo foco es la población vulnerable.¹¹

De este modo, y en este contexto, la ruta que se propone considera la trayectoria vital, y en consonancia con la Ley 20.379, trata de una ruta de (acciones) servicios y prestaciones, basados en evidencia científica que tienen como propósito la promoción y prevención en el ámbito del desarrollo de niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años.

¹⁰ Si bien la Ley señala el concepto de trayectoria de desarrollo, no define qué se entiende por tal.

Expresamente se señala: Artículo 9º.- Créase el subsistema de Protección Integral de la Infancia, denominado "Chile Crece Contigo", cuyo objetivo es acompañar el proceso de desarrollo de los niños y niñas que se atiendan en el sistema público de salud, desde su primer control de gestación y hasta su ingreso al sistema escolar, en el primer nivel de transición o su equivalente.

¹¹ Ley 20.379, Artículo 1º.- El Sistema Intersectorial de Protección Social, en adelante "el Sistema", es un modelo de gestión constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requieran de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida.

1.1 Las rutas en el contexto internacional: Ejemplos de Latinoamérica

Varios países han delineado rutas relacionadas con la primera infancia o la niñez con diferentes connotaciones.

En el caso más reciente, Panamá definió la “Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia” (RAIPI) “como un instrumento que identifica las acciones de atención fundamentales que deben cumplirse desde la gestación hasta los primeros cinco años de vida de niños y niñas, de manera que logren ejercer sus derechos fundamentales y desarrollarse de forma óptima”¹². De este modo se describe como una guía de prestaciones que debieran garantizarse para la población de esa edad.

Por su parte, en Ecuador el concepto de ruta tiene otros alcances. En este país, se está delineando la “Ruta por una Infancia Plena” definida como un recorrido lúdico e informativo que promueve la ejecución de acciones en pro de la primera infancia. No se trata de un instrumento de planificación sino una muestra informativa cuyo objetivo es sensibilizar a la ciudadanía y principalmente a padres y madres sobre la importancia de promover el máximo desarrollo de todos los niños y niñas de 0 a 5 años. Esta ruta está en la idea de generar un pacto social por la niñez. La muestra consiste en stands o puestos temáticos que relevan la importancia del juego, el afecto, la educación, el arte, la nutrición, la higiene, el agua segura, la actividad física, la relación con el medio ambiente. Esta ruta lúdica es parte de la Estrategia Intersectorial “Infancia Plena” que lidera el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, y que tiene como objetivo consolidar el modelo de atención a la primera infancia asegurando acceso y calidad de servicios dirigidos a este grupo de edad.⁴³

Otro ejemplo de ruta, es el ejercicio realizado por el sistema colombiano “De Cero a Siempre”. En su comisión intersectorial para la atención integral de la Primera Infancia, han delineado lo que llaman “Realizaciones y Rutas para la Atención Integral a la Primera Infancia”. En su formato de marco lógico, estas realizaciones y rutas especifican:

- a) Un resultado final: que es el fin último que se busca alcanzar para los niños y niñas en su primera infancia, y que está delineado en forma de derechos.
- b) Un resultado intermedio: que corresponden a las realizaciones en derecho pero más especificadas a la vida de cada niño y niña.
- c) La edad en que se realizan los productos
- d) Los productos, que se refieren a las rutas, es decir al conjunto específicos de prestaciones para el logro de resultados intermedios.
- e) Las actividades, que se refieren a las acciones específicas en cada ruta en particular (el protocolo específico).

De este modo Colombia opta por un conjunto de rutas y no una sola ruta. Cada ruta obedece a aquella que permite la realización de un derecho, como se observa en la tabla siguiente:

¹² Decreto Ejecutivo n°108, del 8 de febrero de 2014 crea la Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia (RAIPI)

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Tabla 42: Ejemplo de ruta colombiana

Resultado final (Derecho)	Resultado intermedio (o realización)	Edad simple a la que aplica productos	Productos
1. Las niñas y niños nacen, crecen y se desarrollan dentro de una familia que cuenta con las características y condiciones afectivas de cuidado y protección que la configuran como su ámbito primordial de socialización	1.1. Niña o niño nace en familia que le planea y se prepara para su crianza	Mujer, hombre o pareja en edad fértil Mujer, hombre o pareja adolescente	Planificación familiar
			Consulta preconcepcional
			Promoción de la salud sexual y reproductiva
		Gestante y pareja o persona significativa	Curso psicoprofiláctico
			Educación prenatal

Estos son tres ejemplos que ilustran la diversidad de comprensión del concepto ruta, con relación a la población infantil.

1.2 La propuesta de ruta para Chile

Como señaláramos con anterioridad, la propuesta para Chile considera una ruta de prestaciones, acciones o servicios, que se articulan en base a cinco aspectos básicos:

- a) Se trata de una ruta para el desarrollo de niños, niñas y adolescentes, lo que la diferencia de la ruta Colombiana que se sitúa en toda la atención integral a la primera infancia y no solo el desarrollo. De este modo como ruta, en el caso chileno, el énfasis está puesto en el desarrollo del máximo potencial de niños, niñas y adolescentes en aquellos dominios y dimensiones acordadas entre expertos y con la contraparte.

Este estudio definió desarrollo infantil como un proceso de cambio individual, que implica la diferenciación e integración de funciones que se representan en la persona humana en capacidades. Dichas capacidades se pueden organizar para medirlas, en dimensiones o áreas y sub-dimensiones o subáreas del desarrollo. Del mismo modo, el estudio del desarrollo infantil nos permite identificar los factores que inciden en el despliegue de capacidades. Las capacidades humanas o competencias, corresponden a las destrezas, habilidades e idoneidad con que una persona puede completar con éxito una tarea.¹³

El análisis de los dominios establecidos (ver capítulos precedentes) sitúa a la ruta -en el contexto del conocimiento y acuerdos científicos actuales- en la línea de lo que se define como salud mental. De hecho, la OMS define positivamente salud mental infante juvenil como:

“Los niños, niñas y adolescentes con buena salud mental son capaces de alcanzar y mantener un óptimo funcionamiento psicológico y social y bienestar. Tienen un sentido

¹³ Ver Informe Final fase I y Glosario en el punto 4 de este capítulo.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

*de la identidad y autoestima, cuentan con relaciones familiares y sociales adecuadas, tienen la habilidad de ser productivos y aprender, y tienen la capacidad de sobrellevar los desafíos del desarrollo y usar los recursos culturales para maximizar su crecimiento. Más aun, la buena salud mental de niños y adolescentes es crucial para su participación activa en el ámbito social y económico”.*¹⁴

Como establece la OMS, el desarrollo de niños y niñas y adolescentes constituye el foco básico de lo que modernamente se entiende por salud mental y lo diferencia del eje de los trastornos mentales.

- b) La ruta chilena sigue la trayectoria vital de las personas¹⁵. De este modo distingue grupos de edad que serían sujeto de intervenciones (o susceptible de contar con prestaciones o servicios). Los grupos de edad especificados son los siguientes:
- a. Personas en etapa preconcepcional: corresponde a personas (hombres y mujeres) en edad fértil, potenciales padres¹⁶.
 - b. Personas en etapa de gestación.
 - c. Personas en etapa de recién nacido(a) (0-28 días)
 - d. Personas entre los 29 días y los 47 meses (29 días hasta 3 años 11 meses)
 - e. Personas entre 48 meses (4 años) y 9 años 11 meses.
 - f. Personas entre 10 y 14 años 11 meses.

¹⁴ Traducción libre de los autores de texto Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf. “Children and adolescents with good mental health are able to achieve and maintain optimal psychological and social functioning and well-being. They have a sense of identity and self-worth, sound family and peer relationships, an ability to be productive and to learn, and a capacity to tackle developmental challenges and use cultural resources to maximize growth. Moreover, the good mental health of children and adolescents is crucial for their active social and economic participation”.

¹⁵ Se entiende como personas en el contexto antropológico contemporáneo un todo estructural que se abre al mundo y a los otros seres vivos. Un sujeto independiente y libre frente a otros objetos y sujetos. Con base a Yepes & Aranguren, Fundamentos de Antropología. Un ideal de la existencia humana, Eunsa, Pamplona (4° ed.), 1999. Estos autores siguen la línea personalista y fenomenológicas de Levinas y Buber.

¹⁶ Este grupo es el que actualmente se está relevando en las políticas de desarrollo, que busca parentalidad responsable y discusión sobre la temática de sexualidad y familia. Ecuador ya lo tiene incorporado en su Estrategia Política de Desarrollo Infantil Integral que incluyen políticas antes de la concepción, desde la concepción, hacia el recién nacido, políticas de salud, nutrición, educación y políticas de aseguramiento de la calidad. Disponible en: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Libro-de-Pol%C3%ADticas-P%C3%ABlicas.pdf>.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

g. Personas entre 15 y 18 años.

Esta agrupación por edad se operacionaliza con el objeto de organizar la ruta de manera simple y considerando etapas tanto de desarrollo como de la oferta de servicios sociales. Un mayor detalle y justificación sobre la elección de estos rangos se detalla en el punto siguiente de este capítulo y la sección de este informe dedicada a las transiciones del desarrollo.

- c) La ruta chilena es una propuesta, en esta fase, de potenciales servicios o prestaciones. Lo que la asemeja al caso panameño y colombiano. La ruta considera aquellas prestaciones con alta efectividad y con posibilidad de ser implementadas para apoyar el desarrollo de niños, niñas y adolescentes, en puntos específicos, y a grupos específicos. Estos servicios o prestaciones pueden complementarse con aquellas acciones, que en la actualidad se ejecutan en Chile. Un trabajo adicional, para que la ruta fuera un instrumento de planificación, es analizar la adecuación de la oferta actual, con la evidencia científica actual, haciendo una evaluación de potencial implementación como también de eliminación o estudio de aquellas actividades o prestaciones que no tienen evidencia científica internacional como tampoco nacional. Este ejercicio debería considerar la priorización de acuerdo a las características de nuestros sistemas de soporte y recursos disponibles. Este trabajo adicional no está considerado en este estudio.
- d) La ruta chilena considera el entorno de implementación y sujetos de intervención. Es decir, basado en las consideraciones de los modelos bioecológicos, se identifican por una parte aquel entorno en el cual se sitúa la intervención (prestación o servicio). Esto es desde donde se otorgan los servicios o prestaciones. Y, por otra parte, el o los sujetos sobre los cuales se actúa. Estos sujetos consideran individuos, grupos, organizaciones sociales (salud, educación, área social), la comunidad/barrio y toda la población.
- e) Finalmente, la ruta considera una mirada agrupada de los Derechos de los Niños contenidos en la CDN, tomando como referente el trabajo preliminar del Consejo. Esto implica para variables resultados de la ruta (que son las que permiten hacer operativa la búsqueda bibliográfica y que corresponden directamente a los resultados de efecto de intervenciones), asociarles un grupo de derechos.

Finalmente, esta propuesta de ruta, es un primer ejercicio que permitirá, en otro estudio, visibilizar áreas falentes de la oferta pública, áreas con carencia de evidencia científica suficiente y por lo tanto espacio para innovación y adecuación de la oferta actual con aquello que el conocimiento actual está proponiendo.

Descripción del rango de edades de la ruta

En las primeras fases de este estudio, se reportó la gran heterogeneidad a nivel mundial de los rangos de edades descritas en el desarrollo infantil. Después de un análisis de los rangos, el equipo de estudio decidió esta propuesta de rangos de edades para la ruta, cuyo principal objetivo fue tener una utilidad práctica, teórica y que sea compatible con la oferta de servicios nacionales.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Las rangos de edades en la ruta se mostraron en días, años y meses y con en su nombre, para evitar confusiones. Además esta propuesta considera que la ruta comience con la fase preconcepcional y no desde la gestación como fue el mandato del estudio, las razones de esto se explican en la siguiente tabla, pero también en el punto 7 y 8 de este capítulo.

Tabla 43: Detalle de los rangos de edad elegidos para la ruta del desarrollo infanto juvenil.

Nombre	Preconcepcional
Años	Mujeres y hombres años en edad fértil, que planifican ser madre y padre.
Argumentos	Evidencia: Aproximadamente el 50% de los embarazos en Chile y el mundo no son planificados. Existe evidencia que el ambiente intrauterino es esencial para potenciar el desarrollo del embrión y feto en su vida extrauterina. Evidencia respecto al peso materno, a consumo de sustancias y al bienestar socioemocional y económico de la madre, relevan la importancia de la preparación del primer ambiente de desarrollo del niño(a). Relevancia nacional: Alta prevalencia de sobrepeso y ganancia excesiva de peso en la gestación, alta prevalencia de sintomatología ansioso depresiva post natal, baja cobertura de la consejería preconcepcional en la atención primaria y alta prevalencia de embarazo no planificado.
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecutar una planificación familiar consciente. - Preparación física y emocional. - Física: nutrición, peso, reducción de exposición a tóxicos. - Aumentar la calidad del ambiente de desarrollo embrionario y fetal (Nutricional, micronutrientes, emocional, libre de tóxicos) - Mejorar la adaptación a roles de padre y madre. - Mejorar condiciones socioeconómicas y laborales de la pareja antes de la llegada de un hijo(a). - Disminución de embarazos no deseados y conflictos con la aceptación de la gestación. - Mejorar condiciones de salud materna antes de la gestación.
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimiento de la relevancia de este período, necesitará difusión. - Podría incidir en bajar la tasa de natalidad.

Nombre	Gestación
Años	40 semanas (38 hasta 42 semanas)
Argumentos	Evidencia: La gestación es un período esencial para el desarrollo embrionario / fetal. Relevancia nacional: Chile tiene una buena cobertura de control de salud gestacional y tasas muy bajas de mortalidad materno infantil. Programa de Salud de la Mujer y Chile Crece Contigo apoyan las mejores condiciones de desarrollo en este período.
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar factores protectores de bienestar materno infantil. - Pesquisar y mejorar tempranamente condiciones de riesgo infantil durante este período. - Preparación para el momento del nacimiento.
Desventajas	- No descritas

Nombre	Recién nacido(a)
Años	1 – 28 días
Argumentos	Evidencia: La llegada de un hijo representa una crisis normativa en la vida de las personas. El primer mes de vida es el momento en el que suceden una serie de adaptaciones biológicas, vinculares, familiares, psicológicas, emocionales y económicas que requieren de mucho apoyo para ser logradas con éxito. Relevancia nacional: Periodo postnatal permite cuidado materno con extensión de seis meses. Programa de Apoyo al Recién Nacido(a) otorga apoyo instrumental y educación para mejorar las condiciones de cuidado del bebé, que nace en la Red Pública de Salud. El control

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

	de la diada en la atención primaria y el control de salud al mes de vida, vigilan y apoyan la trayectoria inicial de salud infantil, en la red pública de salud.
Ventajas	- Compatible con lineamientos de Ministerio de Salud y sistema de registros REM. - Período de extrema importancia en la salud y desarrollo del niño y la familia.
Desventajas	- No abarca el primer mes completo

Nombre	Infancia o primera infancia
Años	29 días - 47 meses (o 29 días hasta 3 años 11 meses)
Argumentos	Evidencia: Múltiple evidencia de neurociencia como período sensible y crítico de desarrollo cerebral, que potencia la salud y el desarrollo en general. Relevancia nacional: Este rango ya está cubierto por las prestaciones del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile crece Contigo.
Ventajas	- Compatible con el período de Sala Cuna (desde los 84 días hasta 2 años) y se traslapa con el Nivel Medio Menor (3 y 4 años), de educación parvularia, MINEDUC.
Desventajas	- No descritas

Nombre	Escolar
Años	4 – 9 años 11 meses
Argumentos	Evidencia: Relevancia nacional:
Ventajas	- Compatible con el primer y segundo nivel de Transición (4 y 5 años) de Educación Parvularia y en la Educación General Básica, con el Primer Ciclo (6 a 10 años). Corresponde a los cursos desde primero a cuarto básicos.
Desventajas	- No descritas

Nombre	Pubertad y adolescencia temprana
Años	10 – 14 años 11 meses
Argumentos	Evidencia: Período que ocurren desarrollo de caracteres sexuales secundarios, cambios psicoemocionales y sociales. Ver punto 7 de este capítulo.
Ventajas	- Compatible con el Segundo Ciclo de la Educación General Básica
Desventajas	- No descritas

Nombre	Adolescencia intermedia
Años	15 – 18 años
Argumentos	Evidencia: Ver punto 7 de este capítulo.
Ventajas	- Compatible con Educación de Enseña Media, con los cursos desde I a IV Medio. - Período de adolescencia, en el que se continúan produciendo muchos cambios y ajustes físicos, sociales, emocionales cognitivos y psicológicos.
Desventajas	- No descritas

2. METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN DE LA RUTA

2.1 La estructura de la ruta

No existen modelos teóricos de construcción de rutas del desarrollo, este equipo desarrolló esta estructura para la ruta chilena del desarrollo en base a ejercicios pilotos, hasta llegar a la estructura más simple y efectiva para mostrar los resultados de las fases anteriores de este estudio.

La estructura de la ruta debe ser funcional a su objetivo, por un lado una representación longitudinal de las intervenciones efectivas para cada rango etario, así como también integrar los dominios, subdominios y variables dependientes del desarrollo de NNA. Integrar el modelo ecológico mostrando el contexto, agente que ejecuta y población a quién está dirigida. Por otro lado, se intentó al máximo cumplir con la solicitud de simplicidad en su lectura, solicitada por la contraparte técnica.

La estructura propuesta es la siguiente, en la fila inferior se explica cada celda detalladamente:

Tabla 44: Descripción de la estructura de la ruta chilena

Dominio	Sub-dominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directa	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos
					Preconcepcional	Gestación	Recién Nacido (a)	29 días - 47 meses	48 mes hasta 9 años 11 meses	10-14 años	
Se escribe el dominio cuya variable dependiente mejora, predeterminados en capítulo 2.	Se escribe el subdominio cuya variable dependiente mejora, predeterminados en capítulo 2.	Se escribe la variable dependiente que es afectada por la intervención y fueron predeterminados en capítulo 3.	Contexto en el cual se realiza la intervención	Personas a quién está dirigida la intervención PG: población general GR: Grupo de riesgo	En estas celdas se ingresan las intervenciones de los estudios cuya calidad metodológica y efectividad alcanzan un nivel de recomendación en base al análisis realizado por el equipo de estudio y descrito en el capítulo anterior. La intervención se ubican en el rango etario correspondiente (cubriendo a veces varias celdas) pero se explicita entre paréntesis el rango de edad específico citado en los estudios de la revisión. El rango de edad entre paréntesis corresponde al rango de edad de los participantes en los estudios analizados. Este rango de edad incluye en la mayoría de las veces el momento de la intervención y el seguimiento de medición de las variables. Sólo las intervenciones pregestacionales y gestacionales separan el momento de la intervención de la medición de variables en el niño(a). Cada intervención tiene a la base una ficha propia con un gran detalle de información que se explica más adelante en este mismo capítulo.						En esta celda se contemplan los grupos de derechos involucrados en los respectivos dominios e intervenciones mediante un ícono identificatorio

La ruta debiera mostrarse integrando todos los dominios, pero sería imposible para efectos de este formato de informe en papel tamaño carta, por lo que se decidió separarla por dominios.

Después de cada subdominio, se realiza una síntesis narrativa que resume los principales hallazgos y una síntesis narrativa de los derechos involucrados.

Los íconos de la columna integran los grupos de derechos involucrados están en armonía con aquellos desarrollados por el Consejo de Infancia y responden a los siguientes criterios:

Tabla 45: Grupos de derechos e íconos para la ruta

Grupos de derechos	Ícono
Grupo de derechos de "Supervivencia y Salud"	
Grupo de derechos "Educación y Desarrollo"	
Grupo de derechos vinculados con el "Entorno Familiar"	
Grupo de derechos de "Protección"	
Grupo de derechos vinculados con la "Participación y comunicación"	

Los aspectos metodológicos en los que se basó la aplicación de estos criterios son analizados al final del presente capítulo.

Recordemos que cada grupo de derechos es la resultante de un análisis comparativo a escala internacional de modelos propuestos por organismos o agencias que utilizan esta aproximación con el fin de sintetizar y facilitar la integración de los derechos en campos o temáticas afines.

Cada grupo de derechos contiene criterios normativos (Artículos de la CDN, Observaciones Generales (OG) y otros instrumentos), criterios de comparabilidad y finalmente, criterios de prioridad nacional sobre la base de existencia de leyes, normas, planes, programas y acciones en desarrollo en Chile.

2.2 El contenido de la ruta

La ruta se construyó en base a las unidades de información de fichas generadas en el capítulo 4. Estas fichas son el producto de la lectura y extracción de información estructurada de cada revisión sistemática por parte del equipo ejecutor. Es posible que de una revisión se hayan generado más de una ficha siempre que hubieran dos diferentes tipos de intervenciones o bien, que una intervención haya afectado diferentes variables dependientes.

Cada intervención y ficha contiene su código propio que refleja dominio, número asignado, autor y año, para acceder siempre que sea necesario al texto completo, además en este informe se entrega una base de datos completa con esta información, así como también los textos completos de la revisión sistemática.

2.3 La lectura de la ruta

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

La ruta propuesta se representa en el punto 6 y contiene un resumen gráfico de las intervenciones efectivas, cuyos estudios tienen una buena calidad metodológica.

El equipo ejecutor hizo un esfuerzo máximo por simplificar la información, manteniendo el máximo de calidad en los análisis metodológicos de la información, por lo tanto, la forma de leer la ruta es muy simple.

Primero, es de considerar que la ruta se presenta separada por dominios, dada su extensión. En cada dominio se describen los subdominios y variables dependientes determinados en las fases anteriores. La variable dependiente, corresponde a la variable de resultado u *outcomes* que se mejora a través de la intervención descrita.

El entorno de implementación corresponde al espacio o lugar en el que se realiza la(s) intervención(es) evaluada(s), el sujeto de intervención directo, corresponde a quién específicamente recibe la intervención. La trayectoria o curso de vida, se refleja por el momento en que se realiza la intervención y medición de las variables relacionadas con los niños, niñas y adolescentes.

Las intervenciones que componen la ruta, se identifican en la trayectoria con un código, al que se le adiciona una muy breve descripción para no sobrecargar la lectura.

Se presenta a continuación un ejemplo de lectura de la siguiente tabla:

Tabla 46: Ejemplo de intervención efectiva en el dominio físico, subdominio motricidad gruesa y fina

Dominio	Subdominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directo	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos	
					Pre concepcional	Gestación	Recién Nacido	29 días – 47 meses	4 - 9 años	10-14 años		15-18 años
Físico	Motricidad gruesa y fina	Desarrollo motor grueso y fino: Bayley, subescala motora.	No reportado	PG: Niños(as) no anémicos				F045-SZA10 Suplementos de hierro (1-18 meses)				

Lectura: “La interpretación de esta tabla podría ser la siguiente: Una intervención efectiva en el dominio Físico, en el subdominio Motricidad gruesa y fina para mejorar desarrollo motor (medido con la subescala motora de Bayley) en población general de niños no anémicos es el suplemento de hierro en niños de 1 a 18 meses. El grupo de Derechos asociados a esta intervención es el de Supervivencia y Salud”.

Cada una de estas intervenciones cuenta con una ficha descrita en el capítulo 4, que explica todas las características de las intervenciones y de la revisión sistemática. Además se hará entrega de una completa base de datos en formato Excel, de la información extractada y también en formato de fichas para complementar con más información.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

En el próximo punto se presenta la propuesta de ruta de acompañamiento a la trayectoria del desarrollo biopsicosocial desde la fase preconcepcional hasta los 18 años. Posteriormente se presenta un glosario sobre todos los dominios y subdominios de la ruta, no se integró a la ruta para sobrecargarla de información, pero queda al alcance del lector y finalmente se integrarán los enfoques teóricos enunciados en el primer capítulo.

Nota: Las tablas de la ruta no tendrán título ni número para simplificar su lectura.

3. PROPUESTA DE RUTA DE ACOMPAÑAMIENTO A LA TRAYECTORIA DEL DESARROLLO BIOPSIOSOCIAL DESDE ANTES DE LA GESTACIÓN HASTA LOS 18 AÑOS.

3.1 DOMINIO FÍSICO

Se identificaron 23 intervenciones, correspondientes a 32 resultados con potencial efecto positivo sobre el desarrollo físico. De éstas, 14 tienen una calidad de evidencia alta, el resto moderada. Entre los 32 resultados en desarrollo, la magnitud de la efectividad de las intervenciones es alta en 5, moderada en 11, y baja o sugerente en 4. De las 23 intervenciones, 11 son exclusivamente para población general. Intervenciones para población general y grupos de riesgo se identificaron 5, el resto se centra en grupos de riesgo. Tres intervenciones tienen como población objetivo a mujeres en edad fértil, mayores de 18 años. Por grupo de edad: 7 de las intervenciones tienen como población objetivo a niños y niñas de 0-5 años. El resto (10) son en escolares y adolescentes.

Al interior del dominio físico se identificaron intervenciones efectivas para los subdominios: motricidad gruesa y fina, desarrollo sexual y estilo de vida sana (actividad física, estado nutricional, lactancia materna, alimentación saludable y sueño).

a. Intervenciones efectivas en subdominio motricidad gruesa y fina

Dominio	Subdominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directo	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos	
					Pre concepcional	Embarazo	Recién Nacido	29 días – 47 meses	4 - 9 años	10-14 años		15-18 años
Físico	Motricidad gruesa y fina	Desarrollo motor grueso y fino: Bayley, subescala motora.	No reportado	PG: Niños(as) no anémicos				F045-SZA10 Suplementos de hierro (1-18 meses)				

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

		Desarrollo motor grueso y fino: Bayley, subescala motora	No reportado	GR: Niño(a) en situación de pobreza o bajo NSE				F044-JIA14 Suplementos de ácidos grasos poliinsaturados (0-18 meses)				
		Rendimiento en ejercicios de resistencia (Destreza para saltar, correr, lanzar)	No reportado, implícitamente se refiere a escuelas	PG: Niños(as) y adolescentes						F002-BEH11 Entrenamiento en ejercicios de resistencia (10 a 16 años)		
		Desarrollo motor grueso y fino: (Test of Gross Motor Development, TGMD-2)	Escuela	PG: Niños(as) y adolescentes					F001-MOR13 Clases de ejercicio y deportes en habilidades motoras fundamentales (6 a 14 años)			

Se identificaron cuatro tipos de intervenciones que muestran efectividad en el desarrollo motriz grueso y fino. Dos de las intervenciones se relacionan con formas de realizar actividad física (énfasis en actividad física de calidad) en grupos escolares y adolescentes, realizada prioritariamente en establecimientos educativos. Estas RS relevan la importancia de la calidad y cantidad de actividad física realizada en recintos educativos, en particular en los adolescentes, para impactar en la motricidad gruesa especialmente.

Las otras dos intervenciones se relacionan con el aporte de micronutrientes. El primero implica suplementación con ácidos grasos poliinsaturados a lactantes (0-18 meses) en pobreza, por un promedio de tratamiento de 8 meses. Esta intervención mostró una efectividad baja. La segunda implica suplementación con suplementos de hierro en lactantes (0-18 meses) no anémicos sea con fórmulas lácteas enriquecidas o directamente en suspensión.

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

La consideración del grupo de derechos sobre supervivencia y salud atiende a los derechos a los recursos, las condiciones y las contribuciones necesarias para que todos los NNA pueden vivir, existir y desarrollarse plenamente. Los programas de suplementación con micronutrientes son generalmente desarrollados desde el campo de la salud y nutrición. Están en consonancia con ciertas dimensiones afines definidas desde el campo de los derechos como son la vida saludable, el derecho a la salud y la salud mental. Entre los Artículos de la Convención Sobre los Derechos del Niño, caben mencionar: el Artículo 24, sobre el derecho a la salud, el Artículo 27, se reconoce el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. En su Inciso C, se hace referencia a que los Estados proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.

b. Intervenciones efectivas en subdominio desarrollo sexual y reproductivo

Domi nio	Subdomi nio	Variable dependiente	Entorno de implemen tación	Sujeto de intervención directo	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Dere chos	
					Pre concepcional	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días – 47 meses	4 - 9 años	10-14 años		15-18 años
Físico	Desarrollo sexual y reproducti vo	Conducta de sexualidad segura: Embarazo adolescente no deseado	Escuela	PG y GR: Adolescente con vida sexual activa, bajo NSE	F029-ORI10 Educación y promoción de anticoncepción con y sin distribución de anticonceptivos (combinadas) (9 – 19 años)					F029-ORI10 Educación y promoción de anticoncepción con y sin distribución de anticonceptivos (combinadas) (9 – 19 años)		
		Conducta de sexualidad segura: Uso de condón (en última relación sexual o uso permanente) / Autoeficacia en el uso de condón	Escuela	PG: Adolescentes	F042-FON14 Programas de educación sexual basados en la escuela						F042-FON14 Programas de educación sexual basados en la escuela (11 – 18 años)	
		Conducta de sexualidad segura: tasa de embarazo	Organizaciones comunitarias y hogar	PG: Adolescentes y Padres	F038-JAC12 Programas comunales con participación familiar (Focus on Kids y Informed Parents and Children Together) (14 años promedio)						F038-JAC12 Programas comunales con participación familiar (Focus on Kids y Informed Parents and Children Together) (14 años promedio) seguimiento a los 2 años	
		Conducta de sexualidad segura: Uso de condón	Escuela	PG y GR: Adolescente con vida sexual activa, bajo NSE	F020-ORI10 Educación sobre anticoncepción (9 – 19 años)					F020-ORI10 Educación sobre anticoncepción (9 – 19 años)		

Se identificaron tres intervenciones que muestran efectividad, una de éstas con dos medidas de resultados (outcomes) diferentes. Dos tienen alta y una moderada calidad. La efectividad sólo es alta en una. Las tres intervenciones son en adolescentes.

La primera intervención se trata de estrategias multi-componentes educativas con o sin entrega de anticonceptivos en contextos escolares, para prevenir embarazo adolescente y estimular el uso de preservativos. Las intervenciones evaluadas muestran que la efectividad es baja o sugerente, aunque positiva. La segunda intervención consiste en programas familiares cuyo objetivo es prevención de infección por VIH a través de promoción del sexo seguro. Este conjunto de intervenciones implica el trabajo con adolescentes en grupos pequeños de discusión, juegos y uso de multimedia, que trata de generar habilidades en la toma de decisión, comunicación, relaciones consensuales, información sobre sexo seguro, uso de drogas y alcohol. Consiste en 8 sesiones en 2 meses. Adicionalmente involucra el trabajo con la familia a través de videos y juegos de rol. Esta RS de calidad alta, muestra efectividad alta en reducción embarazo adolescente a dos años.

La RS que analiza programas de educación sexual basados en la escuela en adolescentes presentan un enfoque basado en la abstinencia y la mayoría con enfoques comprensivos de educación sexual con énfasis en la reducción de riesgos. Éstos incorporan diversos métodos de enseñanza, incluyendo lecturas, videos, discusión grupal, juego de rol, módulos en línea. Contenidos relacionados con información sobre VIH, prevención del embarazo, prevención de infecciones de transmisión sexual y relaciones de pareja. Este conjunto congrega intervenciones de duración variable, desde 3 horas hasta varios años, estos últimos incluyeron intervenciones comunitarias como creación de centros de atención juvenil y distribución de condones. Esta RS de calidad moderada, muestra efectividad moderada en reducción de tasa de embarazo en adolescentes.

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

Las acciones orientadas a la promoción de la salud sexual se enmarcan en los derechos sexuales y reproductivos tal como fuera ratificado en las Conferencias Internacionales sobre Población y Desarrollo. En el marco de los grupos de derechos, la salud sexual y reproductiva conforma una de las dimensiones y se corresponde con los Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño y el Artículo 27 destinado a reconocer el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. Dado que el espacio de aplicación es el ámbito educativo, la intervención se incluye dentro del derecho a la educación (Artículo 28 y 29 de la Convención sobre los Derechos del Niño), pero también en la construcción de su identidad, hecho que incluye su identidad sexual (Artículo 8 de la CDN). Los aspectos vinculados con el ámbito familiar se expresan en dimensión de co-responsabilidad en la crianza (Artículos 10, 18 y 19 de la CDN) y dentro de ella a promover la equidad de género y respeto a la diversidad familiar.

c1. Intervenciones efectivas en subdominio Estilo de vida sana – Actividad física

Dominio	Subdominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directo	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos
					Pre Concepcio nal	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días - 47 meses	4 - 9 años	10-14 años	
Físico	Estilo de vida sana – Actividad física	Actividad física (autoreportada y objetiva)	Hogar, escuela y comunidad	GR: Niñas mujeres preadolescentes					F015-BID14 Promoción de actividad física e ingesta de frutas y verduras en niñas preadolescentes (5 - 11 años)		
		Actividad física (reportada por padres o niños, y objetiva)	Comunitario y familiar	PG: Niños(a) Adolescentes y un familiar GR: riesgo de obesidad					F027-VAN11 Intervenciones familiares de promoción de actividad física y educación sobre dieta (3 - 16 años)		
		Conducta sedentaria (minutos por día)	A nivel comunitario y escuela	PG: Niños(a) Adolescentes GR: riesgo de sobrepeso					F024-VAN12 Intervenciones en colegios y población general para disminuir conducta sedentaria (0 - 18 años)		
		Actividad física y gasto energético (reportada y objetiva)	Hogar, escuela y/o centros de salud	GR: Niños(a) Adolescentes					F066-LAU11 Intervenciones basadas en Internet, email, y/o mensajes de textos (6 – 18 años)		
		Cambio en la conducta de salud: actividad física, hábitos de sueño, dieta, actividad sexual riesgosa.	Centros de Salud	PG: Adolescentes					F081-CUS14 Entrevistas motivacionales de promoción de conductas de salud en adolescentes (13 - 18 años)		

Se identificaron 5 revisiones sistemáticas, en grupos de edad variables, tres con calidad de evidencia alta y efectividad sugerente; y dos con calidad moderada y efectividad moderada.

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Un primera RS sobre intervenciones de promoción de la actividad física e ingesta de frutas y verduras (multi-componentes) en escolares mujeres, entre 5 y 11 años, que incorpora contextos familiares, comunitarios y educativos, cuya duración es menor de 12 semanas. La efectividad es moderada y mediada por el componente educativo. Otra RS considera intervenciones multi-componentes y simples en establecimientos educacionales, y en población general, para reducir la conducta sedentaria o aumentar la actividad física.

El tercer grupo corresponden a intervenciones familiares en promoción de actividad física, en las que por lo menos un miembro de la familia participa activamente. Todas las intervenciones mezclaban actividad física y educación sobre dieta, desde uno a 6 meses de duración. Las intervenciones que se mostraron efectivas son aquellas basadas en teoría social cognitiva, con 8 sesiones una vez a la semana de 45 minutos y los padres asisten a dos talleres de dos horas. En este mismo grupo otro conjunto de intervenciones miden el efecto de la participación activa de al menos un familiar. En este subconjunto el efecto fue mayor en población con riesgo de obesidad.

Finalmente hay un último grupo que emplea tecnología (Internet, email, y/o mensajes de textos) para diseminar información acerca de los beneficios de la actividad física. La duración de la intervención varía según el estudio (desde 2 semanas a 2 años). La frecuencia varía desde 2 veces al día hasta una vez en 12 semanas. El efecto positivo es más bien en variables actitudinales que conductuales.

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

Las acciones orientadas a la promoción de la actividad física y la prevención de la obesidad se corresponden con el Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño con miras a garantizar el mejor nivel de salud posible. También se corresponde con la Dimensión de vida saludable que integrada al grupo de derechos y dentro de ella a garantizar nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. Ello incluye la práctica de deportes, la recreación y la actividad física. Por cierto, este derecho está interrelacionado con el Artículo 31 de la Convención sobre los Derechos del Niño en referencia al derecho al juego y la recreación. Dado que el ámbito de aplicación de algunas de las intervenciones, esto se corresponde con la escuela y la familia, toda vez que implica un involucramiento de las familias como parte de la comunidad educativa junto a docentes y alumnos/as. Este aspecto está en sintonía con el Artículo 24, Inciso 2e de la Convención sobre los Derechos del Niño en lo referente a Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos.

c2. Intervenciones efectivas en subdominio Estilo de vida sana - Indicadores biológicos de salud física nutricional

Dominio	Subdominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directo	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos	
					Pre concepcio nal	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días – 47 meses	4 - 9 años	10-14 años		15-18 años
Físico	Estilo de vida sana - Indicadores biológicos de salud física nutricional	Incidencia de bajo peso de nacimiento / Peso de nacimiento del bebé	Heterogé neo	PG: Mujeres en edad fértil (mayoría > 18 años) pregestacional y gestacional GR: Mujeres bajo peso, riesgo nutricional, sobrepeso, obesas o de países de bajos ingresos			F005-GRE14 Intervenciones basadas en alimentos y productos fortificados con macronutrientes (1 día)					
		Talla de nacimiento	Heterogé neo	PG: Mujeres en edad fértil (mayoría > 18 años) pregestacionales y gestacional GR: Mujeres bajo peso, riesgo nutricional, sobrepeso, obesas o de países de bajos ingresos			F008-GRE14 Intervenciones basadas en fortificados con macronutrientes + consejería de dieta. (1 día)					
		Peso y talla respectivamente	Múltiples contextos: Comunal, maternidad, colegio (madres adolescentes), sala cuna y orfanato.	PG: Bebés de término sin problemas de salud salvo cólicos.			F034-BEN13 y F032-BEN13 Masaje infantil (0 a 6 meses)					
		Aumento de peso diario (gramos)	Centros de salud	GR: Niños pretérmino			F035-WAN13 Masaje en RN pretérmino					
		Índice de masa corporal	Escuela	PG: Niños(a), adolescente, y a veces familia			F039-WAT11 y F041-WAT11 Programas escolares sobre dieta y/o actividad física en currículum escolar (0 a 5 años) y (6 - 12 años)					
		Índice de masa corporal	Comunal (familiar)	PG: Niños(as) Adolescentes Familia			F028-VAN11 Intervenciones familiares de promoción de actividad física y dieta: IMC					

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Físico	Estilo de vida sana - Indicadores biológicos de salud física nutricional			GR: riesgo de obesidad					(3 a 16 años)	
		Prevalencia de obesidad	Escuela	PG: Niños(a) Adolescentes					F053-MAD14 Programas en escuela de promoción dieta saludable, menor consumo de bebidas carbonatadas, y aumento de actividad física (8 – 12 años)	
		Indice de masa corporal	Escuela	PG: Niños(as) Adolescentes					F067-LAN14 Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de actividad física (4 a 18 años)	
		Indice de masa corporal	No reportado	GR: Niños(as) Adolescentes con riesgo de sedentarismo					F059-TRE11 Intervenciones para disminuir comportamiento sedentario (5 a 17 años)	
		Indice de masa corporal	Escuela	GR: Niños en riesgo de obesidad				F090-BEA14 Intervención integral, educación a educadoras, seguimiento salud, educación niños y foco en nutrición y actividad física (5 años promedio)		
		Indice de masa corporal	Escuela	GR: Niños en riesgo de obesidad				F089-BEA14 Programa integral de actividad física adolescente, con participación de escuela y comunidad (12 años)		



Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

										promedio)		
		A) Ganancia de peso gestacional; B) Pérdida de peso post parto; C) Retención de peso post parto	Centros de Salud	GR: Mujeres en sobrepeso u obesas, preconcepcional y embarazadas, se excluyeron mujeres con otras patologías asociadas. (21 – 35 años)	F095-AGH14 Intervenciones conductuales de estilo de vida para la prevención y tratamiento de obesidad antes y/o durante la gestación							
		% de grasa corporal	No reporta	Niños y jóvenes						F085-LUC11 Intervenciones cuyo foco es la actividad física. (0 – 18 años)		



Este es el subdominio donde se encontró el mayor número de intervenciones (10). Un grupo de intervenciones evalúa el efecto de intervenciones basada en la entrega de alimentos y productos fortificados con macronutrientes a mujeres embarazadas cuyos efectos se miden en talla y peso al nacer de los hijo(as). La evidencia es de alta calidad, y la efectividad es baja. El mayor efecto se observa en mujeres de países con bajo nivel socioeconómico.

Otro conjunto de intervenciones, que se relaciona con promoción de actividades de educación física con participación de los padres en que se evalúa el estado nutricional en escolares y adolescentes. Hay dos grupos de conjuntos de intervenciones que estudian el efecto del masaje en lactantes (uno en normales y otro en prematuros, con buenos resultados en antropometría).

La intervención multi-componente en preescolares (3-5 años) en estilos de vida saludables muestra resultados favorables en IMC. Otro conjunto de intervenciones multi-componente en escolares de promoción de dieta saludable, menor consumo de bebidas carbonatadas y aumento de actividad física, el grupo de 8-12 años, siendo de alta calidad de evidencia, muestra también una alta efectividad. Finalmente, otros dos grupos de intervenciones cuyo foco es la promoción de la actividad física en el grupo de escolares y adolescentes, muestran resultados favorables en IMC.

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

Las intervenciones propuestas están en armonía con el Artículo 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño en cuanto a que los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño, el Artículo 24 de la Convención, en materia de garantizar el derecho a la salud y calidad de vida, Artículo 27 de la Convención.

c3. Intervenciones efectivas en subdominio Estilo de vida sana - Lactancia materna y alimentación saludable

Dominio	Subdominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directa	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos	
					Pre concepcio nal	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días - 47 meses	4 - 9 años	10-14 años		15-18 años
Físico	Estilo de vida sana - Lactancia materna y alimentación saludable	Lactancia materna no exclusiva al último seguimiento / No lactancia al último seguimiento	Hogar, Hospital	PG: Madres y bebés GR: Madres y bebés hospitalizados con morbilidad leve, bajo NSE y >2.500 grs.			F003-JOL12 Intervenciones postnatales basadas en el apoyo de pares (0 – 6 meses)					
		Lactancia materna no exclusiva al último seguimiento / No lactancia al último seguimiento	Hogar, Hospital	PG: Madres y bebés GR: Madres y bebés hospitalizados con morbilidad leve, bajo NSE y >2.500 grs.			F004-JOL12 Intervenciones pre y postnatales basadas en el apoyo de pares (lactancia)					
		Iniciación de cualquier tipo de lactancia materna / Iniciación de lactancia materna exclusiva	Centros de salud o consultas médicas de atención primaria.	GR: Mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas o en lactancia materna, bajo NSE.			F018-IBA12 Intervenciones educativas de fomento en contexto de salud primaria: Iniciación de lactancia					
		Duración de cualquier tipo de lactancia materna entre la semana 6 y 2 meses post parto / Idem 3 a 6 meses post parto.	Centros de salud o consultas médicas de atención primaria.	GR: Mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas o en lactancia materna, bajo NSE.			F019-IBA12 Intervenciones de fomento en contexto de salud primaria: Duración de lactancia (6 semana – 6 meses)					
		No lactancia materna	No reportado	PG: Mujeres en edad fértil, en países			F047-HAR13 Intervenciones educativas de consejería distintas modalidades					

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

				desarrollados y en vías de desarrollo			(0 - 5 meses)				
		Lactancia materna exclusiva	Hogar, Centro de salud, Internet, Hospital	PG: Mujeres en edad fértil, en países desarrollados y en vías de desarrollo			F023-HAR13 Intervenciones educativas de consejería distintas modalidades (2 a 5 meses)				
		Ingesta de frutas y vegetales	Escuela	PG: Niños(as) y adolescentes						F076-LAN14 Marco de Promoción Escolar de Salud de OMS: intervenciones basadas en manejo de nutrición (ingesta de frutas y vegetales) (4 – 18 años)	

En este subdominio se encontraron 4 intervenciones con 7 indicadores de resultados.

La evidencia muestra que intervenciones postnatales basadas en visitas domiciliarias basadas en agentes comunitarios capacitados o por teléfono mejora la lactancia materna. Los efectos son más importantes en países de bajos ingresos, lo mismo sucede si la intervención se realiza pre y postnatal. Otro conjunto de intervenciones basadas en educación para la salud realizada en centros de salud, en mujeres embarazadas de bajo nivel socioeconómico, también muestra efectos positivos sobre la lactancia materna. Del mismo modo, todo tipo de intervenciones educativas en particular las consejerías no tienen impacto significativo en países desarrollados.

Finalmente, el marco de promoción escolar de OMS basado en manejo de nutrición, muestra efectos favorables en el consumo de frutas y verduras en escolares y adolescentes.

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

Las intervenciones en este dominio están en armonía con el Artículo 24 sobre los Derechos del Niño, particularmente en su Inciso 2 e) tendiente asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos. El componente educativo está en consonancia (además del ámbito de implementación por tratarse de intervenciones educativas) con los Artículos 28 y 29 de la Convención de los Derechos del Niño relativos al derecho a la educación. Finalmente, el componente familiar se corresponde con la dimensión de parentalidad positiva y la promoción del apego temprano, aspecto que está contemplado dentro del Artículo 18 Inciso 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño en lo referente a que los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño.

C4. Intervenciones efectivas en subdominio Estilo de vida sana – Sueño

Dominio	Subdominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directo	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos	
					Pre concepcional	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días - 47 meses	4 - 9 años	10-14 años		15-18 años
Físico	Estilo de vida sana - Sueño	Horas de sueño en 24 horas y tiempo de llanto / queja	Múltiples contextos: Comunal, maternidad, colegio (madres adolescentes), sala cuna y orfanato.	PG: Bebés de término sin problemas de salud salvo cólicos.			F033-BEN33 Masaje infantil (0 – 6 meses)					
		Minutos de sueño durante la noche, en 24 hrs. / Total de minutos de sueño en 24 hrs.	Hogar, Centro de salud	PG: Madres de niños			F014-BRY13 Sesión breve sobre estrategias para mejorar sueño del recién nacido, más reforzamiento telefónico: tiempo de sueño (0 – 3 meses)					

Finalmente, en el dominio físico se incorporó el buen sueño como variable dependiente. Tanto el estudio sobre masaje infantil en lactantes de 0 - 6 meses, como una estrategia específica para mejorar el sueño del recién nacido, que incluye reforzamiento telefónico, mejora la duración del sueño en lactantes.

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

La necesidad de alcanzar un estilo de vida saludable y sueño está en armonía con la dimensión de vida saludable dentro de los grupos de derechos (Artículo 27 de la Convención sobre los Derechos del Niño, Artículo 24 sobre el Derecho a la Salud y Artículo 31 relativo a que los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento). Dado que el tipo de intervención contempla múltiples contextos para las prácticas educativas, se considera el derecho a la educación (Artículo 28 de la Convención sobre los Derechos del Niño) como un aspecto constitutivo de este dominio.

3.2 DOMINIO COGNITIVO

En el dominio cognitivo se identificaron 32 pares de intervenciones y variables, de las cuales 14 de ellos son candidatas a la ruta. Se identificaron intervenciones efectivas en los subdominios; Pensamiento e Inteligencia, Función Ejecutiva y Logro Académico. En general las intervenciones para mejorar el desarrollo cognitivo cubren todo el periodo comprendido entre la gestación y los 18 años de edad, y se incluyeron grupos de riesgo como los niños/as nacidos antes de las 36 semanas de EG y niños/as con el diagnóstico de déficit atencional. El tamaño del efecto promedio es moderado (0.47), con rangos de 0.32 a 0.79. Las intervenciones antes de los 5 años incluyen una activa participación de las madres. En cuanto a las intervenciones durante el periodo escolar, éstas incluyen la familia y paquetes de múltiples componentes que favorecen la integración en la escuela. Casi todas las intervenciones se dan en la comunidad, el hogar de las familias, el centro de salud y la escuela. Todas las intervenciones identificadas son de tipo preventivas o de tratamiento temprano. La duración de la exposición al tratamiento va desde intervenciones de 1 a 54 semanas. Dada la diversa naturaleza de las intervenciones no se pueden derivar recomendaciones generales sobre intensidad de la exposición, sin embargo parece ser claro que en la mayoría de los casos las madres y la familia tienen un rol activo en la efectividad de las intervenciones.

a. Intervenciones efectivas en subdominio Pensamiento e inteligencia

Dominio	Subdominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directo	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos	
					Pre Concepcio nal	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días - 47 meses	4 - 9 años	10-14 años		15-18 años
Cognitivo	Pensamiento e inteligencia	Desarrollo mental: Escala de desarrollo de Bayley - subescala Mental MDI	Hogar	GR: Madre Niño(a) pretérmino / bajo peso al nacer				C029-GOY13 VD profesional orientada a cuidados del recién nacido (1 año)				
		Desarrollo mental: Escala de desarrollo de Bayley, subescala mental	No reportado	GR: Niño(a) Pobreza/bajo nivel SE			C024-JIA14 Suplemento de Acidos grasos poliinsaturados (n-3 PUFA) (0 – 18 meses)					
		Desarrollo mental: Escala de desarrollo de Bayley subescala mental, Escala de desarrollo mental	Centros de Salud, Hogar	GR: Madre Niño(a) pretérmino			C005-ORT09 Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora: Desarrollo					

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

La relación existente entre este dominio dentro del grupo está en relación a la dimensión de salud mental como parte constitutiva del desarrollo mental y cognitivo. Entre los derechos contemplados por la Convención sobre los Derechos del Niño, cabe mencionar al Artículo 27 por el cual los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, el Artículo 24 vinculado con el Derecho a la Salud y finalmente, el Artículo 6 en su Inciso 2 por el cual los Estados Partes garantizarán en la máxima medida de lo posible la supervivencia y el desarrollo del niño. El derecho a la educación está plasmado en el tipo de intervención en consonancia con los Artículos 28 y 29 de la Convención sobre los Derechos del Niño. Recordemos que las intervenciones educativas van más allá de la denominada educación formal dentro de las instituciones escolares sino que está en consonancia con la Declaración de Jomtien de Educación para Todos, que reconoce a la educación como un proceso que acompaña todo el curso de vida, desde el nacimiento hasta la muerte.

b. Intervenciones efectivas en subdominio Función ejecutiva

Dominio	Subdominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directo	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos	
					Pre concepcio nal	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días - 47 meses	4 - 9 años	10-14 años		15-18 años
Cogni tivo	Función ejecutiva	Memoria de trabajo verbal	No reportado	PG: Niño(a) Adolescente GR: Riesgo de trastorno déficit atencional				C010-MEL13 Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo verbal (corto plazo) 0 - 18 años (revisar subgrupos de edad)				
		Memoria de trabajo visoespacial	No reportado	PG: Niño(a) Adolescente GR: Riesgo de trastorno déficit atencional				C012-MEL13 Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo visoespacial (corto plazo) 0 - 18 años (revisar subgrupos de edad)				
		Memoria de trabajo visoespacial	No reportado	PG: Niño(a) Adolescente GR: Riesgo de trastorno déficit atencional				C013-MEL13 Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo visoespacial (largo plazo) 0 - 18 años (revisar subgrupos de edad)				
		Memoria de trabajo: Test de Stroop	No reportado	PG: Niño(a) Adolescente GR: Riesgo de trastorno déficit atencional				C014-MEL13 Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Test de Stroop 0 - 18 años (revisar subgrupos de edad)				

En este subdominio se encontró solo 1 revisión que incluía intervenciones para mejorar una de las funciones ejecutivas; la memoria de trabajo. La revisión de Melby-Lervåg (2013) muestra que programas de entrenamiento de la memoria de trabajo producen mejoras a corto plazo; en memoria de trabajo verbal, con efectos que no se mantienen en el seguimiento, y efectos en memoria de trabajo visoespacial, donde existe una evidencia limitada de su mantención en el tiempo. Esta revisión no encontró evidencia convincente de la generalización de las mejoras en la memoria de trabajo se puedan llevar otros dominios (capacidad no verbal y verbal, procesos inhibitorios en la atención, decodificación de palabras y aritmética). Por otra parte las intervenciones que incrementan las horas en la escuela a través de reforzamiento adicional no cuentan con evidencia que muestre mejorías significativas en este subdominio, y su efecto en el rendimiento académico parece limitado. No se encontraron revisiones que incluyeran intervenciones para mejorar la flexibilidad cognitiva, el control inhibitorio o la autoregulación cognitiva.

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

El desarrollo de ciertas habilidades o competencias vinculadas con el proceso de enseñanza- aprendizaje, está vinculado con la dimensión de calidad educativa dentro del grupo de derechos a la educación, tal como lo especifica el Artículo 29 de la Convención sobre los Derechos del Niño en su Inciso 1 a) en donde los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a desarrollar la personalidad, las aptitudes, y la capacidad mental y física al máximo de sus posibilidades.

c. Intervenciones efectivas en subdominio Logro académico

Dominio	Subdominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directo	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos
					Pre concepcio nal	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días – 47 meses	4 - 9 años	10-14 años	
Cognitivo	Logro académico	Desempeño académico	Fuera de la escuela	PG: Niño(a) Adolescente padre, madre				C003-NYE06 Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa: Desempeño académico (3 a 14 años)			
		Logro académico en matemática	Fuera de la escuela	PG: Niño(a) Adolescente padre, madre				C004-NYE06 Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa: Desempeño en matemática (3 a 14 años)			
		Asistencia escolar	Escuelas, comunal y cortes de justicia	GR: Niños Adolescente previamente identificados como con problemas de ausentismo				C015-MAY11 Intervenciones orientadas a estudiantes (consejería, trabajo social, u otras) o familias: asistencia escolar (6 a 18 años)			
		Abandono escolar	Escuela, comunidad	GR: Madres adolescente				C021-WIL11 Programas multicomponentes basados en intervenciones en la escuela o comunidad: abandono escolar (Promedio 15 años)			
		Resultados de graduación o abandono / Resultados de matrícula	Comunal	GR: Madres adolescente					C018-WIL11 Paquetes multiservicio y monitoreo de asistencia unido a incentivos financieros (Promedio 18 años)		

En el subdominio logro académico se encontraron intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres con efectos positivos en rendimiento en matemática, ciencia y lectura, con tamaños de efecto moderados entre (0.45 - 0.54). La duración de los programas era muy diversa, desde 10 semanas a 3 años, y los efectos eran altamente moderados por el tiempo de exposición al programa. Por otra parte, las intervenciones de consejería (trabajador social, u otras especialidades) para familias en riesgo tienen efectos moderados en la asistencia escolar y rendimiento. Los programas multicomponentes con intervenciones en la escuela o comunidad podrían contribuir a aumentar el tiempo en la escuela, reduciendo abandono escolar, tanto en estudiantes de enseñanza básica como de secundaria. Las intervenciones que incluyen el monitoreo de asistencia asociado a incentivo financiero también muestran un efecto moderado en la retención escolar. En general las intervenciones se desarrollan en la escuela y comunidad.

No se encontró evidencia que apoye intervenciones como asistencia a kindergarten a tiempo completo, o intervenciones focalizadas en niños con dificultad para lectura, tutorías y programas fuera del horario de clase dedicados a incrementar el tiempo de aprendizaje (reforzamiento) que afecten el logro académico.

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

El desarrollo de ciertas habilidades o competencias vinculadas con el proceso de enseñanza- aprendizaje, está vinculado con la dimensión de calidad educativa dentro del grupo de derechos a la educación, tal como lo especifica el Artículo 28 de la Convención sobre los Derechos del Niño en su Inciso 1 e) por el cual los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y, a fin de que pueda ser ejercida progresivamente y en condición de igualdad de oportunidades, ese derecho deberá en particular: Adoptar medidas para la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de deserción escolar. También se encuentra en armonía con la dimensión de Retención Escolar dentro del Grupo de Derechos correspondiente.

3.3 DOMINIO LENGUAJE

Se identificaron 4 RS con 256 estudios en total para 11 pares de intervenciones con potencial efecto positivo sobre el desarrollo del lenguaje. La mayoría de los estudios de las revisiones fueron de alta calidad metodológica y mostraron en su gran mayoría efectos de magnitud moderada. Se puede apreciar que la mayoría de las intervenciones consideraban a los padres, madres y adultos como los ejecutores de la intervención y sólo en una se usó tecnología. Las edades que abarcaban las intervenciones empezaban desde los 18 meses hasta los 14 años, pero la mayoría se enfocaban en niños preescolares y de educación básica, sin llegar a cubrir la edad adolescente ni el período del primer año de vida, que representa un período sensible para el aprendizaje del lenguaje desde las neurociencias. Varias intervenciones podrían aplicar para más de un subdominio, se intentó dejar en aquel que más se adecuaba sin repetir la intervención.

a. Intervenciones efectivas en subdominio Comunicación temprana - Habilidades pre lingüísticas y lingüísticas tempranas

Dominio	Subdominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directo	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos
					Pre concepcional	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días - 47 meses	4 - 9 años	10-14 años	
Lenguaje	Comunicación temprana	Lenguaje expresivo	Hogar u otro	GR: Padres de niños con trastorno de lenguaje				L014-ROB11 y L018-ROB11 Intervenciones para padres en fomento de lenguaje (Con diferentes GC) (18 meses – 5 años)			  
		Lenguaje receptivo	Hogar u otro	GR: Padres de niños con trastorno de lenguaje				L015-ROB11 y L019-ROB11 Intervenciones para padres en fomento de lenguaje (Con diferentes GC) (18 meses – 5 años)			
		Vocabulario expresivo	Hogar u otro	GR: Padres de niños con trastorno de lenguaje				L016-ROB11 Intervenciones para padres en fomento de lenguaje (18 meses – 5 años)			
		Vocabulario receptivo	Hogar u otro	GR: Padres de niños con trastorno de lenguaje				L017-ROB11 Intervenciones para padres en fomento de lenguaje (18 meses – 5 años)			

En el subdominio de comunicación temprana se encontró solo una revisión sistemática. El único rango etario que se abarcó fue desde 18 meses hasta 5 años. Se identificaron seis pares de intervenciones y variables dependientes que estaban dirigidas a padres, madre y cuidadores de niños en riesgo de tener un trastorno de lenguaje, esta intervención usaba diferentes grupos de control. En el caso de la variable de lenguaje expresivo la intervención muestra una alta efectividad comparada con manejo estándar y una efectividad sugerente cuando el grupo control fue otra intervención implementada por el terapeuta. Sin embargo, para lenguaje receptivo ambas intervenciones con diferentes grupos de control alcanzan efectividad moderada. La efectividad de las intervenciones para vocabulario expresivo y receptivo alcanzó una efectividad moderada. Todas las intervenciones usaban como agente de cambio a figuras significativas del niño y se realizaban en el hogar u otro contexto. No se encontraron RS para edades más tempranas que representan el periodo sensible y crítico de lenguaje (primer año de vida)

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

La relación con el derecho a la educación se basa en los postulados del Artículo 29 de la Convención sobre los Derechos del Niño en su Inciso c) sobre inculcar al niño el respeto de sus padres, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país que sea originario, y de las civilizaciones distintas a la suya. En lo referente a la participación de las familias, tal como está contemplado en la dimensión sobre Escuela y Familia que hace al involucramiento familiar, la responsabilidad familiar y la educación familiar (Artículo 5 relativo a los derechos y deberes de los padres, la familia ampliada, la comunidad, en materia de promover el ejercicio de los derechos contemplados en la Convención). Finalmente, los aspectos contemplados en el grupo de Derechos sobre Participación, se pueden observar a través de la Dimensión de Participación la Familia y los Artículos de la Convención sobre los Derechos del Niño 12 (relativo a la participación de la niñez en función de su edad y madurez), Artículo 13 en su Inciso 1 relativo a la libertad de expresión oralmente, por escrito o artísticamente) y el Artículo 14 de la Convención relativo a la libertad de pensamiento.

b. Intervenciones efectivas en subdominio Alfabetización - Comprensión de lectura, Calidad del lenguaje escrito

Do mi nio	Sub dominio	Variable dependiente	Entorno de implementa ción	Sujeto de intervención directo	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Dere chos	
					Pre concepcional	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días - 47 meses	4 - 9 años	10-14 años		15-18 años
Leng uaje	Alfabeti zación	Logros de lectura	Otro: Fuera de la escuela	PG: Padres de ninos en edad prescolar o educacion basica y niños.					L006-NYE06 Intervenciones después de la escuela con los padres en lectura colaborativa (3 - 14 años)			

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

		Lenguaje expresivo y receptivo, Vocabulario expresivo y receptivo	Otro: Hogar u otro	GR: Padres de niños(as) en riesgo de trastorno de lenguaje				L005-MOL11 Intervenciones basadas en capacitación a los padres (3 a 5 años)			 
--	--	---	--------------------	--	--	--	--	---	--	--	--

Se encontraron dos revisiones sistemáticas con dos pares de intervenciones para Alfabetización, ambas con moderada magnitud del efecto, una está dirigida a población general con un efecto positivo en logros de lectura y otra en lenguaje (y vocabulario) expresivo y receptivo. Ambas estaban dirigidas a adultos significativos como agentes de cambio y la duración de la intervención duraba aproximadamente 10 a 13 semanas. El contexto de la intervención fue fuera del establecimiento educacional, ya sea en hogar o espacios comunitarios. El rango de edad abarcado se inician en ambas, desde los 3 años y alcanzan niños hasta los 5 años y la otra sigue toda la enseñanza básica (aproximadamente 14 años).

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

La relación con el derecho a la educación se basa en los postulados del Artículo 29 de la Convención sobre los Derechos del Niño en su Inciso c) sobre inculcar al niño el respeto de sus padres, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país que sea originario, y de las civilizaciones distintas a la suya. En lo referente a la participación de las familias, tal como está contemplado en la dimensión sobre Escuela y Familia que hace al involucramiento familiar, la responsabilidad familiar y la educación familiar (Artículo 5 relativo a los derechos y deberes de los padres, la familia ampliada, la comunidad, en materia de promover el ejercicio de los derechos contemplados en la Convención). Finalmente, los aspectos contemplados en el grupo de Derechos sobre Participación, se pueden observar a través de la Dimensión de Participación la Familia y los Artículos de la Convención sobre los Derechos del Niño 12 (relativo a la participación de la niñez en función de su edad y madurez), Artículo 13 en su Inciso 1 relativo a la libertad de expresión oralmente, por escrito o artísticamente) y el Artículo 14 de la Convención relativo a la libertad de pensamiento.

c. Intervenciones efectivas en subdominio Vocabulario y Lenguaje expresivo (LE) y comprensivo (LC)

Dominio	Sub dominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directo	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos	
					Pre Concepcio nal	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días - 47 meses	4 - 9 años	10-14 años		15-18 años
Lenguaje	Vocabulario expresivo (LE) y comprensivo (LC)	Vocabulario expresivo / Vocabulario receptivo	Hogar	PG: Padres y niños en edad preescolar				L011-MOL11 Lectura dialogica de libros de padres a hijos: Vocabulario (Preescolar)				
		Resultados de lenguaje: Comprension de vocabulario Conciencia fonologica Conceptos impresos	Escuela	GR: Niños con trastorno de lenguaje				L008-SWA11 Lectura de cuentos en voz alta (3 – 8 años)				
		Lenguaje oral: Vocabulario expresivo Vocabulario receptivo Conocimiento del alfabeto Sensibilidad fonologica Conciencia ortografica	Hogar	PG: Padres de niños				L010-MOL11 Lectura dialógica de libros de padres a hijos: Lenguaje expresivo y comprensivo (Preescolar y primero básico)				

En este subdominio se identificaron 2 revisiones sistemáticas, con tres pares de intervenciones dirigidas en general a vocabulario expresivo y comprensivo, pero también a otras variables esenciales como conciencia fonológica y ortográfica. Todas las intervenciones tenían como foco la lectura dialogada de libros de padres o adultos a niños y compartir lectura, en dos intervenciones los padres fueron capacitados para hacer preguntas a sus hijos sobre palabras y eventos encontrados en las historias y en otra se incluía el uso de tecnología. Dos estaban dirigidas a población general y una a niños con trastorno de lenguaje. Las dos que capacitaban a padres, madres y cuidadores se ejecutaban en el hogar, y la otra en la escuela. Todas alcanzaban a niños desde la fase preescolar y la más amplia se extendió hasta los 8 años.

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

La relación con el derecho a la educación se basa en los postulados del Artículo 29 de la Convención sobre los Derechos del Niño en su Inciso c) sobre inculcar al niño el respeto de sus padres, de su idioma y sus valores, de los valores nacionales del país en que vive, del país que sea originario, y de las civilizaciones distintas a la suya.

3.4 DOMINIO SOCIAL

Se identificaron 47 intervenciones que poseen potencial efecto positivo en el desarrollo social. Entre ellos se seleccionaron 27 (57%). Las magnitudes de efecto encontradas son por lo general alta a moderada (9 altas, 12 moderadas, 1 baja, y 4 efectos sugerentes no concluyentes).

a. Intervenciones efectivas en subdominio Regulación emocional - Autocontrol y autoregulación

Do mi nio	Subdo minio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directo	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Dere chos
					Pre concepcional	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días - 47 meses	4 - 9 años	10-14 años	
Social	Regulac ión emocio nal	Conducta externalizante	Hogar	PG y GR: Madres y padres con niños con problemas de conducta			S025-WYA08 Programas de habilidades parentales para promover el desarrollo y prevenir abuso sexual infantil: Conducta externalizante (0 – 7 años)				
		Conducta externalizante	Hogar	GR: Niños con problemas conductuales			S045-TAR14 Intervenciones parentales autoaplicadas con material sobre estrategias conductuales (3 – 12 años)				
		Conductas externalizantes: agresión verbal, física, delincuencia	Escuela	GR: Niños con problemas conductuales				S009-STO12 Intervenciones de prevención de entrega individual en colegios: Conductas externalizantes (6 – 11 años)			
		Conducta externalizante: agresión y conducta antisocial (Reporte de profesores del CBCL, SBCL, TOCA- R, Test de Connors y otros)	Escuela	GR: Niños con riesgo a desarrollar problemas estables de conducta externalizante				S012-SOL12 Intervenciones individuales cognitivo conductual para reducir conducta inapropiada y aumentar conducta positiva (6 – 12 años)			
		Conducta externalizante: agresión y	Escuela	GR: Niños con riesgo a desarrollar problemas estables				S011-SOL12 Intervenciones individuales cognitivo			

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Social	Regulación emocional	conducta antisocial (Reporte de profesores del CBCL, SBCL, TOCA-R, Test de Connors y otros)		de conducta externalizante					conductual con otros componentes para reducir conducta inapropiada y aumentar conducta positiva (6 – 12 años)	
		Delincuencia y conductas problemáticas	Otro: Mixto	PG y GR: Niños en situación de pobreza/bajo nivel SE					S008-PIQ10 Intervenciones de grupo y en colegios para desarrollo de habilidades sociales: Delincuencia y conductas problema (3 – 10 años)	
		Conducta internalizante y externalizante (Instrumento propio, SEB)	Otro: Comunal, escuela, on line, telefónico.	PG y GR: Padres de niños en riesgo psicosocial en general y problemas conductuales					S046-SAN14 Programa Triple P (Prácticas Parentales Positivas) (0 -18 años, promedio 6 años)	
		Conducta disruptiva o problemática	Escuela	PG: Profesores					S023-OLI11 Programa de implementación de herramientas de buen manejo de aula de los profesores: Conducta disruptiva (8 – 17 años)	

En este subdominio se identificaron 8 grupos de intervenciones, basadas en el análisis de 6 revisiones sistemáticas que incluyeron un total de 225 estudios. La mayoría de esta revisiones tenía una moderada y alta calidad metodológica en sus estudios. Las intervenciones de este subdominio estuvieron enfocadas a prevenir la violencia, la conducta inapropiada y aumentar la conducta positiva y las habilidades sociales. Algunas de ellas también buscaron promover el desarrollo y prevenir el abuso sexual infantil.

Las intervenciones que buscaban prevenir el abuso sexual se realizaron en el hogar y estaban orientadas mejorar las competencias parentales, conocimientos, interacciones positivas y estilo parental positivo a las madres embarazadas durante los primeros 7 años de vida. Estas intervenciones mostraron una calidad alta aunque una eficacia moderada.

Las intervenciones enfocadas en niños con problemas conductuales incluyeron intervenciones autoaplicadas realizadas en el hogar, con material sobre estrategias conductuales para mejorar las estrategias en niños entre 3–12 años. Aunque con una menor calidad y efectividad (moderada),

también se realizaron en el colegio intervenciones de prevención de conducta externalizante, enfocadas en mejorar las relaciones de amistad entre pares en niños entre 6–11 años.

En el colegio, un grupo importante de intervenciones mostraron una calidad y efectividad moderada para prevenir o mejorar las conductas externalizantes, mediante intervenciones individuales cognitivo conductuales que se relacionaron con una reducción en la conducta inapropiada y un aumento en la conducta positiva de escolares. La mayoría utilizó el modelo cognitivo conductual, con foco en cambiar las cogniciones sociales y estrategias conductuales del niño mediante refuerzos y modelando para reducir conducta inapropiada y aumentar conducta positiva, utilizando también consejería individual. Algunos incluyeron otros componentes en paralelo a la intervención, como por ejemplo: entrenamiento parental, intervenciones escolares, intervenciones en sala de clases, sesiones grupales, sesiones en el hogar y consejería a los docentes; y otros modelos como: Terapia de juego, SHIP (Alianza escuela padres), PMHP (Proyecto de salud mental primaria), DRC (Reporte de tarjetas diarias), AIT (Imaginería afectiva), SRTP (Programa de entrenamiento de relaciones sociales), SFT (Terapia focalizada en problemas), SCK (Stay cool kids) entre otros.

En las intervenciones enfocadas en disminuir la delincuencia, se utilizó principalmente el desarrollo de habilidades sociales, como intervenciones grupales en los colegios. Con una calidad alta, los profesores lograron que niños de 3–10 años tendieran a una disminución de las conductas problemáticas. Finalmente, en el colegio, los programas de implementación de herramientas de buen manejo de aula de los profesores, en estudiantes de kinder a cuarto medio de diversos colegios mostraron una efectividad alta para disminuir la conducta disruptiva o problemática en niños y adolescentes entre 8–17 años.

En múltiples ambientes (comuna, escuela, en línea y por teléfono), el programa de habilidades parentales Triple P mostró una evidencia moderada para mejorar el bienestar social-emocional-conductual medida en el seguimiento post intervención en niños y adolescentes hasta los 16 años (Esta RS no está libre de conflicto de interés)

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

Dentro de esta dimensión, el componente de derechos en el campo educativo (Artículo 28 de la Convención) se encuentra representado por el ámbito de intervención y la necesidad de promover equidad educativa, considerando además los grupos vulnerables. La participación familiar está en consonancia con la dimensión de parentalidad positiva (Artículo 14 de la Convención). Los aspectos de Protección están en consonancia con el Artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño en su Inciso 1 en cuanto a que los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual.

b. Intervenciones efectivas en subdominio Conducta prosocial - Relaciones interpersonales basadas en el buen trato

Dominio	Sub dominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directo	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos	
					Pre Conceptional	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días – 47 meses	4 - 9 años	10-14 años		15-18 años
		Tasa de victimización	Comunal	GR: Madres embarazadas y postparto		S024-VAN14 Programas de consejería de apoyo sobre violencia: Tasa de victimización						
		Tasa de victimización	Hogar	GR: Madres embarazadas y postparto		S026-VAN14 Programas de Visitas Domiciliarias por paraprofesionales para prevenir maltrato infantil y de pareja: Tasa de victimización						
		Frecuencia y tipo de eventos de maltrato físico, verbal, psicológico o sexual en la pareja (Diversos, Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory, Revised Conflict Tactics Scale, Conflict Tactics Scale 2, Women's Experience of Battering Scale)	Escuela	PG: Niños					S031-WAL15 Programas escolares para conocimiento sobre abuso sexual, prevención del abuso sexual, y/o adquisición conductas de auto protección (8 a 12 años)			
		Tasa de victimización violencia	Escuela	PG: Adolescentes						S027-DE 14 Programas dirigidos al curso sobre mitos respecto a violación		

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

										(12 a 15 años)	
		Tasa de victimización violencia	Escuela	PG: Adolescentes						S022-KOK14 Programa "Safe Dates" para adolescentes: eventos de maltrato en la pareja (13 años promedio)	

En este subdominio se identificaron 5 grupos de intervenciones, basadas en el análisis de 3 revisiones sistemáticas que incluyeron un total de 17 estudios. La mayoría de esta revisiones tenía una alta calidad metodológica en sus estudios.

Las intervenciones de este subdominio estuvieron enfocadas a prevenir la violencia y el abuso sexual, además de promover el respeto e inclusión hacia niños de minorías étnicas. Para reducir la victimización se realizaron programas de consejería de apoyo, que variaron entre una sesión de 30 minutos a 6 sesiones de una hora o acceso permanente a programa especializado. Los programas buscaban educar sobre el ciclo de violencia, identificar riesgos, apoyar estrategias de autocuidado y resolución de problemas, entre otros. También se utilizaron programas de visitas domiciliarias por paraprofesionales (no-profesionales entrenados), mujeres mentoras (mujeres entrenadas para realizar la intervención y proveer apoyo de pares y consejería) y/o enfermeras, con seguimiento entre 1 y 9 años, que buscaban promover la salud fetal y materna, promover la salud y desarrollo infantil, prevenir el maltrato infantil a través de mejorar el funcionamiento familiar, disminuir factores de riesgo del maltrato de pareja, enlazar a recursos comunitarios y de salud y mejorar el desarrollo personal de las madres. Estos programas, aunque presentaron una calidad de evidencia alta, mostraron una efectividad sugerente.

Aquellas intervenciones que buscaban disminuir el abuso sexual y la violencia en la pareja se realizaron en niños desde los 8 años y adolescentes, principalmente en el colegio. En escolares se estudiaron programas sobre el conocimiento de abuso sexual, prevención del abuso sexual, y/o adquisición conductas de auto protección. Su duración varió de una sola sesión de 45 mins a 8 sesiones de 20 min en días consecutivos. Fueron aplicadas una amplia gama de programas, que incluyen la enseñanza de las normas de seguridad, la propiedad del cuerpo, partes privadas del cuerpo, distinción de tipos de toques y tipos de secretos. Formatos de entrega del programa incluyen cine, video, obras de teatro, canciones, títeres, y cómics. Los métodos de enseñanza incluyen ensayo, práctica, juego de roles y discusión. Con una calidad y efectividad alta estos programas mejoraron las develaciones espontáneas de abuso sexual previo o actual, a algún personal del colegio en niños entre 8–12 años.

En adolescentes, se estudiaron programas que reducen los mitos respecto a la violación y que buscan disminuir los eventos de maltrato de pareja durante las salidas mediante videos, lecturas, discusión grupal, concurso de posters, role-playing y obras teatrales. Con una calidad moderada, la mayoría de la evidencia fue favorable a la intervención, mostrando una reducción del tipo y frecuencia de eventos de maltrato físico, verbal, psicológico o sexual en la pareja.

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

Las actividades de protección hacen a los derechos en materia de contar con los recursos, las contribuciones que aseguren que todos los NNA vivan en un entorno libre de todo tipo de malos tratos, abandono, explotación y crueldad. Entran a jugar dimensiones tales como maltrato y violencia, de abuso sexual y de otras vulneraciones graves. Entran a jugar derechos contemplados por la Convención sobre los Derechos del Niño como el Artículo 19 en su Inciso orientado a la erradicación de toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, malos tratos y explotación, incluido el abuso sexual. Del mismo modo, el Artículo 39 de la Convención interpela a los Estados Partes a instaurar medidas apropiadas tendientes a la recuperación física y psicológica a todo NNA víctima de trato cruel o degradante.

c. Intervenciones efectivas en subdominio Actitud inclusiva - Actitud igualitaria de género, etnias, personas con necesidades especiales.

Dominio	Sub dominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directa	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos
					Pre concepcional	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días – 47 meses	4 - 9 años	10-14 años	
		A) Actitudinales (valoración de otros, nivel de respeto hacia otros); B) Relaciones Personales (número de amistades de otras etnias, criterios de inclusión o inclusión al formar amistades, interacciones con personas de otras etnias) / Comportamiento social (juega, comparte, ayuda, y/o coopera con personas de otras etnias)	Escuela	GR: Niños de diversas etnias en contacto con otros de minorías étnicas				S043-ABO12 Intervenciones para promover respeto e inclusión hacia niños de minorías étnicas (Hasta 8 años)			 

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

En este subdominio se identificó 1 grupo de intervención, basadas en el análisis de 1 revisión sistemáticas que incluyó un total de 12 estudios. Esta revisión tenía una alta calidad metodológica en sus estudios y mostraron efectos de alta magnitud.

Las intervenciones de este subdominio estuvieron enfocadas a promover el respeto e inclusión hacia niños de minorías étnicas. Fueron realizadas en el colegio, y dirigidas a alcanzar el respeto y la inclusión/reducir los prejuicios y la discriminación hacia niños pertenecientes a minorías étnicas mediante: i) contacto: la intervención fomenta el contacto directo con niños de otras etnias (ej.: diversificar el cuerpo estudiantil) y ii) medios de comunicación/instrucción: por medio de videos o sesiones/actividades educacionales se fomenta el respeto y la diversidad étnica. Con una calidad alta, aunque efectividad sólo sugerente, mostraron evidencia en niños hasta 8 años

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

La consideración de esta dimensión como una cuestión de derechos se basa en considerar a esta actividad como una intervención educativa (Artículo 28 de la CDN), pero también por otros derechos como el respeto a la identidad (Artículo 7 de la CDND), a respetar y preservar la identidad (Artículo 8). La participación, por su parte, está reflejada en la promoción y respeto de varios derechos como lo plantea el Artículo 12 de la CDN (derecho a la participación), Artículo 13 (vinculado con la libertad de expresión), Artículo 14 (vinculado con la libertad de pensamiento, conciencia y religión), Artículo 15 (vinculado con la libertad de asociación), Artículos 16 (orientado a preservar la confidencialidad y respetar la privacidad), y el Artículo 17 Inciso d (orientado al acceso a la información que tenga en consideración la diversidad lingüística de los NNA).

3.5 DOMINIO EMOCIONAL

Se identificaron 47 intervenciones que poseen potencial efecto positivo en el desarrollo social. Entre ellos se seleccionaron 18 (38%). Las magnitudes de efecto encontradas son por lo general alta y moderada (3 altas, 9 moderadas, 1 baja, y 5 efectos sugerentes no concluyentes).

a. Intervenciones efectivas en subdominio Autoconcepto – Autoestima, Autoeficacia y Autonomía

Dominio	Subdominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directa	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos
					Pre concepcional	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días - 47 meses	4 - 9 años	10-14 años	
Emocional	Autoconcepto	Autoestima	Otro	Niños(as) Adolescentes				E001-EKE05 Actividad motora gruesa de alta intensidad energética (3 a 18 años)			

En este subdominio se identificó 1 grupo de intervención, basadas en el análisis de 1 revisión sistemáticas que incluyó un total de 23 estudios. Esta revisión tenía una calidad metodológica moderada en sus estudios y mostraron efectos de magnitudes altos.

Las intervenciones de este subdominio estuvieron enfocadas a mejorar el autoconcepto mediante la actividad motora gruesa de alta intensidad energética, en niños de 3–18 años. Las intervenciones estuvieron enfocadas en la realización de actividad motoras de alta intensidad energética (correr, nadar, juegos de pelota), en contraste con actividad física cotidiana, de al menos 4 semanas de duración, como parte de una intervención comprensiva. Con una alta calidad de la evidencia y moderada efectividad mostraron consistentemente un efecto favorable en la autoestima.

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

Dada la extensión de la intervención a lo largo de todo el período de la infancia y adolescencia, y atendiendo a tipo de intervención se consideró que el derecho a la salud vinculadas con funciones en el dominio emocional podrían vincularse con el campo educativo, en nuestro caso el derecho a la salud (Artículo 24 de la CDN) y el derecho al desarrollo (Artículo 6 de la CDN).

b. Intervenciones efectivas en subdominio Reconocimiento e interpretación de las emociones

Dominio	Subdominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directa	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos	
					Pre concepcional	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días – 47 meses	4 - 9 años	10-14 años		15-18 años
Emocional	Reconocimiento e interpretación de las emociones	Funcionamiento conductual y emocional del niño(a)	Centros de Salud	GR: Madres consumidoras de sustancias				E021-NIC12 Intervenciones para prevenir efectos en los hijos de madres consumidoras de sustancias (6 – 24 meses)				
		Emocional: Habilidad del niño de expresar y manejar ansiedad, frustración y enojo (instrumento propio SEB)	Otro: Comunal, escuela, on line, telefónico.	PG y GR: Padres de niños en riesgo psicosocial en general y problemas conductuales				E047-SAN14 Programa Triple P (Prácticas Prenatales Positivas) (0 -18 años, promedio 6 años)				

En este subdominio se identificaron 2 grupos de intervenciones, basadas en el análisis de 2 revisiones sistemáticas que incluyeron un total de 59 estudios enfocadas en mejorar el desarrollo óptimo del reconocimiento e interpretación de las emociones . La mayoría de esta revisiones tenía una alta calidad metodológica en sus estudios.

Las intervenciones de este subdominio estuvieron enfocadas a prevenir los efectos en los hijos de madre consumidoras de sustancias y mejorar las habilidades parentales. Las primeras se realizaron en madres consumidoras de sustancias, durante los dos primeros años de vida especialmente en los centros de salud. Las intervenciones fueron de tipo integrada (que involucraba un tratamiento específico de abuso de sustancias en conjunto con una intervención de desarrollo de habilidades parentales), disminuyendo el consumo de sustancias con una calidad y efectividad moderada.

Los programas de habilidades parentales tipo Triple P, en cambio, se realizaron en padres de niños en riesgo psicosocial en general y problemas conductuales, durante toda la infancia y adolescencia (con un promedio de 6 años), mostrando una evidencia alta para mejorar pruebas que evaluaban la interacción con pares, adultos y padres; la ansiedad, frustración y los síntomas internalizantes y externalizantes. Sin embargo, la calidad de evidencia es moderada y conflicto de interés (autor de la RS es dueño del programa).

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

Este tipo de intervenciones se orientan a la protección de derechos que están en consonancia con el Artículo 19 y 33 de la Convención sobre los Derechos del Niño en su Inciso 1 en cuanto a que los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual enumeradas en los tratados pertinentes.

c. Intervenciones efectivas en subdominio Salud mental – Síntomas ansiosos, depresivos y estrés

Dominio	Subdominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directa	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos
					Pre concepcional	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días – 47 meses	4 - 9 años	10-14 años	
Emocional	Salud mental	Sintomatología de salud mental: Reportes parentales: Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI), Child Behaviour Checklist (CBCL), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Centros de Salud, comunal	GR: Padres de niños con problemas de conducta				E020-FUR12 Intervenciones grupales para padres de niños con problemas conductuales: Reportes parentales (3 – 12 años)			

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

		Sintomatología de salud mental: Reportes independientes: Dyadic Parent-child Interaction Coding System (DPICS), Child Behaviour Checklist-Teacher Report Form (CBCLTRF), CBCL classroom observation (CBCL-DOF), Parent's Account of Clinical Symptoms (PACS) clinical interview	Centros de Salud, comunal	GR: Padres de niños con problemas de conducta					E019-FUR12 Intervenciones grupales para padres de niños con problemas conductuales: Reportes independientes (3 – 12 años)		
		Síntomas depresivos: depresión postparto	Otro: Mixto	GR: Madres adolescentes sin depresión post parto, pero en riesgo de presentarla					E007-LIE14 Entrega de habilidades a madres adolescentes en riesgo de depresión post parto (13-19 años)		

En este subdominio se identificaron 3 grupos de intervenciones, basadas en el análisis de 2 revisiones sistemáticas que incluyeron un total de 59 estudios. La mayoría de esta revisiones tenía una alta calidad metodológica moderada-alta en sus estudios.

Las intervenciones se realizaron mayoritariamente en centros de salud o comunales y estuvieron orientadas principalmente a los padres, ya sea como intervenciones grupales para padres de niños y adolescentes con problemas conductuales (3–12 años), como para madres adolescentes con riesgo de depresión postparto (13–19 años).

Las intervenciones grupales para padres de niños con problemas conductuales fueron protocolizadas, de orientación cognitivo-conductual, y se realizaron cuando los hijos tenían entre 3 a 12 años, para mejorar los problemas de conducta, habilidades y salud mental parentales. Con una calidad y efectividad moderada mostraron un efecto protector que aumentaba con la fidelidad de la intervención.

Las intervenciones a madres adolescentes sin depresión post parto, pero en riesgo de presentarla, fueron enfocadas en entregar habilidades como técnicas de masaje infantil, coaching madre hijo, relajación, entre otros, de aproximadamente una hora de duración, de 3 semanas a un año de duración aproximado. Con una calidad alta y efectividad sugerente mostraron una mejoría preventiva en este grupo de riesgo.

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

Por un lado, el tipo de intervenciones seleccionadas y el resultado buscado, se identifica con las actividades de promoción de salud mental. Este hecho se vincula con el derecho a la salud (Artículo 24 de la CDN), y los artículos 23, 25, 27 de la CDN relativos a la salud mental y el desarrollo emocional.

d. Intervenciones efectivas en subdominio Salud mental – Consumo de sustancias

Dominio	Sub dominio	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directa	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos	
					Pre concepcio nal	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días – 47 meses	4 - 9 años	10-14 años		15-18 años
Emocional	Salud mental	Exposición al humo de tabaco en casa durante la gestación (autoreporte de abstinencia del esposo)	Centros de Salud	GR: Mujeres embarazadas no-fumadoras expuestas a consumo pasivo de tabaco en hogar		E006-TON14 Educación prenatal sobre riesgos de consumo pasivo de tabaco en hogar (Mujeres en gestación 18 a 45 años)						
		Consumo de sustancias: Uso de alcohol	Escuela	PG: Niños y adolescentes				E023-LAN14 Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones basadas en manejo de Alcohol (4 a 18 años)				
		Consumo de sustancias: Uso de sustancias	Escuela	PG: Niños y adolescentes				E030-LAN14 Marco de Promoción de la Salud Escolar de la OMS: intervenciones basadas en manejo de Conducta de riesgo multiple (4 a 18 años)				

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Emocional	Salud mental	Consumo de sustancias: Uso de alcohol	Escuela	PG: Niños de 4 a 18 años					E029-LAN14 Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones sobre Conducta de riesgo múltiple - Alcohol (4 a 18 años)	
		Consumo de sustancias: Uso de marihuana	Escuela	Adolescente					E032-FAG14 Métodos combinados de educación y competencias sociales: uso de marihuana (6 – 18 años)	
		Consumo de sustancias: Edad de iniciación de tabaco / Cannabis	Escuela	Adolescente					E002-JAC12 ALERT: Programa de desarrollo personal y social para prevención de drogas: inicio tabaco / marihuana (12 – 13 años) Resultados medidos a los 18 meses.	
		Iniciación de consumo de tabaco / Continuación de consumo de tabaco en fumadores	Centros de Salud, hogar	PG y GR: Adolescente sin y con riesgo de consumo de tabaco					E008-PAT13 Intervenciones de prevención de iniciación y continuación de consumo de tabaco. (14 y 16 años promedio)	
		Consumo de sustancias: Frecuencia de uso de alcohol en los últimos 30 días.	Escuela	Adolescente					E014-LEM10 Intervención escolar de entrega de información anti drogas y desarrollo de habilidades: uso de alcohol (10-15 años)	
		Consumo de sustancias: Uso de alcohol el último mes / Abuso de alcohol	Escuela (8º y 1ºEM)	Adolescente					E013-JAC12 HealthWise: Programa de educación sexual y habilidades para la vida: uso de alcohol (14 años promedio)	
		Consumo de sustancias: Abuso de tabaco: más de 10 cigarrillos el último mes	Escuela	Adolescente					E012-JAC12 HealthWise: Programa de educación sexual y habilidades para la vida: tabaco (14 años promedio, resultados de seguimiento a los 2 años)	
		Consumo de sustancias: N° de cigarrillos los últimos	Hogar Comunal	Adolescente Padre, madre					E009-JAC12 Focus on Kids e Informed Parents and Children Together	

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

		6 meses								(ImPACT) de prevención sobre sexo seguro y uso de drogas y alcohol: tabaco (14 años promedio)	
		Consumo de sustancias: Número de días es que utilizó marihuana en los últimos 30 días	Escuela	Adolescente						E015-LEM10 Intervención escolar de entrega de información anti drogas y desarrollo de habilidades: uso de marihuana (10-15 años)	

En este subdominio se identificaron 12 grupos de intervenciones, basadas en el análisis de 7 revisiones sistemáticas que incluyeron un total de 35 estudios. La mayoría de esta revisiones tenía una calidad metodológica alta en sus estudios.

La mayoría de estas intervenciones estaban enfocadas en adolescentes y principalmente fueron realizadas en la escuela para mejorar el desarrollo personal y social, evitar la iniciación y continuación en el consumo, el desarrollo de habilidades para impedir el uso de drogas y la entrega de información para disminuir el consumo. El Project ALERT es un programa de desarrollo personal y social para aumentar las competencias y resistencia a la presión de uso de drogas. Se realiza en la escuela, en adolescentes entre 12 y 14 años, mediante 14 sesiones durante 2 años. Su efectividad es moderada con una calidad alta de evidencia.

Otras intervenciones de prevención de iniciación / continuación de consumo de tabaco en adolescentes, realizadas en centros de salud y hogares, fueron en su mayoría intervenciones directas con el sujeto, a través de reuniones personales, contacto telefónico y/o material impreso. Otras intervenciones incluyeron a los padres. Presentaron una duración altamente variable, entre 1 sesión a 12 meses, con una baja efectividad por lo general aunque la mayoría de los estudios mostraron un efecto favorable de la intervención. Intervenciones con mayor efectividad en adolescentes fueron aquellas de carácter preventivo, utilizadas en el contexto escolar, de tipo comprensivo, enfocadas en la entrega de información anti drogas, en conjunto con desarrollo de habilidades para rechazar la droga, habilidades de automanejo y autoregulación, y habilidades sociales.

Algunas de las intervenciones estaban protocolizadas, como HealthWise, que es un programa de educación sexual y habilidades para la vida, orientado a prevención de infecciones de transmisión sexual, reducción de uso de drogas, e incremento de actividades recreativas que promuevan el desarrollo saludable. Dura 2 años, con 12 sesiones en grado 8 y 6 sesiones grupales en grado 9, para adolescentes de 14 años promedio.

También se revisaron intervenciones que se enfocaron en la promoción y conductas de riesgo múltiples, impulsadas por la OMS, con comienzo en la infancia y que se extienden a la adolescencia (4–18 años). Con alta calidad de la evidencia y efectividad sugerente se orientaron a reducir el consumo de sustancias mediante el uso de intervenciones protocolizadas llevadas a cabo por profesores en las escuelas.

Se encontraron además intervenciones realizadas durante la gestación, enfocadas en madres embarazadas expuestas a consumo pasivo de tabaco. Éstas consistieron en sesiones educativas de cuidado prenatal e información de los riesgos de consumo pasivo en el embarazo, y promoción de reglas de no-consumo de tabaco en el hogar, y se realizaron en los centros de salud con una efectividad alta. Uno de los estudios además utiliza parches de nicotina para tratar a la pareja de la mujer embarazada.

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

Este tipo de intervenciones se orientan a la protección de derechos asociados al consumo de sustancias, además de promover la salud mental. Entre los derechos involucrados en esta dimensión se encuentran en el Artículo 33 de la CDN en donde los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales para proteger a los niños contra el uso ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados pertinentes. Contemplan acciones desde el ámbito educativo e intervenciones educativas (Artículo 28 de la CDN) y tienen un impacto sobre la salud física y mental (Artículo 24 de la CDN).

3.6 ÁMBITO DE INTERVENCIONES PARA PADRES, MADRES Y CUIDADORES

Si bien es cierto que las intervenciones dirigidas a padres, madres y cuidadores no constituyen un dominio en sí mismo del desarrollo infantil, se organizaron en este ámbito separado, ya que el bienestar de los adultos significativos y las competencias parentales para la crianza constituyen el ambiente más favorable para el desarrollo infantil en el hogar. Se conformaron dos grupos importantes de intervenciones: uno dirigido a la promoción de competencias parentales: Conocimientos, interacciones, estilo parental y apego; y el otro, Salud psicosocial parental.

a. Intervenciones efectivas para las Competencias parentales: Conocimientos, Interacciones, Estilo parental y Apego

Ámbito Padres, madres y cuidadores	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directo	Intervenciones recomendadas según rango de edad						Derechos	
				Pre concep- cional	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días – 47 meses	4 - 9 años	10-14 años		15-18 años
Competencias parentales	Escala observacional: Nursing Child Assessment Teaching Scale NCATS	Hospital y hogar	GR: Madres de recién nacidos pretérminos			S049-EVA14 Educación sobre capacidades del bebé, consuelo efectivo y estados de conciencia: una sesión					
	Cuidados y relación: Subescalas de alimentación o de enseñanza de la Escala del Entrenamiento Satélite de Evaluación de Cuidados infantiles, Subescalas cualitativas de Sensibilidad y Responsividad	Centros de Salud y Comunal	GR: Padres y madres de niños pretérmino y bajo peso sin patologías			S016-BEN13 Intervenciones que incluyen apoyo parental y educación parental: Cuidados infantiles, Sensibilidad y Responsividad (no menciona edad)					
	Competencias parentales: Inventario HOME	Hogar	GR: Niños pretérmino / bajo peso al nacer			S038-GOY13 VD desde alta hospitalaria orientada a cuidados del recién nacido: inventario HOME (Primera infancia)					
	Interacciones parentales negativas: A) Autorreporte parental: Ghent scales, Parenting Scale, Parental Sense of Competence scale, Parent Practices Interview,	Centros de Salud y Comunal	GR: Padres y madres de niños con problemas conductuales					S002-FUR12 Intervención grupal cognitivo-conductual a padres de niños de 3 a 12 años con problemas conductuales			

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

Competencias parentales	DDI critical verbal ratio scale, Parent Daily Report spanking subscale. / B) Reportes independientes: DPICS observational instrument, Mother-Child interaction free play clinic observation, GRMB coding scheme							(3 a 12 años)			
	Interacciones parentales positivas: A) Autorreportes parentales: Parenting Competency questionnaire, Ghent parental behaviour measure, Parent sense of competence scale, Parent practices interview, Problem-Setting Behaviour Checklist; / B) Reportes independientes: DPICS, Gardner's observation scheme, Global Rating of Maternal Behaviour (GRMB) scheme, FAST TRACK observational tool	Centros de Salud y Comunal	GR: Padres y madres de niños con problemas conductuales						S001-FUR12 Intervención grupal cognitivo-conductual a padres de niños de 3 a 12 años con problemas conductuales: (3 a 12 años)		
	Interacción con pares, adultos, padres (instrumento propio SEB)	Otro: Comunal, escuela, on line, telefónico.	PG y GR: Padres de niños en riesgo psicosocial en general y problemas conductuales						S047-SAN14 Programa Triple P (Prácticas Parentales Positivas) (0 -18 años, promedio 6 años)		

En este subdominio se identificaron 6 grupos de intervenciones, basadas en el análisis de 5 revisiones sistemáticas que incluyeron un total de 80 estudios. La mayoría de esta revisiones tenía una alta calidad metodológica en sus estudios.

La mayoría de las intervenciones estuvieron orientadas a mejorar las habilidades parentales mediante programas específicos o utilizando terapia cognitivo-conductual, que por lo general se realizaron entre los 3–12 años, en múltiples ambientes pero de preferencia en los centros de salud.

Otro grupo de intervenciones fueron más precoces, enfocadas en padres de niños de pretérmino, tanto en los centros de salud como en el hospital, y que intentan mejorar el apoyo y la educación parental.

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

Este tipo de intervenciones están íntimamente relacionadas con el entorno familiar y, más específicamente, con la función parental. De allí que esta dimensión incluye otras comprendidas en este grupo de derechos como son el caso de la convivencia familiar, la parentalidad positiva, la corresponsabilidad en la crianza y la diversidad familiar. Entran a jugar aquí ciertos derechos contemplados por la Convención sobre los Derechos del Niño como son: Artículo 5 (sobre derechos y deberes de los padres), Artículo 9 (derecho a tener una familia y a no ser separado de ella, salvo situaciones particulares), Artículo 10 (rol del Estado en promover la reunificación familiar), Artículo 14 Inciso 2 (sobre derechos y deberes de los padres), Artículo 18 (relativo a la responsabilidad en la crianza)

b. Intervenciones efectivas para la Salud psicosocial parental

Ámbito Padres, madres y cuidadores	Variable dependiente	Entorno de implementación	Sujeto de intervención directa	Intervenciones recomendadas según rango de edad							Derechos
				Pre concepcio- nal	Gestación	Recién Nacido(a)	29 días – 47 meses	4 – 9 años	10-14 años	15-18 años	
Salud psicosocial	Escala de Depresión Postparto Edimburgo, Escada de Depresión de Beck	Centros de Salud y otros	GR: Mujeres con depresión en la gestación o antecedentes personales o familiares de depresión, sin ideación suicida. (22 a 31 años)		S041-CLA12 Intervenciones durante la gestación y/o postparto para reducir depresión postnatal						
	Autorreportes: Edinburgh Postnatal Depression Scale, Center for Epidemiological Studies Depression Scale, Hamilton Depression Rating Scale, entre otras.	Centros de Salud, Comunal, Hogar	Mujeres en Gestación y/o lactancia		S015-CLA13 Intervenciones psicosociales para prevenir problemas de salud mental: depresión postparto						
	Estrés y síntomas anisosos depresivos en padres: Autorreportes parentales: Parenting Stress Index (PSI), Beck Depression Inventory	Centros de Salud, comunal	GR: Padres, madres de niños con problemas conductuales				S003-FUR12 Intervención grupal cognitivo-conductual a padres de niños con problemas conductuales: síntomas parentales				

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

parental	(BDI), Depression-Anxiety-Stress Adjustment scale, Work Stress Scale						3 a 12 años				
	Síntomas ansioso depresivos en padres: A) Síntomas depresivos: Beck Depression Inventory, Depression Anxiety Stress Scale, Center for Epidemiological Studies Depression Scale / B) Ansiedad: Depression Anxiety Stress Scale (principalmente). / C) Estrés: Parenting Stress Index, Depression Anxiety Stress Scale	Escuela, Centro de salud, Comunal	PG y GR: Padres, madres con síntomas de ansiedad, depresión o estrés.					S007-BAR12 Intervenciones conductual, cognitivo conductual y multimodal para padres: depresión y ansiedad parental			
	A) Índice de estrés parental (Largo y abreviado), Escala de estrés parental (NICU) B) ANSIEDAD: Inventario de Estados de Ansiedad, Escala hospitalaria de Ansiedad y depresión. C) DEPRESION: Inventario de Estados de Ansiedad, Escala hospitalaria de Ansiedad y depresión.	Centros de Salud y Comunal	GR: Padres y madres de niños pretérmino y bajo peso, hospitalizados ⁹			S017-BEN13 Intervenciones que incluyen apoyo parental y educación parental: Síntomas psicológicos parentales (no se menciona edad)					

En este subdominio se identificaron 5 grupos de intervenciones, basadas en el análisis de 5 revisiones sistemáticas que incluyeron un total de 58 estudios. La mayoría de esta revisiones tenía una moderada y alta calidad metodológica en sus estudios.

Las intervenciones estuvieron orientadas a detectar los síntomas emocionales de los padres (depresión postparto, depresión, ansiedad y otros). Las intervenciones en general se realizaron en padres cuando los niños tenían entre 3–12 años, excepto aquellas que estaban enfocadas en la depresión postparto, que se realizaron durante la etapa de recién nacido. Todas las intervenciones se realizaron en centros de salud o comunales.

¿Cómo se integran los derechos en este dominio?

Esta dimensión se relaciona con dos grupos de derechos, por un lado el derecho a la salud (física y mental) (Artículo 24 de la CDN) y al derecho a una familia y participación familiar durante el proceso reproductivo. La equidad de género es un aspecto que conforma una dimensión de derechos que recién ahora se está traduciendo desde las acciones afirmativas de los Estados y los gobiernos. La participación del varón y las familias homoparentales implica un desafío en materia de ganancias de derechos que inducen al respeto de la diversidad y la inclusión.

4. GLOSARIO DE DEFINICIONES DE LA RUTA DEL DESARROLLO BIOPSICOSOCIAL

Para una comprensión más homogénea de los dominios y subdominios de la ruta, se ponen a disposición las definiciones más relevantes de ella.

DESARROLLO

Proceso sistemático de continuidad y cambio en el individuo que se producen entre la concepción y la muerte. Al describir los cambios como sistemáticos implican que son ordenados, en patrones, y relativamente duraderos. La continuidad del desarrollo es la forma en que el individuo sigue siendo el mismo para reflejar su pasado. Los cambios del desarrollo se basan en dos procesos: la **maduración** (desarrollo biológico del individuo de acuerdo con la herencia biológica típica de la especie y la herencia biológica de una persona individual), y el **aprendizaje** (proceso a través del cual las experiencias producen cambios relativamente permanentes en los sentimientos, pensamientos y comportamientos) (Shaffer, 2014).

DESARROLLO INTEGRAL

Proceso de transformaciones y cambios que posibilitan la aparición de comportamientos novedosos y ordenados, los cuales se generan a través del tiempo y a partir de la propia actividad de los niños y niñas y adolescentes, de su capacidad para organizar por sí mismos sus experiencias y la información que de ellas derivan. Ese proceso es continuo, y contempla aspectos biológicos y psicológicos, sociales, históricos y culturales. Durante su vida el individuo cambia permanentemente, crece, aprende, madura y estructura su personalidad individual y social. De esta forma se hace cada vez más autónomo y más complejo en sus funciones y procesos. En síntesis puede decirse que este proceso: • Está protagonizado por un ser humano activo que se constituye en centro y sujeto (de derechos) primordial del desarrollo. • Toma forma gracias a la interacción dinámica y continua entre la biología (genética) y la experiencia del sujeto en sus intercambios en los entornos sociales y culturales, así como en las interacciones con los otros significativos más cercanos. • Amplía las capacidades de reflexión y reelaboración de las experiencias, contribuyendo a la habilidad para tomar decisiones, en una creciente autonomía. • Es integral, activo, participativo y se promueve a través de interacciones enriquecidas y afectuosas con otros seres humanos y con el medio en el que se vive.

Implica la interacción de múltiples factores y la participación de todos los dominios del desarrollo (bienestar, emocional, social, físico, lenguaje y cognitivo), lo que significa que todos los procesos de desarrollo en los niños, niñas y adolescentes son interdependientes y tienen una relación directa con los procesos de maduración que suceden en el cerebro y en las vías nerviosas. Implica potencialidad, es decir que es posible ser más de lo que se es en un determinado momento. Lo anterior implica que la maduración espontánea y natural de las estructuras, la cultura y los otros individuos que interactúan con la niña y el niño y participan en su desarrollo son igualmente importantes. Es un proceso irregular que se construye y reconstruye lo que implica avances y retrocesos. Permite que co-existan nuevas y viejas concepciones y representaciones. Es un proceso que tiene la posibilidad de cambiar y ajustarse a la realidad, al momento que se vive, a las necesidades individuales y a las demandas sociales (Comisión Intersectorial de Primera Infancia de Colombia, 2013).

DOMINIO COGNITIVO

El desarrollo de los procesos de conocimiento, incluyendo la imaginación, la atención, la percepción, el razonamiento, la memoria y la resolución de problemas. La cognición en general, además de los procesos de conocimiento abarca sus contenidos, esto es, los conceptos y los recuerdos (Gerrig & Philip, 2002)

Pensamiento e inteligencia

El pensamiento refiere al proceso cognitivo en el que se extraen conclusiones de un conjunto de hechos y en relación hacia una meta u objetivo determinado (Gerrig & Philip, 2002). La inteligencia alude a las habilidades de resolución de problemas y la capacidad de aprender y adaptarse a las experiencias de la vida cotidiana (Santrock, 2009)

Resolución de problemas

Pensamiento que se dirige hacia la solución de problemas específicos y que se mueve de un estado inicial a un estado final por medio de un conjunto de operaciones mentales (Gerrig & Philip, 2002).

Metacognición

Proceso cognitivo en el cual el principal contenido es la cognición en sí misma, en otras palabras, refiere a conocer sobre conocer (Santrock, 2009).

Creatividad

La capacidad de pensar en formas nuevas e inusuales, para encontrar soluciones únicas a los problemas (Santrock, 2009).

Funciones ejecutivas

Habilidad de mantener efectivamente tareas dirigidas a objetivos en presencia de conflicto o distracción, ejerciendo de este modo el control cognitivo sobre el contenido de pensamiento y la acción (Fingerman, 2011).

Atención, Memoria de trabajo y Flexibilidad cognitiva.

La atención es el estado en el cual la conciencia se enfoca en un subconjunto determinado de toda la información perceptual disponible (Gerrig & Philip, 2002). La memoria de trabajo un sistema de contención temporal y manipulación de la información durante el desempeño en un rango de pruebas cognitivas, como comprensión, aprendizaje y razonamiento (Lerner 2010). Por su parte, la flexibilidad cognitiva alude al componente de la función ejecutiva que permite cambiar el foco del pensamiento de un concepto a otro o pensar sobre múltiples conceptos simultáneamente (Scott, 1962). Todas ellas forman parte de las denominadas funciones ejecutivas.

Cognición social

La forma en que la información se codifica, procesa, recuerda y se utiliza en contextos sociales con el fin de dar sentido a la conducta de otras personas (un contexto social se define como cualquier escenario real o imaginario incluyendo la referencia a sí mismo o a otros) (Crisp & Rhiannon, 2010).

Teoría de la Mente.

Contenido cognitivos acerca de los estados mentales que sirven para interpretar el comportamiento de los demás y regular las interacciones sociales (McCarthy, 2006).

Logro académico

Es una medida de la cantidad de contenidos académicos (por ej.: curriculares) aprendidos por un estudiante durante un periodo determinado de instrucción (Hattie, 2009)

DOMINIO LENGUAJE

Los principios de funcionamiento que se ponen en práctica al aprender un idioma y los procesos que permiten la producción del lenguaje hablado, escrito y no verbal (Gerrig & Philip, 2002).

Comunicación temprana

Es el proceso a través del cual las conductas de una persona son interpretadas o inferidas como con significado y, de este modo, comprendidas por un interlocutor en un contexto de interacción (Coupe-O'Kane & Goldbart, 1998).

Habilidades pre lingüísticas y lingüísticas tempranas

Son las habilidades que se desarrollan por efecto de las primeras experiencias de interacción con material letrado y que permiten el aprendizaje simultaneo del habla, la lectura y la escritura (Schickedanz, 1999)

Alfabetización

Es la habilidad para leer y escribir con un determinado nivel de desempeño (Blake & Hanley, 1995).

Comprensión de lectura; Calidad del lenguaje escrito

La comprensión de lectura refiere a la aplicación sobre material escrito de conocimientos no lingüísticos (conceptuales) y las habilidades generales de comprensión del lenguaje; es entender lo que se lee (Rayner et al., 2001). La calidad del lenguaje escrito, por su parte, alude a la producción de material escrito legible y acorde a las reglas sintácticas del idioma (OFQUAL, 2015).

Lenguaje expresivo (LE) y comprensivo (LC)

Son los procesos que permiten la comprensión del lenguaje hablado o escrito (LC), así como poner en palabras las ideas de una manera gramaticalmente correcta para su eficaz comunicación (Richter et al., 2002).

Vocabulario activo (LE) y pasivo (LC)

Corresponde a las palabras que pueden ser eficazmente escuchadas y entendidas (LC), así como recordadas y empleadas en una situación determinada (LE) (Nemati, 2010).

Habilidades discursivas

Son los procesos que permiten comunicar un mensaje con la suficiente coherencia y cohesión para ser comprendidos en un contexto determinado (Moyano, 2015).

Habilidades discursivas (discurso narrativo, expositivo y argumentativo)

El discurso narrativo permite comunicar una secuencia de eventos con referencia a una línea cronológica o a algún orden dado que provee organización del discurso. El discurso expositivo se estructura en relación a un conjunto de aspectos que describen un contenido particular. El discurso argumentativo, por su parte, se caracteriza por comunicar una secuencia de opiniones fundadas ya sea a favor o en contra de una posición sobre un tema (Poblete, 1999).

DOMINIO FISICO

Motricidad fina:

Exploración, manipulación de objetos, coordinación.

Motricidad gruesa:

Pararse, equilibrio, locomoción independiente, subir y bajar

Desarrollo motor: grueso y fino

Procesos a través de los cuales un niño, niña o adolescente adquiere o perfecciona patrones y habilidades de movimiento. Es un proceso continuo de modificación que involucra aspectos de maduración neuromuscular, crecimiento físico, características comportamentales y experiencias del movimiento (Comisión Intersectorial de Primera Infancia de Colombia, 2013).

Desarrollo sexual y reproductivo

Conducta de sexualidad segura: Embarazo adolescente

Proceso mediante el cual se consigue un nivel de desarrollo psicológico y afectivo en la adolescencia que posibilita el uso de métodos anticonceptivos (Leon et al., 2008)

Estilos de vida sana

Alimentación, actividad física, sueño, peso y talla.

Actividad física

“Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía (...) abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas” (OMS, 2015).

Indicadores biológicos de salud física nutricional

Talla, IMC, Circunferencia de Brazo, Circunferencia de Cintura para estado nutricional. Conjunto de variables observadas que permiten evaluar la condición de salud de un individuo en relación a su estado nutricional.

Lactancia materna y alimentación saludable

Se considera como saludable la alimentación que logra un equilibrio calórico y un peso adecuado, que reduce la ingesta de grasas, reemplaza las grasas saturadas por insaturadas, elimina los ácidos grasos trans, aumenta el consumo de vegetales, disminuye la ingesta de azúcares libres, el consumo de sal (sodio), y garantiza que aquella que se consume este yodada (OMS, 2015).

Desarrollo Sensorial: audición, visión, gusto, olfato, tacto y dolor.

Indicadores biológicos de salud física: auditivo y visual

Conjunto de variables observadas que permiten evaluar la condición de salud de un individuo en relación a su nivel de respuesta sensorial frente a estímulos auditivos y visuales.

DOMINIO SOCIAL

Proceso por el cual las normas, habilidades, actitudes, motivación y comportamiento de un individuo cambian para ajustarse a los considerados como deseables y apropiados para su rol presente o futuro en una sociedad particular (Damon 2006).

Regulación emocional

Autocontrol y autorregulación

La autorregulación emocional es la capacidad de modificar las respuestas afectivas de manera autónoma, interiorizando y asumiendo los mecanismos de control de las mismas (Ato Lozano et al., 2005).

Competencia social:

interacción con figuras vinculares, pares y adultos.

Relaciones de amistad entre pares

Habilidad para interactuar con otros efectivamente y desarrollar relaciones positivas, jugar con otros, coordinar las propias acciones con la de otros, y construir y comunicar significados compartidos. En particular, las relaciones de amistad dan cuenta de una competencia social estable con individuos de similares características (McCartney 2006).

Conducta pro social: altruismo, empatía y moral

El altruismo refiere a conductas voluntarias, intrínsecamente motivadas, orientadas a beneficiar a otros. Pueden estar motivadas ya sea por la preocupación por los demás o por la internalización de valores, metas y auto-recompensas (en lugar de expectativas de recompensas sociales concretas o evitación del castigo). (Damon, 2006). La empatía, por su parte, es la respuesta afectiva que deriva de la comprensión del estado o condición emocional del otro, y que es idéntica o muy similar a lo que la otra persona siente o se espera que sienta (Damon, 2006).

Relaciones interpersonales prosociales

Conductas voluntarias tendientes a beneficiar a otros, las cuales pueden estar motivadas por diversas razones (Damon, 2006).

Relaciones interpersonales basadas en el buen trato

Capacidad para establecer interacciones fundadas en un sentimiento de respeto y valoración hacia la dignidad del otro (Reyes, 2015).

Actitud inclusiva

Disposición favorable a la convivencia igualitaria entre personas con cualidades diversas (Ainscow et al., 2006)

Actitud igualitaria de género, etnias, personas con necesidades especiales.

Refiere al desarrollo de una disposición favorable hacia la convivencia de personas de diferente género, origen étnico, o con necesidades especiales (Ainscow et al., 2006).

Participación ciudadana

“El involucramiento activo de los ciudadanos y las ciudadanas en aquellos procesos de toma de decisiones públicas que tienen repercusión en sus vidas” (SEGEOB, 2015)

Identidad: Familia y pares.

“Gradual toma de conciencia de cada niña y niño [y adolescente] de sus características y atributos personales, los que descubren y reconocen una vez logrado el proceso de diferenciación de los otros. Ello les permite identificarse como personas únicas, por tanto valiosas, con características e intereses propios, reconociéndose como miembros activos de su familia y de los diferentes grupos culturales a los que pertenecen” (MINEDUC, 2001).

DOMINIO EMOCIONAL

Autoconcepto:

Modelo mental de una persona de sus habilidades y atributos (Santrock, 2009).

Autoestima

Actitud evaluativa generalizada hacia el yo que influye tanto en los estados de ánimo como de comportamiento y que ejerce un poderoso efecto en una serie de comportamientos personales y sociales (Santrock, 2009).

Autoeficacia

Conjunto de creencias en relación a lo que uno puede realizar de manera adecuada en una situación particular (Santrock, 2009).

Autonomía

“Adquisición de una progresiva capacidad del niño [niña o adolescentes] para valerse por sí mismo en los distintos planos de su actuar, pensar y sentir. Ello posibilita gradualmente su iniciativa e independencia para escoger, opinar, proponer, decidir y contribuir, junto con el asumir gradualmente responsabilidad por sus actos ante sí y los demás” (MINEDUC, 2001).

Reconocimiento e interpretación de las emociones

Identificación e interpretación de la expresión de estados emocionales personales y ajenos a partir de reacciones corporales (Fernández et al, 2007). Es un tipo de inteligencia social que permite diferenciar entre las emociones y las acciones que resultan de ellas; puede usarse como estrategia educativa orientada a favorecer la inclusión (Bruce, 2010).

Salud mental

Condición general de estabilidad y vigor de las facultades psicológicas; no simplemente la ausencia de enfermedad en este ámbito (Santrock, 2009).

Estado de bienestar en el que cada individuo es capaz de percibir su propio potencial, hacer frente a las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y hacer una contribución a sí mismo o a su comunidad (OMS, 2014).

Síntomas o problemas psicológicos y trastorno de salud mental

Trastorno disruptivo, ansiosos y del ánimo, consumo de sustancias: Uso y abuso.

DOMINIO BIENESTAR

Salud óptima, incorporando la capacidad de funcionar plena y activamente en todos los dominios del desarrollo (Santrock, 2009). Estado de equilibrio o balance que puede verse afectado por eventos o desafíos del curso de vida (Dodge et al, 2012).

Calidad de vida percibida

Juicio subjetivo de un individuo respecto a sus experiencias de vida en un conjunto de dominios del desarrollo (Oleson, 1990). Auto reporte individual basado en aspectos del bienestar subjetivo, experiencias afectivas y la satisfacción de necesidades a lo largo del curso de vida (Trakhtenberg, 2008)

AMBITO DE INTERVENCIONES DE PADRE, MADRE O CUIDADOR

Competencias parentales

Conocimientos sobre desarrollo y crianza, Interacciones positivas entre los adultos y los niños, niñas y adolescentes (Sensibilidad, responsividad)

Socialización parental

En infantes, se refiere a parentalidad sensible y responsiva. A partir de la niñez hay dos dimensiones importantes de la parentalidad: aceptación/respuesta parental (cantidad de afecto y apoyo), y exigencia/control parental (cantidad de regulación o supervisión). Estas dimensiones dan origen a 4 estilos parentales: autoritario, autoritativo (o democrático), permisivo, y no-implicado (o negligente). Estos patrones de parentalidad están asociados a diversos resultados positivos y negativos de desarrollo (Shaffer 2014).

Estilo parental positivo (Autoritativo)

Corresponde al tipo de interacción en que los padres proporcionan ambientes bien ordenados y estructurados, con reglas claramente establecidas y de alta exigencia (Darling, 1999).

Salud psicosocial parental

Distintos aspectos del bienestar del padre, madre o cuidador asociados al desarrollo de los niños, niñas y adolescentes (por ej.: cuadros de depresión, relaciones maritales, percepción de autoeficacia en el cuidado de los niños, niñas y adolescente, estrés, etc.) (Barlow et al, 2014).

CONCEPTOS METODOLÓGICOS

Revisión sistemática de la literatura (*Systematic review* [synonym: *systematic overview*]): Revisión de una pregunta formulada de forma clara que usa métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y evaluar de forma crítica las investigaciones relevantes, y para recoger y analizar datos de los estudios que se incluyen en la revisión. Se pueden utilizar, o no, métodos estadísticos (metanálisis) para analizar y resumir los resultados de los estudios incluidos.⁴⁴

Revisión narrativa de la literatura (*narrative review*): Publicación que discute y resume la literatura sobre un tópico en particular. Este tipo de revisión generalmente entrega una visión de conjunto sobre

el tema, más que abordar una pregunta específica. Las revisiones narrativas generalmente no reportan cómo se realizó la búsqueda bibliográfica o cómo se decidió qué artículos eran relevantes para ser incluidos.⁴⁵

Revisión estructurada de la literatura: Revisión de literatura de características intermedias entre una revisión sistemática y una revisión narrativa tradicionales. Su característica principal es que incluye una descripción explícita de los métodos utilizados para la búsqueda bibliográfica, y para la extracción y síntesis de los datos.

Fuentes primarias: Materiales originales. Generalmente son la primera aparición formal de resultados en formato físico, impreso o electrónico. Presentan pensamientos originales de los autores, reportan un hallazgo o comparten nueva información. Ejemplos incluyen: artículos de revistas revisadas por pares, resúmenes de congresos, conferencias o simposios, reportes de organizaciones o agencias, sitios web.⁴⁶

Fuentes secundarias: Información que ha sido extraída y sintetizada a partir de fuentes primarias. Ejemplos de este tipo de fuentes son las revisiones sistemáticas y narrativas, o textos que presentan información obtenida de otros textos o artículos originales.⁴⁷

Mapa conceptual (Conceptual mapping): En las síntesis narrativas, el uso de métodos visuales para ayudar a construir grupos de, y relaciones entre ideas y/o conceptos.⁴⁸

Metanálisis (Meta-analysis): El uso de técnicas estadísticas en una revisión sistemática para integrar los resultados de los estudios incluidos. A veces se úsa incorrectamente como sinónimo de revisiones sistemáticas en que la revisión incluye una metanálisis.⁴⁴

Tablas de extracción de datos: Formularios estructurados diseñados para recoger campos de información específicos, según un formato y/o criterios estándar, desde distintas fuentes bibliográficas.⁴⁷

Variable dependiente (Dependent variable): El desenlace o respuesta que resulta de cambios hechos a una variable independiente. También llamada variable de desenlace [*outcome variable*].⁴⁴

Variable independiente (Independent variable): Una exposición, factor de riesgo, u otra característica que hipotéticamente ejerce una influencia sobre la variable dependiente. En un ensayo clínico el desenlace (sobre el cual no ejerce control directo el investigador) es la variable dependiente, y la rama de tratamiento es la variable independiente. En un análisis ajustado las características de los sujetos se incluyen como variables independientes adicionales. (También llamada variable explicativa [*Explanatory variable*])⁴⁴

Variables mediadoras: Variables que representan el mecanismo por medio del cual una variable independiente (por ejemplo, un factor etiológico) influye sobre una variable dependiente (por ejemplo, un conjunto de síntomas). Se distinguen de otra forma de tercera variable (entre la variable independiente y la dependiente), las **variables moderadoras**, que son aquellas que afectan la dirección y/o la fuerza de la relación entre una variable independiente y una variable dependiente (pudiendo disminuirla, aumentarla, anularla o invertirla).⁴⁷

Variable intermedia (Surrogate outcome): Medida de resultado que no tiene importancia práctica directa pero se considera un indicador o predictor de desenlaces que son clínicamente importantes. A

menudo son marcadores fisiológicos o bioquímicos que pueden ser obtenidos con mucha mayor rapidez que los desenlaces finales de interés. Para ser válida, una variable intermedia debe haber demostrado que se correlaciona y puede predecir con exactitud el resultado de interés.⁴⁸

Variable proxy: Variable que es usada para medir la magnitud de un fenómeno de interés que no es directamente observable. Aunque no es una medida directa de lo que se desea cuantificar, una buena variable proxy está fuertemente correlacionada con la variable de interés.⁴⁹

Literatura gris (Grey literature). La literatura gris es el tipo de material que no se publica en revistas o bases de datos muy accesibles. Incluye materiales tales como actas de conferencias que incluyen los resúmenes de las investigaciones que se han presentado en conferencias, monografías de agencias gubernamentales, tesis sin publicar y otros.⁴⁴

Literatura indexada (sinónimo: indizada): Publicaciones incluidas en una o más bases de datos bibliográficas cuyos registros han sido sometidos a un proceso de indexación, esto es, se les ha asociado un índice de palabras clave, normalmente extraídas desde un vocabulario estandarizado (por ejemplo el vocabulario MeSH de Medline), con el fin de facilitar su recuperación posterior.⁴⁷

Factor facilitador: Variable moderadora de efecto que incrementa la magnitud de la asociación entre la variable independiente y el desenlace.⁴⁷

Factor obstaculizador: Variable moderadora de efecto que disminuye o anula la magnitud de la asociación entre la variable independiente y el desenlace.⁴⁷

OTRAS DEFINICIONES TÉCNICAS

Desarrollo infantil y adolescente: El desarrollo óptimo se refiere a la salud y el funcionamiento emocional, cognitivo, comunicativo, social, y motor de un niño que se cría en un ambiente libre de riesgos conocidos y evitables que sean perjudiciales para su desarrollo. Esta definición incluye la protección del niño, niña y adolescente para prevenir y responder adecuadamente a situaciones de stress que incluyen entre otras, todas las formas de violencia, la explotación y abuso infantil, haciendo hincapié en su funcionamiento, garantizando o restituyendo su bienestar y asegurando el desarrollo de sus capacidades.⁵⁰ Esta definición puede ampliarse en el desarrollo del estudio.

Dominio o área del desarrollo: (Domain/ Area) El desarrollo humano debe ser comprendido desde una perspectiva holística, que entiende que el desarrollo infantil es una síntesis inseparable que incluye varios dominios o áreas, tales como la salud física, desarrollo motor, habilidades cognitivas y de lenguaje, funcionamiento social y emocional, desarrollo ético y moral y sentido de identidad grupal o nacional.⁵¹ Es menester de este estudio una propuesta de dominios, por lo que esta definición es provisoria.

Subdominio o subárea del desarrollo: Cada dominio puede estar compuesto a su vez por diferentes componentes, por ejemplo: El dominio de salud puede comprender salud física, crecimiento, salud mental, y la indemnidad de los sentidos. Es menester de este estudio una propuesta de subdominios, por lo que esta definición es provisoria.

Hito del desarrollo: (Milestone) Una acción o un acontecimiento que marca un antes y un después en el desarrollo y que resulta esencial en un cierto contexto y en un rango esperado de tiempo dentro del

cual un niño lo puede alcanzar. Algunos de los hitos más conocidos de la etapa evolutiva del bebé son: Fijamiento de la mirada, control de la cabeza, uso de las manos, sedestación autónoma, marcha autónoma, entre otros.

Dimensión del desarrollo: En español es usado como sinónimo de dominio, en inglés se usa como sinónimo de ámbito.

Contexto de desarrollo: El contexto es el espacio físico, social y cultural donde habitan las familias y constituyen un importante determinante del desarrollo del niño y el logro del pleno potencial de su desarrollo. El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner conceptualiza detalladamente los contextos de desarrollo: familia, barrio (escuela y centros de encuentro), nivel nacional e internacional; y enfoques posteriores enriquecen y complementan su conceptualización. Este enfoque será integrado en los resultados de este estudio.

Modelos teóricos del desarrollo: Desde que se inicia el interés por la infancia como objeto de estudio, son diversos los modelos explicativos que se desarrollaron con el fin de establecer sistemáticamente los principios que den un marco coherente de comprensión del desarrollo infantil. Dentro de los principales modelos teóricos que han dado cuenta de los procesos, hitos y dimensiones del desarrollo infantil se encuentran los clásicos y contemporáneos.

Modelos clásico del desarrollo: Teoría del desarrollo cognitivo, Teoría histórico-cultural, Teoría psicosocial, Teoría desarrollo moral, Teorías de aprendizaje, Modelos conductuales, entre otros.

Modelos contemporáneo del desarrollo: Tal como la Teoría de las teorías, Teoría modularista-innatista (cognición social), Teorías de aprendizaje cognitivos o de procesamiento de la información, Teorías de aprendizaje constructivistas, Teorías de aprendizaje social, Teorías desarrollo motor, Teorías de desarrollo del lenguaje y Teoría de apego, entre otros.

Epigenética social: Proceso por el cual las experiencias tempranas influyen en la capacidad de respuesta biológica, de un colectivo social. Dicho en otros términos, es el modo por el cual la biología de una comunidad se va modelando por las condiciones adversas o favorecedoras de sus entornos de vida. Todas estas influencias se expresan a lo largo del curso de vida afectando la salud y la calidad de vida.⁵²

Curso de vida: En el marco del curso de vida, los factores de riesgo afectan el desarrollo del niño, niña y adolescente en los siguientes niveles: preconcepcional, prenatal, postnatal, incluyendo los períodos neonatal, la infancia, más tarde la adolescencia y la edad adulta joven. Este se transforma en intergeneracional cuando los adultos jóvenes entran en la fase pre-concepcional. Idealmente, el mejor punto de partida es abordar estos factores desde el período preconcepcional, antes de que puedan afectar al niño o niña concebidos. Este enfoque será integrado en los resultados de este estudio.

Enfoque de derechos: El "enfoque de derechos en las políticas y estrategias de desarrollo" considera el derecho internacional sobre los derechos humanos como un marco conceptual aceptado por la comunidad internacional, capaz de orientar el proceso de formulación, implementación y evaluación de políticas en el campo del desarrollo como una guía respecto a las obligaciones de los Estados, el alcance de la participación social y los mecanismos de control y responsabilidad social que se necesitan a nivel local e internacional para asegurar el cumplimiento, la garantía y ejercicio de los derechos de las personas. Este enfoque será integrado en los resultados de este estudio.

Derechos: Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y los derechos fundamentales y con la dignidad humana. La legislación en materia de derechos humanos obliga a los gobiernos (principalmente) y otros titulares de deberes a hacer ciertas cosas y les impide hacer otras. Entre las principales características de los derechos cabe citar las siguientes: Son universales, derechos inalienables de todos los seres humanos; Se centran en la dignidad intrínseca y el valor igual de todos los seres humanos; Son iguales, indivisibles e interdependientes; No pueden ser suspendidos o retirados; Imponen obligaciones de acción y omisión, particularmente a los Estados y los agentes de los Estados; Han sido garantizados por la comunidad internacional: Están protegidos por la ley; Protegen a los individuos y, hasta cierto punto, a los grupos.⁵³

Política: Conjunto de decisiones y acciones emprendidas por un gobierno para eliminar, mejorar o variar un problema detectado, el cual termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas. Como ejemplo para este estudio se considerarán políticas sanitarias, políticas educativas y de protección social dirigida a la infancia y la adolescencia.⁵⁴ Ejemplo: Política de Protección Social – Chile Crece Contigo.

Programa: Conjunto articulado de proyectos que comparten un mismo objetivo final, al que cada uno contribuye mediante la satisfacción de una necesidad o la resolución de un problema. Cada proyecto es necesario para el logro del objetivo final, pero ninguno de ellos es suficiente por sí solo.⁵⁵ Ejemplo: Programa de Apoyo al Recién Nacido(a).

Intervención: Actividades concretas, interrelacionadas entre sí, que se realizan para producir determinados bienes y servicios (productos) capaces de satisfacer una necesidad o resolver un problema identificado y priorizado, en un período dado.⁵⁶ Ejemplo: Apoyo instrumental selectiva.

Prestación: Término usado en Salud Pública para nominar intervenciones en salud o en el ámbito social. En la atención médica a nivel individual, se distinguen servicios de diagnóstico, terapéuticos, rehabilitación y preventivos, y a el nivel poblacional; servicios colectivos, regulación sanitaria y vigilancia de las condiciones sanitarias.⁵⁷ Ejemplo: Entrega de set de implementos básicos.

5. ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA APLICABILIDAD Y ESCALAMIENTO DE LAS INTERVENCIONES

A. Métodos

1. Aplicabilidad de las intervenciones en Chile

Este análisis se hizo considerando diversos criterios, que por ser subjetivos son también interpretables de distinto modo. Otros grupos de expertos o instituciones pueden aplicar umbrales distintos o hacer análisis de sensibilidad para distintos escenarios. No se han considerado aspectos como la estimación de costos, cuestiones éticas, legales, o de la perspectiva de las personas.

Tabla 47: Criterios de aplicabilidad de las intervenciones

Resultado	Criterios
Aplicable	La intervención ya existe en Chile o se aplica en algún grado, que podría ser factible de mejorar. O bien, la intervención no existe en Chile pero existe la institución y/o el recurso humano que podría implementarla. La intervención es factible de adaptar y no presenta conflictos con la cultura local. Existen razones para pensar que la intervención es importante de implementar desde el punto de vista epidemiológico y/o de la protección de derechos de NNA.
Aplicable con reservas	La intervención podría implementarse en Chile pero con algunas precauciones que debieran considerarse en su implementación. Hay que aclarar si existe la institución o el recurso humano que podría implementarla. Podría necesitarse una adaptación cultural o presentar algunas dificultades en su instalación. Desde el punto de vista epidemiológico y/o de la protección de derechos, no hay una necesidad relevante para su implementación.
No aplicable	No sería aconsejable implementar esta intervención en Chile en estos momentos. No se cuenta con la institución y/o el recurso humano que podría implementarla. O bien, la intervención se aprecia muy difícil de adaptar, o incompatible con la cultura local. La implementación de la intervención no tiene relevancia nacional desde el punto de vista epidemiológico y/o de la protección de derechos de NNA.

La calificación fue realizada por 2 o 3 investigadores en cada dominio. Cuando hubo discrepancias, se procedió a consolidar el resultado según la siguiente regla:

- Se registró la calificación predominante si existía coincidencia en 2/3 de los revisores.
- Si no existía acuerdo entre ninguno de los revisores:
 - Si existen calificaciones No aplicable y Aplicable simultáneas, la calificación final fue “Sin acuerdo”.
 - Si existen calificaciones Aplicable y Aplicable con reservas, la calificación final fue “Aplicable/Aplicable con reservas”

2. Escalamiento de las intervenciones en Chile

Se analizó también si la implementación de las intervenciones candidatas a la ruta debiera ser masiva o gradual (escalamiento).

El escalamiento de una intervención (en el sector salud) se define como “Hacer algo a gran escala para mejorar algún aspecto de la salud de la población”, y puede ser aplicada a los recursos (financiamiento, recurso humano), servicios (proveer más servicios, proveer mejores servicios), resultados (aumentar cobertura, aumentar utilización de servicios), y al impacto (reducir una aspecto negativo o aumentar uno positivo)⁵⁸

Todo escalamiento debiera considerar un componente de evaluación y registro previamente. La evaluación experimental permitirá vigilar la efectividad y fidelidad de la implementación para nuestro contexto nacional. También existen otras clasificaciones de escalamiento, tal como vertical, horizontal, diversificada y espontánea (*WHO, ExpandNet. 2010. Nine steps for developing a scaling-up strategy*); pero estas clasificaciones merece más tiempo y reflexión en su aplicación.

El primer aspecto a considerar en el escalamiento es el estado actual de la intervención en Chile, es decir si ya existe este tipo de intervenciones en ejecución actualmente. Si este es el caso, el escalamiento de esta puede ser para mejorar a nivel de servicios o de resultados; y esto se puede ejecutar a nivel masivo o progresivo, dependiendo si se deben modificar componentes esenciales de ésta o no. Si la intervención ya existe en Chile pero hay que cambiarla en sus componentes esenciales, se debiera hacer de manera progresiva. Si la intervención no existe y es nueva, también debiera hacerse de manera progresiva.

La población objetivo de las intervenciones están descritas en las fichas respectivas, hay intervenciones que son potencialmente aplicables tanto a población general, a grupos de riesgo o a ambos. La efectividad de la intervención está dada por el grupo intervenido y no podríamos escalar si no es a aquella población determinada por la intervención. Desde aquí se derivan tres categorías que son: Población general, Grupos de riesgos y ambos grupos simultáneamente.

Todo escalamiento debiera considerar la complejidad y costos potenciales del cambio (que se asocian a complejidad en equipos, insumos, personal), en esta evaluación no es posible evaluar estos aspectos ya que se requiere más tiempo y análisis de información.

En síntesis:

1. El escalamiento contemplaría dos dimensiones: una relativa a la población a abordar. Aquí hay dos opciones a) Grupos vulnerables y b) Toda la población.
2. La segunda variable es la temporal (secuencia). La gradual (progresiva) o masiva (acelerada o de corto plazo).
3. De allí según el cuadro de contingencia habrían 4 modalidades estratégicas de escalamiento según las combinatorias.

Tabla 48: Modalidades de escalamiento de las intervenciones

		Abordaje (territorial, poblacional)	
		Focalizado (grupos de riesgo)	General
Secuencia (temporal)	Progresiva	PF	PG
	Masiva	MF	MG

La calificación fue realizada por 2 o 3 investigadores en cada dominio. Cuando hubo discrepancias, se procedió a consolidar el resultado según la siguiente regla:

- a. Se registró la calificación predominante si existía coincidencia en 2/3 de los revisores.
- b. Si no existía acuerdo entre ninguno de los revisores, la calificación final fue "Sin acuerdo".

B. Resultados

A continuación, se entregan tablas por dominio de la apreciación de expertos del equipo de estudio respecto a la aplicabilidad y escalamiento.

Dominio Físico

Tabla 49: Aplicabilidad y escalamiento de intervenciones en el dominio Físico

Código	Intervención(es)	Intervención(es): tipo, componentes, duración o intensidad	APLICABILIDAD	ESCALAMIENTO Secuencia temporal: masiva o progresiva	ESCALAMIENTO Abordaje territorial/poblacional: grupos de riesgo o general
C003-NYE06	Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa: Desempeño académico	Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa y actividades de capacitación, 10.5 semanas (mediana)	Aplicable	Progresiva (gradual)	General
C004-NYE06	Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa: Desempeño en matemática	Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa y actividades de capacitación, 10.5 semanas (mediana)	Aplicable	Progresiva (gradual)	General
C005-ORT09	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora: Desarrollo mental 0-3 años	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora, e intervenciones centradas en interacción madre-hijo para promover sensibilidad y óptima respuesta, y mejorar cuidados. Intervenciones entre nacimiento hasta los 3 años, en promedio 1 vez por mes.	Aplicable	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
C006-ORT09	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora: Inteligencia 3-5 años	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora, e intervenciones centradas en interacción madre-hijo para promover sensibilidad y óptima respuesta, y mejorar cuidados. Intervenciones entre nacimiento hasta los 3 años, en promedio 1 vez por mes.	Aplicable	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
C010-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo verbal (corto plazo)	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo, 1-8 semanas, intensidad variable	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
C012-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo visoespacial (corto plazo)	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo, 1-8 semanas, intensidad variable	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
C013-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo, 1-8 semanas, intensidad variable	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

	visoespacial (largo plazo)				
C014-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Test de Stroop	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo, 1-8 semanas, intensidad variable	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
C015-MAY11	Intervenciones orientadas a estudiantes (consejería, trabajo social, u otras) o familias: asistencia escolar	Intervenciones orientadas a estudiantes (consejería, trabajo social, u otra intervención terapéutica) o familias	Aplicable con reservas	Masiva (acelerada)	Focalizada (grupos de riesgo)
C018-WIL11	Paquetes multiservicio y monitoreo de asistencia unido a incentivos financieros	Paquetes multiservicio y monitoreo de asistencia unido a incentivos financieros, 53 semanas promedio (SD=41)	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
C021-WIL11	Programas multicomponentes basados en intervenciones en la escuela o comunidad: abandono escolar	Programas multicomponentes basados en intervenciones en la escuela o comunidad, 91 semanas promedio (SD=73)	Aplicable con reservas	Masiva (acelerada)	Focalizada (grupos de riesgo)
C024-JIA14	Suplemento de Ácidos grasos poliinsaturados (n-3 PUFA)	Suplemento de Ácidos grasos poliinsaturados (n-3 PUFA), dosis 0.35%, entre 0 y 18 meses de edad, con un promedio de tratamiento de 8 meses.			
C029-GOY13	VD profesional orientada a cuidados del recién nacido	Visita domiciliaria, desde alta hospitalaria. Realizada por enfermero/a, terapeuta ocupacional, especialista en desarrollo infantil o estudiante entrenado. Intervención orientada a cuidados del recién nacido, relación padres-hijo incluyendo responsividad y co-regulación, educación sobre prematuridad, desarrollo motor y sensorial. En algunos casos incluyó intervenciones previas al alta hospitalaria. Duración de las VD varió en un rango entre 8 semanas a 3 años, con frecuencia semanal o quincenal en gran parte.	Aplicable	Masiva (acelerada)	Focalizada (grupos de riesgo)

Dominio Cognitivo

Tabla 50: Aplicabilidad y escalamiento de intervenciones en el dominio Cognitivo

Código	Intervención(es)	Intervención(es): tipo, componentes, duración o intensidad	APLICABILIDAD	ESCALAMIENTO Secuencia temporal: masiva o progresiva	ESCALAMIENTO Abordaje territorial/poblacional: grupos de riesgo o general
C003-NYE06	Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa: Desempeño académico	Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa y actividades de capacitación, 10.5 semanas (mediana)	Sin acuerdo	Progresiva (gradual)	General
C004-NYE06	Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa: Desempeño en matemática	Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa y actividades de capacitación, 10.5 semanas (mediana)	Sin acuerdo	Progresiva (gradual)	General
C005-ORT09	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora: Desarrollo mental 0-3 años	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora, e intervenciones centradas en interacción madre-hijo para promover sensibilidad y óptima respuesta, y mejorar cuidados. Intervenciones entre nacimiento hasta los 3 años, en promedio 1 vez por mes.	Aplicable	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
C006-ORT09	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora: Inteligencia 3-5 años	Intervenciones educativas a las madres de estimulación cognitiva y motora, e intervenciones centradas en interacción madre-hijo para promover sensibilidad y óptima respuesta, y mejorar cuidados. Intervenciones entre nacimiento hasta los 3 años, en promedio 1 vez por mes.	Aplicable	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
C010-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo verbal (corto plazo)	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo, 1-8 semanas, intensidad variable	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
C012-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo visoespacial (corto plazo)	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo, 1-8 semanas, intensidad variable	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
C013-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Memoria de trabajo visoespacial (largo plazo)	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo, 1-8 semanas, intensidad variable	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
C014-MEL13	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo: Test de Stroop	Intervenciones o entrenamiento de la memoria de trabajo, 1-8 semanas, intensidad variable	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

C015-MAY11	Intervenciones orientadas a estudiantes (consejería, trabajo social, u otras) o familias: asistencia escolar	Intervenciones orientadas a estudiantes (consejería, trabajo social, u otra intervención terapéutica) o familias	Aplicable con reservas	Masiva (acelerada)	Focalizada (grupos de riesgo)
C018-WIL11	Paquetes multiservicio y monitoreo de asistencia unido a incentivos financieros	Paquetes multiservicio y monitoreo de asistencia unido a incentivos financieros, 53 semanas promedio (SD=41)	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
C021-WIL11	Programas multicomponentes basados en intervenciones en la escuela o comunidad: abandono escolar	Programas multicomponentes basados en intervenciones en la escuela o comunidad, 91 semanas promedio (SD=73)	Aplicable con reservas	Masiva (acelerada)	Focalizada (grupos de riesgo)
C024-JIA14	Suplemento de Ácidos grasos poliinsaturados (n-3 PUFA)	Suplemento de Ácidos grasos poliinsaturados (n-3 PUFA), dosis 0.35%, entre 0 y 18 meses de edad, con un promedio de tratamiento de 8 meses.	Aplicable	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
C029-GOY13	VD profesional orientada a cuidados del recién nacido	Visita domiciliaria, desde alta hospitalaria. Realizada por enfermero/a, terapeuta ocupacional, especialista en desarrollo infantil o estudiante entrenado. Intervención orientada a cuidados del recién nacido, relación padres-hijo incluyendo responsividad y co-regulación, educación sobre prematuridad, desarrollo motor y sensorial. En algunos casos incluyó intervenciones previas al alta hospitalaria. Duración de las VD varió en un rango entre 8 semanas a 3 años, con frecuencia semanal o quincenal en gran parte.	Aplicable con reservas	Sin acuerdo	Focalizada (grupos de riesgo)

Dominio Lenguaje

Tabla 51: Aplicabilidad y escalamiento de intervenciones en el dominio Lenguaje

Código	Intervención(es)	Intervención(es): tipo, componentes, duración o intensidad	APLICABILIDAD	ESCALAMIENTO Secuencia temporal: masiva o progresiva	ESCALAMIENTO Abordaje territorial/poblacional: grupos de riesgo o general
L005-MOL11	Intervenciones basadas en capacitación a los padres	Intervenciones en las cuales se capacita a padres para ser el principal agente de implementación, 10-13 semanas, 26 horas de capacitación en total (promedio), la mayoría con algún componente de entrenamiento en el hogar.	Aplicable/ Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
L006-NYE06	Intervenciones después de la escuela con los padres en lectura colaborativa	Intervenciones después del horario escolar que involucran a los padres en lectura colaborativa y actividades de capacitación, 10.5 semanas (mediana)	Sin acuerdo	Progresiva (gradual)	General
L008-SWA11	Lectura de cuentos en voz alta	Lectura de cuentos en voz alta, promedio de 30 sesiones de 25 minutos (con alta variabilidad)	Aplicable/ Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

			reservas		
L010-MOL11	Lectura dialógica de libros de padres a hijos: Lenguaje expresivo y comprensivo	Lectura dialógica de libros de padres a hijos: libros compartidos, los padres son capacitados para hacer preguntas a sus hijos sobre palabras y eventos encontrados en las historias	Aplicable	Masiva (acelerada)	General
L011-MOL11	Lectura dialógica de libros de padres a hijos: Vocabulario	Lectura dialógica de libros de padres a hijos: libros compartidos, los padres son capacitados para hacer preguntas a sus hijos sobre palabras y eventos encontrados en las historias	Aplicable	Masiva (acelerada)	General

Dominio Emocional

Tabla 52: Aplicabilidad y escalamiento de intervenciones en el dominio Emocional

Código	Intervención(es)	Intervención(es): tipo, componentes, duración o intensidad	APLICABILIDAD	ESCALAMIENTO Secuencia temporal: masiva o progresiva	ESCALAMIENTO Abordaje territorial/politonal: grupos de riesgo o general
E001-EKE05	Actividad motora gruesa de alta intensidad energética	Realización de actividad motora gruesa de alta intensidad energética (correr, nadar, juegos de pelota), en contraste con actividad física cotidiana, de al menos 4 semanas de duración, como parte de una intervención comprensiva.	Aplicable/ Aplicable con reservas	Sin acuerdo	General
E007-LIE14	Entrega de habilidades a madres adolescentes en riesgo de depresión post parto	Intervención a madres adolescentes sin depresión post parto, pero en riesgo de presentarla, enfocada en entregar habilidades como técnicas de masaje infantil, coaching madre hijo, relajación, entre otros, de aproximadamente una hora de duración, de 3 semanas a un año de duración aproximado.	Aplicable	Sin acuerdo	Focalizada (grupos de riesgo)
E019-FUR12	Intervenciones grupales para padres de niños con problemas conductuales: Reportes independientes	Intervención grupal cognitivo-conductual para padres de niños entre 3 a 12 años con problemas conductuales, para mejorar problemas de conducta, habilidades y salud mental parentales. Sesiones semanales o quincenales, mínimo 3 sesiones de 1 ó 2 horas.	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
E020-FUR12	Intervenciones grupales para padres de niños con problemas conductuales: Reportes parentales	Intervención grupal cognitivo-conductual para padres de niños entre 3 a 12 años con problemas conductuales, para mejorar problemas de conducta, habilidades y salud mental parentales. Sesiones semanales o quincenales, mínimo 3 sesiones de 1 ó 2 horas.	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

E002-JAC12	ALERT: Programa de desarrollo personal y social para prevención de drogas	Project ALERT: Programa de desarrollo personal y social para aumentar competencias y resistencia a la presión de uso de drogas. Consecuencias del uso de drogas, otras conductas de riesgo en sexualidad. 14 sesiones durante 2 años.	Aplicable/ Aplicable con reservas	Sin acuerdo	General
E006-TON14	Educación prenatal sobre riesgos de consumo pasivo de tabaco en hogar	Sesiones educativas de cuidado prenatal e información de los riesgos de consumo pasivo en el embarazo, y promoción de reglas de no-consumo de tabaco en el hogar. Uno de los estudios además utiliza parches de nicotina para tratar a la pareja de la mujer embarazada.	Aplicable	Masiva (acelerada)	Focalizada (grupos de riesgo)
E008-CUS14	Entrevistas motivacionales de promoción de conductas de salud en adolescentes de 13 a 20 años	Promoción de conductas de salud en adolescentes de 13 a 20 años de edad, por medio de entrevistas motivacionales. Las intervenciones van de 2 a 16 sesiones, de duración variable.	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	General
E009-JAC12	Focus on Kids e Informed Parents and Children Together (ImPACT) de prevención sobre sexo seguro y uso de drogas y alcohol: tabaco	2 programas: Focus on Kids combinado con Informed Parents and Children Together (ImPACT). Intervención de prevención de VIH a través de discusión grupal, juegos y multimedia, en grupos pequeños, orientado a habilidades de toma de decisiones, comunicación, relaciones consensuales, información sobre sexo seguro y uso de drogas y alcohol. 8 sesiones durante 2 meses. Adicionalmente intervención con los padres y los hijos en el hogar, a través de videos y ejercicios de role playing.	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	General
E012-JAC12	HealthWise: Programa de educación sexual y habilidades para la vida: tabaco	HealthWise: Programa de educación sexual y habilidades para la vida, orientado a prevención de infecciones de transmisión sexual, reducción de uso de drogas, e incremento de actividades recreativas que promueven el desarrollo saludable. Duración: 2 años, 12 sesiones en grado 8 y 6 sesiones grupales en grado 9.	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	General
E013-JAC12	HealthWise: Programa de educación sexual y habilidades para la vida: uso de alcohol	HealthWise: Programa de educación sexual y habilidades para la vida, orientado a prevención de infecciones de transmisión sexual, reducción de uso de drogas, e incremento de actividades recreativas que promueven el desarrollo saludable. Duración: 2 años, 12 sesiones en grado 8 y 6 sesiones grupales en grado 9.	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	General
E014-LEM10	Intervención escolar de entrega de información anti drogas y desarrollo de habilidades: uso de alcohol	Intervención preventiva, usada en el contexto escolar, de duración variable, con la menos 1 año de seguimiento. De tipo comprensivo, enfocadas en la entrega de información anti drogas, en conjunto con desarrollo de habilidades para rechazar la droga, habilidades de automanejo y autoregulación, y habilidades sociales	Aplicable	Masiva (acelerada)	General

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

E015-LEM10	Intervención escolar de entrega de información anti drogas y desarrollo de habilidades: uso de marihuana	Intervención preventiva, usada en el contexto escolar, de duración variable, con la menos 1 año de seguimiento. De tipo comprensivo, enfocadas en la entrega de información anti drogas, en conjunto con desarrollo de habilidades para rechazar la droga, habilidades de automanejo y autoregulación, y habilidades sociales	Aplicable	Masiva (acelerada)	General
E021-NIC12	Intervenciones para prevenir efectos en los hijos de madres consumidoras de sustancias	Intervención para prevenir efectos en los hijos de madres consumidoras de sustancias. intervención de tipo integrada (que involucraba un tratamiento específico de abuso de sustancias en conjunto con una intervención de desarrollo de habilidades parentales) v/s no integrada.	Aplicable	Masiva (acelerada)	Focalizada (grupos de riesgo)
E032-FAG14	Métodos combinados de educación y competencias sociales: uso de marihuana	Métodos combinados de educación y competencias sociales.	Aplicable	Sin acuerdo	Sin acuerdo
E023-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones basadas en manejo de Alcohol	Marco de Promoción de la Salud Escolar de la OMS: intervenciones basadas en manejo de Alcohol	Aplicable	Progresiva (gradual)	General
E029-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones sobre Conducta de riesgo múltiple - Alcohol	Marco de Promoción de la Salud Escolar de la OMS: intervenciones basadas en manejo de Conducta de riesgo múltiple	Aplicable	Progresiva (gradual)	General
E030-LAN14	Marco de Promoción de Salud Escolar (OMS): intervenciones sobre Conducta de riesgo múltiple - Uso de substancias	Marco de Promoción de la Salud Escolar de la OMS: intervenciones basadas en manejo de Conducta de riesgo múltiple	Aplicable	Progresiva (gradual)	General

Dominio Social

Tabla 53: Aplicabilidad y escalamiento de intervenciones en el dominio Social

Código	Intervención(es)	Intervención(es): tipo, componentes, duración o intensidad	APLICABILIDAD	ESCALAMIENTO Secuencia temporal: masiva o progresiva	ESCALAMIENTO Abordaje territorial/poblacional: grupos de riesgo o general
S001-FUR12	Intervención grupal cognitivo-conductual a padres de niños de 3 a 12 años con problemas conductuales: aumento interacciones parentales positivas	Intervención grupal cognitivo-conductual para padres de niños entre 3 a 12 años con problemas conductuales, para mejorar problemas de conducta, habilidades y salud mental parentales. Sesiones semanales o quincenales, mínimo 3 sesiones de 1 ó 2 horas.	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
S002-FUR12	Intervención grupal cognitivo-conductual a padres de niños de 3 a 12 años con problemas conductuales:	Intervención grupal cognitivo-conductual para padres de niños entre 3 a 12 años con problemas conductuales, para mejorar problemas de conducta, habilidades y salud mental parentales. Sesiones semanales o	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

	disminución interacciones parentales negativas	quincenales, mínimo 3 sesiones de 1 ó 2 horas.			
S003-FUR12	Intervención grupal cognitivo-conductual a padres de niños de 3 a 12 años con problemas conductuales: síntomas parentales	Intervención grupal cognitivo-conductual para padres de niños entre 3 a 12 años con problemas conductuales, para mejorar problemas de conducta, habilidades y salud mental parentales. Sesiones semanales o quincenales, mínimo 3 sesiones de 1 ó 2 horas.	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
S007-BAR12	Intervenciones conductual, cognitivo conductual y multimodal para padres: depresión y ansiedad parental	Tres tipos de intervención: conductual, cognitivo conductual y multimodal, orientadas a educar a los padres a manejar comportamiento de sus hijos y creencias sobre la paternidad. En su mayoría duración entre 8 y 14 semanas.	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	General
S008-PIQ10	Intervenciones de grupo y en colegios para desarrollo de habilidades sociales: Delincuencia y conductas problema	Desarrollo de habilidades sociales; Mayoritariamente intervenciones de grupo y en colegios	Aplicable	Masiva (acelerada)	General
S009-STO12	Intervenciones de prevención de entrega individual en colegios: Conductas externalizantes	Intervenciones de prevención de entrega individual en colegios.	Aplicable/ Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Sin acuerdo
S011-SOL12	Intervenciones individuales cognitivo conductual con otros componentes para reducir conducta inapropiada y aumentar conducta positiva	Intervenciones individuales y otros componentes: Modelos cognitivo conductual o conductuales, menos aplicaron intervenciones basadas en consejería y terapia. Estos estudios comprenden otros componentes en paralelo a la intervención a diferencia de fila anterior. Los otros componentes son: entrenamiento parental, intervenciones escolares, intervenciones en sala de clases, sesiones grupales, sesiones en el hogar y consejería a los docentes. Algunos modelos: Terapia de juego, SHIP (Alianza escuela padres), PMHP (Proyecto de salud mental primaria), DRC (Reporte de tarjetas diarias), AIT (Imaginería afectiva), SRTP (Programa de entrenamiento de relaciones sociales), SFT (Terapia focalizada en problemas), SCK (Stay cool kids) entre otros.	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Sin acuerdo

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

S012-SOL12	Intervenciones individuales cognitivo conductual para reducir conducta inapropiada y aumentar conducta positiva	Intervenciones individuales: Mayoría usó modelos cognitivo conductual y conductual, con foco en cambiar las cogniciones sociales y estrategias conductuales del niño usando refuerzos y modelando para reducir conducta inapropiada y aumentar conducta positiva y también consejería individual. Algunos modelos: Terapia de juego, SHIP (Alianza escuela padres), PMHP (Proyecto de salud mental primaria), DRC (Reporte de tarjetas diarias), AIT (Imaginería afectiva), SRTP (Programa de entrenamiento de relaciones sociales), SFT (Terapia focalizada en problemas), SCK (Stay cool kids) entre otros.	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Sin acuerdo
S015-CLA13	Intervenciones psicosociales para prevenir problemas de salud mental: depresión postparto	Intervenciones psicosociales, con enfoques psicológico y de promoción de salud, orientadas a prevenir problemas de salud mental, principalmente depresión postparto. Intervención individual y/o grupal. Duración y dosis variables, entre 1 a 20 meses y entre 3 a 36 sesiones. Algunos de sus contenidos incluyen desarrollo infantil, relación con el bebé y salud mental y física de la madre.	Aplicable	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
S016-BEN13	Intervenciones que incluyen apoyo parental y educación parental: Cuidados infantiles, Sensibilidad y Responsividad	Intervenciones que incluyen apoyo parental y educación parental (incluida entrega de información y observación guiada, involucramiento activo) Programa de Interacción Padres Bebés, Programa NICU: Creando Oportunidades para el Empoderamiento Parental, Programa de Transacciones Materno infantil, Sistema de Cuidados para Parentaje efectivo de niños Pretérmino y Programa Inicio Premie.	Aplicable/ Aplicable con reservas	Sin acuerdo	Focalizada (grupos de riesgo)
S017-BEN13	Intervenciones que incluyen apoyo parental y educación parental: Síntomas psicológicos parentales	Intervenciones que incluyen apoyo parental y educación parental (incluida entrega de información, observación guiada y involucramiento activo). Programa de Interacción Padres Bebés, NICU Programa: Creando Oportunidades para el Empoderamiento Parental, Programa basado en Escala de Evaluación Neonatal de Brazelton, I. Premie y Programa de evaluación e Intervención de Conducta Neonatal, Estudios Victoria del Cerebro Infantil..	Aplicable/ Aplicable con reservas	Sin acuerdo	Focalizada (grupos de riesgo)
S022-KOK14	Programa "Safe Dates" para adolescentes: eventos de maltrato en la pareja	Programa "Safe Dates": currículum de 10 sesiones de 45 minutos, con obras teatrales, concurso de posters. Incluye actividades comunitarias: servicios especiales para adolescentes en relaciones abusivas (línea telefónica para crisis, grupos de ayuda, material para padres). Temas tratados: género, violencia en el noviazgo, habilidades	Aplicable con reservas	Sin acuerdo	General

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

		de resolución de conflictos. Con enfoque de desigualdad de género. Duración: 5 meses			
S023-OLI11	Programa de implementación de herramientas de buen manejo de aula de los profesores: Conducta disruptiva	Programa de implementación de herramientas de buen manejo de aula de los profesores, en estudiantes de kinder a cuarto medio de diversos colegios.	Aplicable	Sin acuerdo	General
S024-VAN14	Programas de consejería de apoyo sobre violencia: Tasa de victimización	Programas de consejería de apoyo, que variaron entre una sesión de 30 min a 6 sesiones de una hora o acceso permanente a programa especializado. Entre los objetivos están educar sobre el ciclo de violencia, identificar riesgos, apoyar estrategias de autocuidado y resolución de problemas, entre otros.	Aplicable/ Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
S025-WYA08	Programas de habilidades parentales para promover el desarrollo prevenir abuso sexual infantil: Conducta externalizante	Programas de habilidades parentales que buscan mejorar las habilidades parentales, promover el desarrollo infantil, y prevenir el abuso sexual infantil; tanto para madres (mayoría) como padres y madres. Extensión e intensidad diversa.	Aplicable	Sin acuerdo	General
S026-VAN14	Programas de Visitas Domiciliarias por paraprofesionales para prevenir maltrato infantil y de pareja: Tasa de victimización	Programas de Visitas Domiciliarias por paraprofesionales (no-profesionales entrenados) mujeres mentoras (mujeres entrenadas para realizar la intervención y proveer apoyo de pares y consejería) y/o enfermeras, con seguimiento entre 1 y 9 años. Entre los objetivos están: promover la salud fetal y materna, promover la salud y desarrollo infantil, prevenir maltrato infantil a través de mejorar el funcionamiento familiar, disminuir factores de riesgo del maltrato de pareja, enlazar a recursos comunitarios y de salud, mejorar el desarrollo personal de las madres.	Aplicable con reservas	Sin acuerdo	Focalizada (grupos de riesgo)
S027-DE 14	Programas dirigidos al curso sobre mitos respecto a violación	Programas dirigidos al curso que incluyen videos, lecturas, discusión grupal, concurso de posters, role-playing y obras teatrales: Acquaintance Rape Education Program, Men as Allies, Dating and Sexual Responsibility, Rape-awareness program.	Aplicable	Masiva (acelerada)	General
S031-WAL15	Programas escolares para conocimiento sobre abuso sexual, prevención del abuso sexual, y/o adquisición conductas de auto protección	Programas escolares sobre conocimiento sobre abuso sexual, prevención del abuso sexual, y/o adquisición conductas de auto protección. Duración varió de una sola sesión de 45 min. a 8 sesiones de 20 min en días consecutivos. Se aplicó amplia gama de programas, que incluyen la enseñanza de las normas de seguridad, la propiedad del cuerpo, partes privadas del cuerpo, distinción de tipos de toques y tipos de secretos. Formatos de entrega del programa incluyen cine, video, obras de teatro,	Aplicable	Masiva (acelerada)	General

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

		canciones, títeres, y cómics. Los métodos de enseñanza incluyen ensayo, práctica, juego de roles y discusión.			
S032-FUR12	Programas grupales de habilidades parentales basados en terapias conductuales: Problemas conductuales	Programas grupales y estructurados de habilidades parentales basados en terapias conductuales. Dirigidos a los padres, sesiones semanales o quincenales, duración de entre 1 y 2 horas.	Aplicable	Masiva (acelerada)	General
S034-BRY13	Sesión breve sobre estrategias para mejorar sueño del recién nacido, más reforzamiento telefónico: tiempo de sueño	Sesión de 45 min sobre información y estrategias para mejorar sueño del recién nacido, más contacto telefónico semanal, a cargo de enfermero/a. Duración: 6 semanas. En uno de los estudios se incluyó un manual con misma información.	Aplicable	Masiva (acelerada)	General
S038-GOY13	VD desde alta hospitalaria orientada a cuidados del recién nacido: inventario HOME	Visita domiciliaria, desde alta hospitalaria. Realizada por enfermero/a, terapeuta ocupacional, especialista en desarrollo infantil o estudiante entrenado. Intervención orientada a cuidados del recién nacido, relación padres-hijo incluyendo responsividad y co-regulación, educación sobre prematuridad, desarrollo motor y sensorial. En algunos casos incluyó intervenciones previas al alta hospitalaria. Duración de las VD varió en un rango entre 8 semanas a 3 años, con frecuencia semanal o quincenal en gran parte.	Aplicable con reservas	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)
S041-CLA12	Intervenciones durante la gestación y/o postparto para reducir depresión postnatal	Intervenciones durante la gestación y/o postparto para reducir depresión postnatal. Intervenciones con Modelo terapéutico (Interpersonal y Cognitivo conductual) y Modelo psicosocial (Apoyo y psicoeducación). Dos estudios formato individual y resto grupal.	Aplicable	Masiva (acelerada)	Focalizada (grupos de riesgo)
S043-ABO12	Intervenciones para promover respeto e inclusión hacia niños de minorías étnicas	Intervenciones dirigidas a alcanzar el respeto y la inclusión/reducir los prejuicios y la discriminación hacia niños pertenecientes a minorías étnicas. Las intervenciones son de dos tipos, i) de contacto: la intervención fomenta el contacto directo con niños de otras etnias (ej.: diversificar el cuerpo estudiantil) y ii) medios de comunicación/instrucción: por medio de videos o sesiones/actividades educacionales se fomenta el respeto y la diversidad étnica	Aplicable	Masiva (acelerada)	Sin acuerdo
S045-TAR14	Intervenciones parentales autoaplicadas con material sobre estrategias conductuales	Intervenciones parentales autoaplicadas. Se provee a los padres con material para enseñarse estrategias conductuales a si mismos. Hay múltiples formatos.	Sin acuerdo	Progresiva (gradual)	Focalizada (grupos de riesgo)

6. ANÁLISIS PRELIMINAR DE VARIABLES PREDICTORAS DEL DESARROLLO INFANTIL

Se realizó una revisión de revisiones sistemáticas de estudios longitudinales, con el objetivo de analizar las variables predictoras más importantes del desarrollo infantil y complementar con información relevante la ruta del desarrollo.

La metodología usada se describió en el capítulo 4. Se leyeron y extrajeron información de 17 RS, pero quedó un número muy importante de RS que seleccionar y extraer. La lista de referencias de las revisiones sistemáticas extractadas está al final de este capítulo y la lista de referencias seleccionadas y pendientes de analizar se encuentran en Anexo 6.

Los resultados preliminares son parciales y aunque son muy interesantes, no reflejan seriamente la totalidad de los hallazgos. La principal limitación para cumplir esta revisión fue la falta de tiempo, y la priorización de la revisión de efectividad de las intervenciones. Sería de gran utilidad poder completar esta revisión con un estudio focalizado en este tema.

En la tabla siguiente se muestran los datos extractados.

Tabla 54: Tabla de extracción de revisiones sistemáticas de estudios longitudinales

Dominio o ámbitos	Variable predictora		Resultado futuro		Medida de Asociación			Fuente
	Descripción	Rango etario (línea base)	Descripción	Tiempo seguimiento (años)	TE / Coef. Corr	RR, OR, HR	S,E , VP P	
Social a salud mental	Uso de palmadas	7 - 11	Problemas de conducta externalizante	7	0.14		(0.10, 0.18)	Ferguson 2013
Social a salud mental	Uso de castigo físico	0 - 11	Problemas de conducta externalizante	7	0.18		(0.14, 0.22)	Ferguson 2013
Social a salud mental	Uso de palmadas	1 -14	Problemas de conducta internalizante	7	0.12		(0.08, 0.16)	Ferguson 2013
Social a salud mental	Uso de castigo físico	1 -4	Problemas de conducta internalizante	7	0.21		(0.06, 0.35)	Ferguson 2013
Lenguaje a emocional	Retraso del lenguaje	4 - 11	Severidad de dificultades emocionales niños (hombres)	7	(d = 0.33–0.57)		-	Kok Yew 2014
Lenguaje a emocional	Retraso del lenguaje	4 - 11	Severidad de dificultades emocionales niñas (mujeres)	7	(d = 0.25–0.39)		-	Kok Yew 2014
Físico a salud mental	Participación en deportes	(10 – 18) – (20 – 24)	Aumento de uso de alcohol a los 18 años	(6 – 14)		82% de los estudios de corto seguimiento (14) 80% de los estudios de largo seguimiento (4)	ES, sin dato	Kwan 2014
Físico a salud mental	Participación en deportes	(10 – 18) – (20 – 24)	Disminución uso de marihuana y otras drogas a los 18 años	(6 – 14)		64% (7) de los estudios encuentran relación negativa	ES, sin dato	Kwan 2014
Salud	Síndrome de	9	Uso de sustancias:	14		OR 2.08	(1.65, 2.60)	Lee

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

mental	déficit atencional/hiperactividad		tabaco				2011
Salud mental	Síndrome de déficit atencional/hiperactividad	9	Abuso / dependencia de sustancias: tabaco	10	OR 2.82	(2.41, 3.29)	Lee 2011
Salud mental	Síndrome de déficit atencional/hiperactividad	7	Uso de sustancias: alcohol	16	OR 1.27	(0.85, 1.89)	Lee 2011
Salud mental	Síndrome de déficit atencional/hiperactividad	14	Abuso / dependencia de sustancias: alcohol	12	OR 1.74	(1.38, 2.20)	Lee 2011
Salud mental	Síndrome de déficit atencional/hiperactividad	8	Uso de sustancias: marihuana	10	OR 2.78	(1.64, 4.74)	Lee 2011
Salud mental	Síndrome de déficit atencional/hiperactividad	9	Abuso / dependencia de sustancias: marihuana	12	OR 1.58	(1.16, 2.14)	Lee 2011
Salud mental	Síndrome de déficit atencional/hiperactividad	7	Abuso / dependencia de sustancias: cocaína	16	2.05	(1.38, 3.04)	Lee 2011
Salud mental	Síndrome de déficit atencional/hiperactividad	9	Abuso / dependencia de sustancias: no específica	12	2.64	(1.77, 3.94)	Lee 2011
Físico	Actividad física en la infancia temprana (0 – 5 años)	(0 – 5 años)	Actividad física en escolar básico (6 a 12)	(1 -2)	4% seguimiento alto (+0.5) 60% seguimiento moderado 0.36 (0.30–0.49) 36% seguimiento bajo (0.10–0.29)		Jones 2013
Físico	Conducta sedentaria en la infancia temprana (0 – 5 años)	(0 – 5 años)	Conducta sedentaria en escolar básico (6 a 12)	(1 -8)	33% seguimiento alto (+0.5) 0.52 50% seguimiento moderado (0.30–0.49) 17% seguimiento bajo (0.10–0.29)		Jones 2013
Emocional a físico	Personalidad (Inventario de los 5 factores): alta conciencia	52	Bajo riesgo de desarrollo y persistencia de obesidad, en individuos no obesos en línea base	5	OR 0.88	(0.85–0.92)	Jokela 2013
Emocional a físico	Personalidad (Inventario de los 5 factores): alta conciencia (autocontrol, orden y adherencia a normas sociales)	52	Mayor tendencia a revertir obesidad en individuos obesos en la línea base	5	OR 1.08	(1.01–1.14)	Jokela 2013
Emocional a cognitivo	Autoconcepto	(5-20)	Rendimiento académico	5	Efecto grande a moderado	ES	Huang 2011
Emocional a cognitivo	Rendimiento académico	(5-20)	Autoconcepto	5	Efecto grande a moderado	ES	Huang 2011
Social a	Niños	(7 – 16)	Problemas	(1 –	OR 2.39	(1.76, 3.24)	Gini 2013

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

físico/ bienestar	víctimas de Bullying escolar		psicosomáticos	11)			
Social	Victimización de pares	(7 – 12)	Aumento de problemas de conducta externalizante		0.14	(0.09 – 0.19)	Reijntjes 2011
Social	Conducta externalizante	(7 – 12)	Victimización de pares		0.13	(0.04 – 0.21)	Reijntjes 2011
Lenguaje a Salud mental	Retraso del lenguaje	(3 - 8.8)	Problemas de conducta externalizante	(2 – 12)	Percentil 69	(95% CI 63-74 percentil)	Yew 2013
Lenguaje a Salud mental	Retraso del lenguaje	(3 - 8.8)	Problemas de conducta internalizante	(2 – 12)	Percentil 72	(95% CI 65-79 percentil)	Yew 2013
Lenguaje a Salud mental	Retraso del lenguaje	(3 - 8.8)	Síndrome de déficit atencional / hiperactividad	2 - 12	Percentil 60	(95% CI 52-68 percentil)	Yew 2013
Físico	Lactancia	(0 -2)	Riesgo de sobrepeso en la niñez	(2 – 14)	OR 0.85	(0.74. 0.99)	Weng 2012
Físico	Consumo de tabaco durante la gestación	Gestación	Riesgo de sobrepeso en la niñez	(2 – 14)	OR 1.47	(1.26, 1.73)	Weng 2012
Físico	Ganancia de peso acelerada en el primer año de vida	(0 -1)	Riesgo de sobrepeso en la niñez	(2 – 14)	Fuerte evidencia, sin meta análisis		Weng 2012
Físico	Mayor peso de nacimiento	0	Riesgo de sobrepeso en la niñez	(2 – 14)	Fuerte evidencia, sin meta análisis		Weng 2012
Físico	Obesidad materna preconcepcional	Pre gestacional	Riesgo de sobrepeso en la niñez: 3 años	(2 – 14)	OR 1.37	(1.18 - 1.58)	Weng 2012
Físico	Obesidad materna preconcepcional	Pre gestacional	Riesgo de sobrepeso en la niñez: 7 años	(2 – 14)	OR 4.25	(2.86 - 6.32)	Weng 2012
Físico	Obesidad materna preconcepcional	Pre gestacional	Riesgo de sobrepeso en la niñez: 9 y 14 años	(2 – 14)	OR 2.36	(2.36 - 8.85)	Weng 2012
Físico a social, emocional, cognitivo	Problemas de regulación temprana: regulación, llanto excesivo, alteraciones del sueño, problemas de alimentación y otros. Madres NSE medio y alto y en relación estable de pareja	2 – 8 meses	Problemas conductuales infancia, conducta externalizante y Síndrome de déficit atencional	4.5	OR 0.41	(0.28 - 0.54)	Hemmi 2011
Familiar a salud mental	Hijo o hija de padre privado de libertad	Infancia y adolescencia	Conducta antisocial: mayor que en pares	Adolescencia y	OR 1.7 (estudios prospectiv	(1.4, 2.0)	Murray 2012

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

			separados de sus padres por otras razones (divorcio)	juventud	os)		
Familiar a salud mental	Hijo o hija de padre privado de libertad, que viven en sus hogares	Infancia y adolescencia	Problemas de salud mental	Adolescencia y juventud	OR 1.2	(1.0, 1.4)	Murray 2012
Familiar a salud mental	Hijo o hija de padre privado de libertad, que viven en sus hogares	Infancia y adolescencia	Bajo rendimiento escolar	Adolescencia y juventud	OR 1.5	(1.1, 2.1)	Murray 2012
Familiar a salud mental	Abuso sexual	Infancia	Ideación e intento suicida en la adolescencia	(6 meses a 28 años) Aprox 10 - 20	8 de 8 estudios longitudinales. Predice, sin meta análisis	Sin dato	Miller 2013
Familiar a salud mental	Maltrato infantil	Infancia	Ideación e intento suicida en la adolescencia	(6 meses a 28 años) Aprox 10 - 20	6 de 6 estudios longitudinales. Predice, sin meta análisis	Sin dato	Miller 2013
Familiar a salud mental	Maltrato infantil en generación 1		Maltrato infantil en generación 2		r 0.31	-	Schofield 2013
Familiar a salud mental	Relaciones estables, seguras y nutritivas (Relaciones satisfactorias, satisfacción parental y apego parental hacia el niño) en personas con historias de maltrato	21 - 23	Protege de maltrato infantil en la próxima generación	Hijos de estos jóvenes y adultos	r 0.17	-	Schofield 2013
Familiar a social	Conductas parentales negativas: maltrato y disfuncionalidad	7 – 12 y +	Víctima de Bullying	-	(Hedge's g: 0.10–0.31)	70 estudios, sólo 6 longitudinales	Lereya 2013
	Conductas parentales negativas: maltrato y disfuncionalidad	7 – 12 y +	Víctima y agresor de Bullying	-	(Hedge's g: 0.13–0.68)	70 estudios, sólo 6 longitudinales	Lereya 2013
	Conductas parentales positivas: buena comunicación padres hijos, relaciones afectuosas y cálidas, apoyo e involucramie	7 – 12 y +	Víctima de Bullying	-	(Hedge's g: range: -0.12 a -0.22)	70 estudios, sólo 6 longitudinales	Lereya 2013

Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes.

	nto parental y supervisión parental						
	Conductas parentales positivas: buena comunicación padres hijos, relaciones afectuosas y cálidas, apoyo e involucramiento parental y supervisión parental	7 – 12 y +	Víctima y agresor de Bullyng	-	(Hedge's g: range: -0.17 a -0.42)	70 estudios, sólo 6 longitudinales	Lereya 2013
Social a salud	Maltrato físico	Infancia	Depresión	Adolescencia	OR 2.35	(1.29, 4.25)	Norman 2012
Social a salud	Negligencia	Infancia	Depresión	Adolescencia	OR 1.57	(1.052, 3.5)	Norman 2012
Social a salud	Maltrato físico	Infancia	Trastorno ansioso	Adolescencia	2.02	(1.44, 2.83)	Norman 2012
Social a salud	Negligencia	Infancia	Trastorno ansioso	Adolescencia	1.86	(1.53, 2.25)	Norman 2012
Social a salud	Negligencia	Infancia	Trastorno alimentario	Adolescencia	4.82	(1.82, 12.73)	Norman 2012
Social a salud	Maltrato físico	Infancia	Problemas de conducta infantil	Adolescencia	3.13	(1.64, 5.95)	Norman 2012
Social a salud	Negligencia	Infancia	Problemas de conducta infantil	Adolescencia	1.72	(0.86, 3.46)	Norman 2012
Social a salud	Maltrato físico	Infancia	Uso de alcohol	Adolescencia	0.84	(0.54, 1.31)	Norman 2012
Social a salud	Negligencia	Infancia	Uso de alcohol	Adolescencia	0.97	(0.60, 1.57)	Norman 2012
Social a salud	Maltrato físico	Infancia	Uso de drogas	Adolescencia	1.39	(1.05, 1.84)	Norman 2012
Social a salud	Negligencia	Infancia	Uso de drogas	Adolescencia	1.20	(1.01, 1.43)	Norman 2012
Social a salud	Maltrato físico	Infancia	Lesiones auto inflingidas	Adolescencia	3.61	(1.15, 11.31)	Norman 2012
Social a salud	Negligencia	Infancia	Lesiones auto inflingidas	Adolescencia	1.45	(0.42, 5.07)	Norman 2012
Social a salud	Maltrato físico	Infancia	Conducta sexual de riesgo y enfermedades de transmisión sexual	Adolescencia	1.94	(1.59, 2.36)	Norman 2012
Social a salud	Negligencia	Infancia	Conducta sexual de riesgo y enfermedades de transmisión sexual	Adolescencia	1.61	(1.39, 1.86)	Norman 2012
Social a salud	Maltrato físico	Infancia	Obesidad	Adolescencia	4.82	(1.71, 13.54)	Norman 2012
Social a salud	Negligencia	Infancia	Obesidad	Adolescencia	1.10	(0.93, 1.29)	Norman 2012

Referencias de las revisiones sistemáticas de estudios longitudinales extractadas

1. Ferguson CJ. Spanking, corporal punishment and negative long-term outcomes: a meta-analytic review of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev.* 33. United States 2013. p. 196-208.
2. Gini G, Pozzoli T. Bullied children and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics.* 132. United States 2013. p. 720-9.
3. Hemmi MH, Wolke D, Schneider S. Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Arch Dis Child.* 96. England 2011. p. 622-9.
4. Huang C. Self-concept and academic achievement: a meta-analysis of longitudinal relations. *J Sch Psychol.* 49. United States: 2011 Society for the Study of School Psychology. Published by Elsevier Ltd; 2011. p. 505-28.
5. Jokela M, Hintsanen M, Hakulinen C, Batty GD, Nabi H, Singh-Manoux A, et al. Association of personality with the development and persistence of obesity: a meta-analysis based on individual-participant data. *Obes Rev.* 2013;14(4):315-23.
6. Jones RA, Hinkley T, Okely AD, Salmon J. Tracking physical activity and sedentary behavior in childhood: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2013;44(6):651-8.
7. Kwan M, Bobko S, Faulkner G, Donnelly P, Cairney J. Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: a systematic review of longitudinal studies. *Addict Behav.* 2014;39(3):497-506.
8. Lereya ST, Samara M, Wolke D. Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: a meta-analysis study. *Child Abuse Negl.* 2013;37(12):1091-108.
9. Miller AB, Esposito-Smythers C, Weismore JT, Renshaw KD. The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: a systematic review and critical examination of the literature. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2013;16(2):146-72.
10. Murray J, Farrington DP, Sekol I. Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Bull.* 138. United States 2012. p. 175-210.
11. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 9. United States 2012. p. e1001349.
12. Reijntjes A, Kamphuis JH, Prinzie P, Boelen PA, van der Schoot M, Telch MJ. Prospective linkages between peer victimization and externalizing problems in children: a meta-analysis. *Aggress Behav.* 2011;37(3):215-22.
13. Schofield TJ, Lee RD, Merrick MT. Safe, stable, nurturing relationships as a moderator of intergenerational continuity of child maltreatment: a meta-analysis. *J Adolesc Health.* 2013;53(4 Suppl):S32-8.
14. Wang CW, Chan CL, Ho RT. Prevalence and trajectory of psychopathology among child and adolescent survivors of disasters: a systematic review of epidemiological studies across 1987-2011. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(11):1697-720.
15. S Y, S OK. Early language impairments and developmental pathways of emotional problems across childhood *INT J LANG COMMUN DISORD.* 2014;00(0):1-16.
16. Yew SG, O'Kearney R. Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: meta-analyses of controlled prospective studies. *J Child Psychol Psychiatry.* 2013;54(5):516-24.

17. Yew SG, O'Kearney R. Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: meta-analyses of controlled prospective studies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(5):516-24.

7. ANÁLISIS DE LA TRAYECTORIA LONGITUDINAL DE LA RUTA DESDE EL ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

Las ventajas de utilizar un modelo de curso de vida para diseñar la ruta, es que tanto explicaciones sociales, biológicas como estudios interdisciplinarios pueden ser considerados en el análisis de la trayectoria los individuos, grupos y generaciones. El diseño de la ruta propuesto en este estudio, integra las ideas de trayectorias, cambios en el tiempo e intervenciones dirigidas a alcanzar resultando tan diversos como asistir regularmente a la escuela, aprender a escribir o gozar de una buena nutrición. A partir de ello, es posible identificar secuencias de exposiciones y resultados intermedios, y distinguir intervenciones que pueden cambiar trayectorias de vida.

Las ideas de "trayectoria" o "vías" de desarrollo, son esenciales en un enfoque de curso de vida y por lo tanto al diseño de la ruta. Como se discutió en el capítulo 1 de este informe, una trayectoria puede ser considerada como una serie de estados ligados, y una transición, como un cambio de estado que marca un cambio de trayectoria. Por ejemplo, pasar del kínder al primer año de enseñanza primaria, aumenta las probabilidades de terminar la escuela y al mismo tiempo es una transición importante en la vida de todo niño o niña. Una transición siempre está involucrada con las trayectorias que le preceden y le dan significado a la biografía de la persona. De esta forma, decisiones que se toman en la juventud por ejemplo, pueden extender sus efectos incluso hasta los últimos años de la vida, la jubilación y la vejez, impactando desde los recursos económicos, la salud y la capacidad de adaptarse a los cambios⁵⁹.

La integración del enfoque de curso de la vida y las herramientas metodológicas que brinda la epidemiología en la actualidad, constituyen un paradigma integrador para entender los efectos independientes o interacciones entre exposiciones desde la vida de las madres, aun desde su propia infancia y adolescencia, hasta la vida en el útero, la infancia, la adolescencia y el resto de la vida adulta⁶⁰. Tales ideas y la evidencia proveniente de la investigación pueden permitir diseñar intervenciones que optimicen las posibilidades de alcanzar el potencial de la generación presente y la siguiente.

Lo que está ocurriendo con la investigación más reciente, es que se combina información social y biológica, usando metodologías cualitativas y cuantitativas para estudiar la vida de las personas. En Inglaterra por ejemplo, existe una rica colección de estudios en los que las personas han sido seguidas desde el nacimiento hasta la vejez. En la actualidad hay cuatro de estos estudios de cohortes de nacimiento, integrados por personas nacidas en 1946, 1958, 1970 y 2000. Los miembros de las cohortes de 1946 y 1958 también permitieron que los investigadores tomaran diferentes marcadores biológicos de salud, así como cuestionarios con preguntas acerca de sus familias, la educación, el trabajo, sus relaciones y la salud mental.

El enfoque de curso de vida ha llegado a tener un rol central en la comprensión actual de los cambios en la cognición, la salud física y mental, el desarrollo emocional y el bienestar de las poblaciones. Las ideas de curso de vida y trayectorias han tenido un impacto profundo en el estudio de la salud y la

enfermedad en las últimas décadas. Recientemente se ha propuesto que este enfoque también puede ser útil para identificar los factores que influyen en el desarrollo cognitivo y emocional, así como en las trayectorias socioeconómicas y el envejecimiento de la población⁶¹.

7.1 Las trayectorias en la ruta al desarrollo

Las intervenciones identificadas por este estudio, constituyen una rica base para el diseño de políticas públicas de potencial impacto poblacional. Para el buen uso de este estudio, es importante considerar que los 5 dominios del desarrollo no deben ser analizados por separado. Dado que durante el desarrollo humano los cambios ocurren de manera encadenada y jamás de forma aislada, las intervenciones que pretenden modificar trayectorias deben ser planificadas de forma integral, coordinada y de modo prospectivo. Modificar trayectorias adversas puede requerir de mucho más que una sola intervención, y las exposiciones a las intervenciones deben ocurrir de modo oportuno durante los momentos de mayor plasticidad.

Como se describió en el capítulo 1 de este informe, las exposiciones del ambiente se acumulan durante toda la vida pudiendo conducir a buenos o malos resultados. Desde este punto de vista, un desenlace como el fracaso escolar en la enseñanza media, puede ser la continuación de trayectorias observables en marcadores intermedios de rendimiento cognitivo, tales como, dificultades en el desarrollo del lenguaje y marcadores de comportamiento reportados por la familia o los profesores, tales como hiperactividad o agresividad. Pero esta trayectoria no puede ser entendida completamente, sin considerar el contexto familiar y cultural en el que se inscriben estas experiencias en la vida de una persona. Así, un niño que vive en un hogar con alto hacinamiento, puede verse expuesto a una mala nutrición, pobre estimulación y pobres rutinas de sueño, todas ellas actuando como factores de riesgo para un bajo rendimiento en la escuela. Es más, la mal nutrición puede haber comenzado en el útero y en la propia historia nutricional de su madre antes del embarazo. Por ejemplo, en la actualidad se reconoce que el consumo de pescado u otros alimentos ricos en DHA tienen efectos positivos en la biodisponibilidad durante el embarazo, sin embargo nuevas investigaciones proponen que la nutrición de la madre antes del embarazo podría jugar un rol importante en el neurodesarrollo del niño.

Intervenciones previas a la gestación orientadas a mejorar la nutrición, incrementar la actividad física, y aquellas orientadas a prevenir el embarazo antes de los 18 años son de importancia para incrementar las posibilidades de un mejor desarrollo cognitivo de la siguiente generación. Por otra parte, intervenciones nutricionales en los 1000 primeros días de vida son claves para un adecuado desarrollo del cerebro, formando las bases para que la experiencia se traduzca en un enriquecimiento de los circuitos neuronales.

Aumentar la disponibilidad efectiva en la madre de mayores concentraciones de DHA durante el embarazo y amamantamiento, puede ser una medida efectiva en incrementar el desarrollo cognitivo de niños vulnerables con resultados observables después de los 2 años de vida. Las trayectorias de intervenciones nutricionales tempranas, tienen un potencial de efectos en cascada en el desarrollo cognitivo del niño. Un niño que recibe más y mejores nutrientes tendrá una mayor disponibilidad de integrar un medio ambiente rico en estímulos, pero múltiples estudios confirman que programas nutricionales sin educación a las madres sobre estimulación de sus hijos tienen un efecto sustancialmente menor. Por ello, las intervenciones orientadas a mejorar la sensibilidad del cuidador e incrementar la estimulación social, emocional, cognitiva y motora, deben ir de la mano de los programas

nutricionales y sus efectos en el desarrollo cognitivo se pueden observar sólo si las intervenciones comienzan antes de los 3 años de vida.

En la transición posterior al nacimiento, la visita domiciliaria y la educación en el hogar sobre las características del recién nacido, sus necesidades y las necesidades de las madres pueden mejorar los resultados de acuerdo a las dosis de exposición y la población tratada.

Mientras tanto en la transición a la escuela entre los 5 y 7 años, intervenciones orientadas a incrementar la actividad física, pueden tener efectos en cascada que contribuyan también a incrementar el rendimiento escolar y reducir obesidad. En la actualidad se sabe que el bajo rendimiento escolar y la obesidad están estrechamente vinculados, y aunque no se conoce bien los mecanismos de estas asociaciones, es claro que niños obesos tendrán peores rendimientos en la escuela y más problemas de salud mental. La literatura reciente muestra que intervenciones para promover actividad física en la transición a la escuela, pueden contribuir a mejorar resultados físicos y cognitivos, así como también en el dominio social y emocional.

Respecto de las intervenciones con potencial de efectividad para incrementar el desempeño académico, la asistencia a la escuela y reducción de la deserción escolar. El hallazgo que existen intervenciones efectivas disponibles es importante para el acompañamiento al desarrollo que se propone para un sistema universal de garantías de derecho. El terminar la escuela y la dosis de exposición a ella, son variables predictoras de empleabilidad, ingresos y resultados en el bienestar y la salud de las personas en la vida adulta.

Los programas multi componente basados en la escuela, la comunidad y la familia, desde kínder hasta la enseñanza media y que consideran a los padres como agentes, pueden promover el aprendizaje, incrementar el rendimiento en pruebas estandarizadas e incrementar la integración del niño en la escuela en población de riesgo.

En la transición adolescente, intervenciones multi componentes que incluyen actividad física, dieta y otras conductas de salud; entregadas a través de educación directa, a nivel comunitario, en la escuela, medios de comunicación y los padres, son potencialmente efectivas en mejorar varios resultados.

El período de la adolescencia temprana y la transición a la educación secundaria, pueden considerarse períodos críticos donde hay la posibilidad de minimizar la exposición a los riesgos y fortalecer los factores de protección. El abuso de sustancias, conducta delictual, embarazo adolescente, abandono escolar, la violencia, así como la depresión y ansiedad en este período de la vida, son problemas que deben ser abordados integralmente.

A partir de los 10 años los adolescentes pueden beneficiarse de intervenciones que mejoren de diversas formas su integración en la escuela, incluyendo la actividad física, una buena nutrición, la convivencia escolar y la participación de los padres. La evidencia recopilada en este estudio muestra las trayectorias adversas pueden ser modificadas y que la implementación de intervenciones complejas a través de programas integrales en las escuelas pueden ser efectivas para mejorar el desarrollo infantil juvenil.

7.2 Las transiciones normativas como marco para las intervenciones

Las transiciones normativas o no normativas en el curso de la vida están estrechamente vinculadas con lo que en la sociedad occidental se ha llamado ciclo de vida familiar. Tales eventos siempre deben ser comprendidos en el contexto de la cultura para el objeto de diseñar e implementar la ruta. Las transiciones normativas pueden ser entendidas como aquellas más esperables y predecibles, generalmente en base a eventos biológicos tales como por ejemplo el nacimiento de una nueva persona, o el inicio de la actividad hormonal que acompaña la adolescencia temprana. También existen transiciones no normativas, aquellas estadísticamente menos usuales y a menudo inesperadas.

No todos los innumerables cambios experimentados por personas y familias durante la vida se ajustan a la definición de lo que es una transición. Se ha propuesto que las principales transiciones en el curso de la vida involucran reorganizaciones cualitativas del identidad del sí mismo (yo), la experiencia del mundo, los roles sociales y las relaciones cercanas⁶². Por ejemplo, la transición de convertirse de un adolescente en un adulto, o envejecer, implican cambios sustantivos en la definición que la persona tiene acerca de sí mismo, cómo se relaciona con el ambiente en cuanto a sus capacidades y perspectivas, así como el ambiente ejerce efectos sobre ella.

Durante las transiciones, los roles cambian de diferentes maneras: por adición (por ejemplo, convertirse en padre), por resta (por ejemplo, enviudar), y por revisión (por ejemplo, cambiar de trabajo). Un cambio en el mundo, en la identidad interior de la persona y una reorganización de las principales funciones de la vida están casi inevitablemente acompañadas de un desequilibrio en las relaciones centrales del individuo dentro y fuera de la familia⁶³.

A continuación se dan ejemplos de algunas de las transiciones más comunes en la cultura occidental^{64,65,66} y que pueden ser consideradas por los mandantes para el diseño final de la ruta. Estas diez transiciones que se describen a continuación, han sido elegidas por su importancia para nuestra cultura y por ser consideradas momentos clave de la biografía de un individuo:

- 1. La llegada de un hijo o hija:** Hace más de 40 años, el sociólogo LeMasters (1957) hizo la sorprendente afirmación de que tener un primer hijo produce una crisis moderada o grave en el 83% de las parejas que entrevistó, una opinión que generó gran controversia en el momento. La formación de una nueva unidad familiar mediante la adición de un niño en un sistema par conduce a un cambio estructural en la familia (de díada a tríada) que añade nuevos roles (madre, padre) y nuevas relaciones (padres e hijos, abuelos y nietos) al sistema.
- 2. La transición del nacimiento y primeros 3 meses de vida extrauterina:** Los procesos familiares y la reacción de los padres, se ven modificados por las características biológicas y psicológicas del niño⁶⁷. Un temperamento tranquilo o difícil del bebé hace una diferencia en el curso de la vida de los propios padres. Esta primera transición para el nuevo individuo, aparece como consecuencia de las regulaciones adaptativas primarias que tienen lugar durante el período de recién nacido. En este periodo predomina el llanto como expresión emocional, comunicando malestar y dando mensajes a los cuidadores del tipo “¡ven, haz algo!”. Así, las expresiones emocionales de llanto, alerta, vigilia y la quietud motora son utilizados por los cuidadores para evaluar estados de necesidad y de motivación en el niño. Estas expresiones emocionales indican también procesos internos en el recién nacido, señales de que va adquiriendo confianza en las experiencias de regulación emocional en el contexto de la relación con otros. El recién nacido entonces, comienza a experimentar y

expresar su individualidad en medio de una relación de íntima conexión con el cuidador. Darwin pensó que el llanto era una conducta primaria para llamar la atención, una especie de alarma de las crías para recibir la atención de los mayores. Así mismo, él consideraba que las lágrimas son señales de comunicación no verbal. El hecho de que las lágrimas sean reconocidas del mismo modo por todas las culturas, indica que el componente comunicacional de éstas es central en la evolución de la especie humana.

Hacia el final de esta primera transición hay una reducción evidente en el llanto y un aumento llamativo de la sonrisa social, la que transforma progresivamente al niño o niña en un ser más interactivo con su entorno social. Con esta nueva expresión emocional se amplifican las señales de placer con el cuidador y se dan señales emocionales que indican un cambio en los estados internos del niño. Estas señales de cambio interno incluyen la sorpresa en medio de nuevas experiencias placenteras de interacción con el cuidador y nuevas expresiones de alerta y de interés sostenido. Esta nueva modalidad emocional, combinadas con una creciente capacidad para el contacto a través de la mirada, proveen nuevas oportunidades de contacto social y aprendizaje en el niño. Los sentimientos de placer, tanto internos como aquellos que son parte de la relación de cuidados, están marcados por recíprocos intercambios de sonrisas con la madre y los otros, así como por la excitación que tiene lugar durante tales interacciones.

Las influencias integradoras de estas experiencias emocionales en el desarrollo, pueden ser comprobadas en los cambios de las expectativas que tiene la familia acerca del niño o niña. Los padres responden no sólo aumentando sus propias interacciones con el niño/a, sino también llevándolo más fuera de la casa y exponiéndolo más a otros adultos. Una tercera característica de esta transición es el aumento de la capacidad para mantener la atención frente a un estímulo. La duración de la atención en un evento visual durante las primeras 7-8 semanas de vida, se orienta fundamentalmente por las características físicas del objeto, especialmente el tamaño, la densidad de contorno, y el movimiento. Hacia el final de esta transición sin embargo, la duración de la atención se modulará mayormente por el grado de discrepancia entre el evento mismo y el recuerdo del objeto. Es decir la distancia entre el esquema que se tiene del mundo y la situación presente⁶⁸.

- 3. Transición de los 7-12 meses - El incremento de la memoria de trabajo y la ansiedad frente a extraños:** La transición que se produce en la mayoría de los niños sanos de entre 7 y 12 meses, se acompaña de la posibilidad de recuperar memorias de eventos pasados que ya no están en el campo de la percepción presente, y de mantenerlos junto con la percepción actual en un circuito denominado memoria de trabajo.

En palabras de Piaget el niño/a trata de hacer encajar los esquemas mentales que tiene del mundo y la situación presente. A los cuatro meses de edad, el niño puede reconocer que un evento en su campo de percepción, ya se ha experimentado en el pasado, es decir tiene un esquema mental de algunas situaciones, sin embargo aún tiene dificultades para hacer calzar ambos. A los 7 meses de edad, un hecho aparentemente trivial al interactuar con un bebé, como esconderle un objeto atrayente con la finalidad que posteriormente lo busque, marcará una de las nuevas capacidades de memoria en esta transición.

En este momento, si se le oculta ante la mirada del niño, un objeto motivador (por ejemplo un juguete) tras una pantalla con dos cilindros idénticos y luego se le insta al niño a buscarlo, alrededor

de los 7-8 meses el niño será capaz de buscar activamente el objeto en el lugar correcto. Esta conducta aumentará linealmente con la edad. Esta capacidad de mantener en la memoria reciente o memoria de trabajo, el recuerdo del lugar donde se dejó el objeto constituye lo que Jean Piaget denominó permanencia del objeto.

La transición de 7-12 meses, también marca el momento en que los conceptos de los fonemas de la lengua materna del niño, las secuencias temporales silábicas, y la imitación espontánea, aparecen regularmente en las interacciones con el cuidador. En este periodo los niños ejercitan infinitamente con sus cuidadores los gorjeos y fonemas básicos de su lengua materna. La mejoría en la memoria de trabajo después de los 7 meses permite al niño responder a una situación novedosa con el recuerdo de una situación pasada y con ello el recuerdo rudimentario de asociaciones entre palabras y cosas.

De esta forma también, si se presenta un evento nuevo y éste no puede ser asimilado a un recuerdo, y el niño no tiene otra respuesta para hacerle frente, entonces él o ella puede sentir miedo y llorar. El fenómeno de la ansiedad de separación, es el mejor ejemplo de esto. La salida inesperada de la madre, especialmente si el niño está en un lugar desconocido, es un evento altamente discrepante, novedoso y con ello estresante.

La capacidad de mantener en la memoria un esquema previo del cuidador, y calzar éste con su ausencia en el momento presente requiere de activar un circuito de memoria de trabajo que necesita de la maduración del cerebro. Para ello, los patrones de crecimiento en la corteza prefrontal y la amígdala⁶⁹, son dos sitios del cerebro claves para la memoria de corto y largo plazo y son altamente relevantes para la aparición de la ansiedad frente a extraños en este periodo, pero también posteriormente, en la conducta planificada y las reacciones frente al peligro.

El comienzo de la ansiedad frente a los extraños y la ansiedad de separación de los cuidadores primarios forma parte de una nueva configuración emocional que ocurre hacia el final de la transición del sexto al octavo mes. A partir de este momento el niño les dice a sus cuidadores que ellos son especiales de una manera nueva, puesto que las separaciones y las sustituciones de cuidadores, producen un intenso estrés. También hay otros cambios en las señales emocionales que están indicando intensos cambios en la organización emocional, cognitiva y social. En este momento se incrementa el intercambio social con otras personas. Los niños comienzan a buscar las expresiones emocionales de los otros significativos (usualmente la madre o el padre) cuando se encuentran en situaciones de incertidumbre. Dependiendo de las emociones vistas u oídas en los otros, los niños pueden acercarse o evitar el acercamiento a un extraño o a un juguete nuevo o a una situación de peligro.

En la transición de los 7-12 meses, hay una mayor capacidad para ajustar las estructuras sensorio motoras al servicio de la consecución de un objetivo. Por ejemplo, a los 5 meses de edad se usarán ambas manos para llegar a un objeto pequeño o grande, mientras que a los 8 meses de edad se usará preferentemente una mano para alcanzar objetos pequeños, mientras que se usarán ambas manos para los objetos de gran tamaño.

La característica central de la transición de los 7 y 12 meses es la capacidad de recuperar y mantener esquemas mentales o recuerdos, y la de comparar éstos con la situación actual, manteniendo un circuito en la memoria de trabajo de 20 a 30 segundos, mientras se realizan comparaciones y

operaciones cognitivas para tomar una decisión. Es posible que el fundamento biológico de estos logros del desarrollo se basen en parte, en el crecimiento y diferenciación de las neuronas en la corteza prefrontal y una mejor conectividad entre la corteza prefrontal y la amígdala, el hipocampo y del lóbulo temporal, reciente evidencia así parece comprobarlo⁷⁰.

4. **La transición de los 12-14 meses - la marcha y el cuidador como referencia:** El comienzo de la marcha y sus consecuencias sociales y emocionales marcan el comienzo de esta transición. Muchos investigadores han descrito este momento, como aquel periodo en que el niño tiene un intenso afecto positivo y despliega emociones que comunican sentimientos de exaltación y orgullo por una mayor sensación de agencia y control sobre el mundo.

Durante este periodo también se experimentará malestar como consecuencia del dolor relacionado con las caídas, y es más probable que el niño experimente estados afectivos de incertidumbre debido a la ampliación del mundo y a las prohibiciones del cuidador⁷¹. Por ello, una característica de esta transición es un mayor uso de las comunicaciones sociales a distancia con los adultos. El niño que comienza a caminar tiene la necesidad de obtener información de parte de sus cuidadores para poder continuar con sus exploraciones. Por lo tanto en esta etapa hay una mayor autonomía pero también una mayor conexión con el cuidador para tomar decisiones y mantener la seguridad.

5. **La transición de los 18 a 22 meses - el paso a la niñez temprana:** El período entre 18 y 24 meses es también una época de cambios. Los niños de todo el mundo, comienzan a apreciar que ciertas acciones se evalúan como bien o mal, así como también se dan cuenta de algunas de sus propiedades, estados emocionales, y su propia capacidad de actuar. En el lenguaje popular, se dice que el niño es ahora consciente de sí mismo. Las observaciones de los niños, en muchas culturas, durante los últimos seis meses del segundo año revela la aparición de un conjunto de comportamientos que invitan a usar la etiqueta de la autoconciencia⁷².

Los profundos cambios de la transición de los 18 los 22 meses han sido descritos como el paso de “la infancia a la niñez temprana”. En este periodo el niño avanza a una compleja comprensión de sí mismo y aparecen nuevas modalidades emocionales y sus conexiones interpersonales, tales como la aparición de los sentimientos morales de culpa y empatía. Así el niño puede no solamente responder al malestar de su cuidador con sentimientos similares, sino que también involucrase en conductas prosociales como cuidar, consolar y ayudar.

6. **La transición del segundo año - la agencia sobre el mundo y el incremento de la memoria de largo plazo:** El segundo año se distingue por cuatro competencias psicológicas que pueden depender, en parte, de un conjunto de cambios en el cerebro. Las nuevas propiedades incluyen (1) la capacidad de comprender y expresarse de modo comprensible, (2) la capacidad de inferir estados mentales y emocionales en los demás, (3) representarse las acciones que están prohibidas por los adultos, y la (4) primeros signos de la conciencia de los sentimientos sí mismo y sus intenciones.

Las nuevas competencias lingüísticas de este periodo, se sustentan en amplias redes corticales que integran las vías auditivas y la corteza temporo parietal, frontal, cerebelar y las regiones que participan en las representaciones de secuencias temporales. La capacidad de inferir los pensamientos y sentimientos en los demás es una competencia incipiente en el segundo año de vida. Un ejemplo de esto se puede observar cuando un adulto frente a un niño, esconde un juguete debajo de una de tres cajas detrás de un biombo para que el niño no pueda ver dónde está el

juguete escondido. Si después de la eliminación de la barrera que lo oculta, el adulto dirige su mirada hacia el lugar donde se encuentra efectivamente el juguete, el niño de 2 años de edad mirará en el mismo sentido de la orientación de la mirada del adulto y buscará en ese lugar, lo que sugiere que el niño es capaz de inferir que el adulto tiene una idea correcta de dónde está el juguete. Esta capacidad de inferir lo que está en la mente de los otros (teoría de la mente), se revelará en los signos de comportamiento de empatía en situaciones de peligro.

Por esta misma época, los niños adquieren el concepto de error o prohibición. La mayoría de los niños a los 2 años dudará si alguien le pide que realice un acto que viola una norma de su familia, como por ejemplo dar vuelta el jugo sobre un mantel limpio⁷³. Así mismo dará señales de preocupación cuando vea que un objeto se ha dañado o roto. Por ejemplo, el niño se puede alterar cuando encuentra una muñeca rota o un juguete sucio, indicando que esto es una desviación de lo esperado. En estos momentos, los esquemas afectivos que representan el sentimiento de incertidumbre que siguen a las críticas de los padres o al castigo, se integran con las representaciones de las conductas prohibidas y el niño es ahora capaz de integrar el concepto de error.

En este periodo aparece la capacidad conocida como juego simbólico. Por ejemplo, el niño puede tomar una piedra y decir que es un perro, moviéndolo y ladrando; tomar un bote de juguete y decir que es una mamadera y dárselo a una muñeca; toma su oso y decir que está leyendo el periódico o afeitándose como papá; o toma su muñeca y decir que sonríe con su mamá. Al jugar, el niño imagina que la realidad es diferente de cómo él sabe que es.

Los signos iniciales de la conciencia de sí mismo aparecen durante el segundo año de vida. Por ejemplo, en este periodo los niños reconocen su reflejo en el espejo, pueden estimular a los adultos a actuar de una manera particular el juego “hagamos como si”, y mostrar signos de ansiedad cuando no pueden imitar el comportamiento de otro, o mostrarse orgullosos si pueden hacerlo. También son capaces de describir en el habla lo que están haciendo, cuentan lo que hacen en el momento presente. Este es el momento de la aparición de expresiones de vergüenza. Otro cambio en las señales emocionales es la aparición de lo “no semántico” y los signos de negativismo y “caprichos”, con consecuencias para la interacción con el cuidador.

No es sorprendente que nuevamente la familia responda a tales cambios emocionales y reorganice los roles del niño. Ahora se hace al niño más responsable de sus intenciones (por ejemplo, por donde camina) y de la regulación de algunas de sus emociones (por ejemplo, más tolerancia a la frustración) y correspondientemente aumentan las exigencias de socialización.

7. La transición del tercer y cuarto año - el dominio del lenguaje y el mundo narrativo del preescolar:

La transición entre tres y cuatro años, ocurre cuando el niño domina el lenguaje. Hacia los 3 años de edad los logros del lenguaje son enormes, el niño está totalmente capacitado para el habla, con una longitud media del enunciado de 3 a 6 palabras⁷⁴. La capacidad para relatar una experiencia emocional es otra tremenda adquisición del desarrollo en este periodo. Esto permite que el niño no sólo se represente la experiencia pasada y las expectativas futuras de una manera coherente, sino que también puede ponerlas en palabras y compartirlas con otros. Así, el niño puede contar a la madre lo que pasó en el jardín infantil o el hospital cuando no estaban juntos. Los relatos permiten la adquisición de un sentido afectivo de la historia personal, las que típicamente tienen que ver con situaciones emocionales inesperadas o con conflictos de la vida cotidiana de un niño.

Los relatos le permiten al niño buscar posibilidades alternativas para sucesos futuros, pues a través de éstos y especialmente en las narrativas de juego, puede ejercitar elaboraciones afectivas de situaciones conflictivas. De esta manera, la comprensión que tiene el niño de las situaciones familiares, problemas y soluciones, posibilidades, y roles, a menudo es actuada y conectada al hacer el relato. En este periodo el juego representacional se amplía, al igual que el rápido avance de la manipulación mano-ojo. Desde los 3 años en adelante, el niño puede empezar a copiar formas geométricas, nombrarlas y empezar a representar progresivamente la figura humana. El niño de 3 años, también utiliza el lenguaje y puede participar en la mesa y actuar en determinadas situaciones sociales. Dentro del proceso inicial de socialización surge el juego de la simulación fantástica.

8. **La transición al mundo escolar:** En la Convención sobre los Derechos del Niño se reconoce el derecho a la educación en general, y en particular la educación primaria obligatoria y gratuita para todos (Art. 28). Este derecho universal de los niños y niñas, constituye la marca de una de las transiciones programadas por la cultura quizá más relevantes. Con el ingreso a la escuela, comienza formalmente la segunda oleada de socialización; los eventos que ocurran en este periodo tendrán diversos y significativos efectos en el desarrollo de las personas más tarde en la vida.

El primer día de escuela, marcará un nuevo sentido de sí mismo para el niño(a). Entrando en una nueva institución con nuevas reglas y exigencias. La entrada en la escuela a menudo puede ser una experiencia difícil para un niño⁷⁵. Aunque la entrada al sistema escolar como hito, varía de acuerdo a las elecciones de los padres y la cultura, es claro que este periodo está marcado para la mayoría de los niños, con su debut en el mundo social fuera de su hogar. La transición de los 5 a 7 años, originalmente fue descrita por Sheldon White, y posteriormente revisada por Arnold Sameroff y Marshall Haith⁷⁶. Está marcada por grandes progresos en la cognición del niño, su percepción y capacidad de atención, así como las capacidades para la regulación social y emocional. Todas estas características son el reflejo de procesos madurativos y del desarrollo, que están asociados a una mejor adaptación al mundo fuera del hogar y a las demandas de mundo escolar.

La entrada en la enseñanza básica inicia cambios importantes en las relaciones del niño, no sólo con respecto a su familia, sino con también con sus compañeros y profesores. La entrada en la educación escolar propiamente dicha, implicará un viaje a un mundo mucho más grande y más anónimo que el del ambiente preescolar. Los niños se enfrentan a demandas de aprendizaje y rendimiento en lugar de la libertad de jugar, que es el sello distintivo de la mayoría de los programas preescolares. Los padres y los niños de básica experimentan muchas menos oportunidades para la participación directa en el día a día de la escuela. También durante este periodo, los niños parecen más activos y pueden tener más oportunidades para el juego lo que puede promover el desarrollo físico, disminuir el riesgo de obesidad, y canalizar el exceso de energía. En este periodo el niño experimentara por primera vez el malestar por la falta de amigos, tendrá problemas que resolver en el patio de recreo o los baños, o una mala relación con el profesor, todos ellos, pueden llevar a trayectorias negativas para el aprendizaje.

9. **La transición de los 10-14 años - la pubertad o adolescencia temprana:** Pocos períodos de desarrollo se caracterizan por tantos cambios en tantos niveles diferentes como la adolescencia temprana, cuando los niños se enfrentan a las transformaciones biológicas de la pubertad, la transición educativa de la primaria a la secundaria, y los cambios psicológicos que acompañan a la aparición de la sexualidad. Esto implica una mayor probabilidad tanto para resultados positivos

como negativos, creando importantes oportunidades para las familias, las escuelas y los programas de interactuar con los adolescentes de manera que se fomente el crecimiento y el desarrollo también fuera de la escuela. La primera adolescencia se caracteriza por una creciente capacidad para el pensamiento abstracto, el deseo de autonomía, la orientación hacia los compañeros y una mayor auto-conciencia. Es un momento en que las cuestiones de identidad y la preocupación por las relaciones heterosexuales u homosexuales son notorias.

La adolescencia temprana ha sido usualmente conceptualizada como el período de cambio en la estructura y el enfoque de las relaciones sociales⁷⁷. Las redes de los adolescentes ahora son más extensas y variadas en comparación con las de los niños más pequeños. Por otra parte, mucho de la investigación sobre este periodo se ha centrado en el cambio de la centralidad de la familia a la aparición de los pares como nuevos referentes. También es notorio el incremento en importancia de los amigos y la evolución del rol de los padres. Así como, la presencia de un "tabú" en las interacciones con el sexo opuesto o amistades ha sido demostrada durante infancia media en la cultura occidental. Sin embargo, en la adolescencia temprana parece ocurrir un cambio importante hacia un aumento de la red de amistades del sexo opuesto. Mientras que los amigos del mismo sexo son nominados todavía casi exclusivamente como el mejor amigo, los amigos del sexo opuesto se convierten ahora en posibles socios para la interacción y el compañerismo en la adolescencia temprana, en gran parte del mundo occidental. Reciente evidencia también muestra que niños y niñas que siguen una trayectoria homosexual⁷⁸, presentan similares patrones con los pares de su mismo sexo. En consecuencia, se espera un aumento modesto pero significativo en el número y frecuencia de los contactos con amigos del sexo opuesto en la adolescencia temprana. Además, se espera que las niñas muestren un aumento mayor que los varones en el número y el contacto con amigos del sexo opuesto porque las niñas pueden ser socialmente más precoces y tienen una mayor accesibilidad a los amigos del sexo opuesto de mayor edad.

Aunque la mayoría de los jóvenes se adaptara bien al proceso, entre un 15% y el 30% de los jóvenes podrían abandonar la escuela antes de completar la secundaria y un número creciente de adolescentes se podría iniciar en el consumo alcohol y otras drogas. Muchos de estos problemas de comportamiento comienzan durante los primeros años de la adolescencia, cuando los problemas de salud mental debutan. La depresión y los trastornos de la alimentación van en aumento en muchos países, en especial entre las mujeres, y la incidencia de conductas auto agresivas y suicidas también aumentan en países como Chile.

Mientras los adolescentes se están adaptando a esta gran cantidad de cambios internos, ellos necesitan un ambiente razonablemente seguro e intelectualmente desafiante, así como nuevos desafíos y oportunidades de crecimiento físico. La familia, la escuela y otros entornos organizados que respondan de modo sensible a los cambios en las necesidades y deseos de los adolescentes, pueden facilitar el desarrollo positivo durante los turbulentos años adolescentes.

- 10. La transición de los 15-19 años - La adolescencia intermedia:** Los contrastes de comportamiento siguen siendo evidentes durante los años de la adolescencia intermedia. Sin embargo, las formas en que se experimentan y se expresan, a menudo varían debido a diferencias en los valores familiares, sociales, religiosas, culturales y las condiciones socioeconómicas⁷⁹.

El adolescente típico de quince años muestra muchos rasgos de desarrollo que son similares a los de un chico de trece años. Ellos vuelven a ser introspectivos, a veces indiferentes, rebeldes, y reclaman su autonomía. Los amigos (uno a uno y en grupos) reemplazan gradualmente la familia como fuente

de confort, seguridad, y como fuente de información. A los quince años, siempre hay razones prácticas (actividades de la escuela, eventos sociales) para no quedarse en casa y, cuando están en casa, a menudo se retiran a su habitación y se sumergen en video juegos, chat en línea, escuchar música, soñar despierto, o ver televisión. Aunque la mayoría de los chicos y chicas de quince años gozan de excelente salud, a menudo experimentan estrés y tensión como consecuencia de problemas de la vida cotidiana. También en este periodo, la consolidación de los ciclos hormonales, incrementará las posibilidades de un embarazo. Así los efectos de decisiones en la adolescencia pueden durar toda la vida y ser costosos, para los individuos y para la sociedad. Eventos que pasan en la adolescencia pueden causar problemas de salud, pérdida de oportunidades de preparación para el trabajo y de esta forma acrecentar las desigualdades.

- 11. La transición de la adolescencia tardía y la adultez emergente - La salida del mundo escolar y preparación para el trabajo:** El paso de la juventud a la adultez está marcado para muchas personas alrededor del mundo por la transición hacia la paternidad. Aunque las edades promedio para el primer hijo varían alrededor del mundo, en la mayoría de las culturas el convertirse en padre o madre tiene un significado trascendental que puede marcar un punto de inflexión en la vida.

Los datos recientes de cohortes de adultos jóvenes, muestran que esta generación tiene mayores probabilidades de retrasar la maternidad, paternidad, el matrimonio y lograr la estabilidad financiera. Durante muchas décadas, los investigadores han mantenido inalterables 5 elementos de la transición hacia la edad adulta: terminar la escuela, salir de casa de los padres, empezar una carrera, casarse y ser padre⁸⁰.

Sin embargo, las tendencias poblacionales, están conduciendo a un cambio de paradigma en lo que se considera el momento de la edad adulta y el conjunto de tareas de desarrollo que se espera de los adultos jóvenes a sus veinte años. En la actualidad la literatura señala las edades de 18 a 29 como un período de "adultez emergente"⁸¹.

7.3 Aplicaciones del enfoque de curso de vida en la construcción de la Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia

La evidencia documentada en esta revisión, es una buena noticia para las políticas públicas actuales que conduce el Estado de Chile. Varias de las principales intervenciones detectadas en este estudio, son consistentes con el trabajo en curso del sistema de promoción y protección social. Sin embargo, se sugiere revisar intervenciones ya implementadas en el país y que han sido identificadas como inefectivas. La falta de evidencia proveniente de revisiones sistemáticas puede deberse a brechas del conocimiento o sesgos propios del método utilizado por este informe, pero también dar cuenta de la real ausencia de efectividad de algunas intervenciones; por ejemplo "La Clase Sin Humo".

Como hemos visto, un enfoque de curso de vida representa un cambio general en la forma en que se piensa a los seres humanos y su desarrollo. El enfoque hace del tiempo, el contexto y el proceso, las dimensiones más sobresalientes de la experiencia humana. Braveman y colaboradores han sugerido que una perspectiva de curso de vida supera el enfoque de desarrollo. La diferencia fundamental es que mientras una perspectiva de desarrollo generalmente se centra en las descripciones de periodos de la vida acotados, usualmente la infancia y la adolescencia (en ocasiones se extiende hasta la edad adulta temprana). Un enfoque de curso de vida considera toda la vida y la siguiente generación. Un estudio de

curso de vida, puede considerar la comprensión de cómo las primeras experiencias modelan la salud, el estudio, el trabajo o la felicidad de los individuos y grupos a través de una vida completa. Pero al mismo tiempo, se está considerando los efectos que estas pueden tener en la siguiente generación. Un enfoque de curso de vida puede examinar la salud del niño, niña o del adolescente como resultados intermedios, mientras la ciencia avanza y se entienden mejor los vínculos entre exposiciones en la niñez y los resultados en el adulto por ejemplo.

Casi cualquier niño está en riesgo de hacer una transición con pobres resultados o menos éxito, si sus características individuales son incompatibles con las características del entorno que encuentran. Esto permite entender que las intervenciones para mejorar los resultados deben adaptarse a los contextos y las estrategias implementadas para apoyar experiencias más positivas percibidas en la vida de los NNA. Por ejemplo, los niños que no comparten la cultura dominante de la escuela, o simplemente son distintos a la mayoría de su edad, pueden ser particularmente vulnerables si los contextos escolares no están diseñados para apoyarlos. Sin embargo, este hecho no es inevitable.

Se ha observado que transiciones exitosas generalmente están relacionadas entre sí y que crean el contexto para trayectorias positivas de aprendizaje. En general, una de las principales conclusiones del enfoque el curso de la vida es que las transiciones exitosas dependen de la naturaleza de las relaciones entre todos los involucrados. Para los niños, sus amistades, relaciones con los compañeros y la relación con su profesor serán centrales. Relaciones recíprocas respetuosas entre los adultos implicados son también factores clave en una transición exitosa de la niñez a la adolescencia temprana.

Por otra parte es necesario considerar al Estado y los sistemas de protección integral, como un soporte estructural (macrosistema) que pueden acompañar positivamente la organización, las oportunidades y recursos que se abren o cierran en el curso de la vida. Las políticas públicas nacionales, regionales y locales pueden tener efectos poderosos en la determinación de los resultados en cada período y área de la vida - la educación, el empleo, las finanzas, la familia, la salud, el ocio, y más-. Estas tienen efectos directamente en el bienestar de los niños, ya sea porque están dirigidos a ellos directamente o a través de sus padres o las comunidades donde viven, las que a su vez afectarán el bienestar de los niños. Por supuesto, las leyes, normativas de las políticas y los programas cambian con el tiempo, dejando una huella en el bienestar de las sucesivas cohortes.

Asimismo, las políticas y programas para generar bienestar en la población, se basan en, y refuerzan ideas culturales acerca de cómo se organiza el curso de la vida (o se supone que es) y lo que se hace (o se supone debe hacer) en diferentes períodos de la vida. Las políticas, al igual que las instituciones, también siguen la tendencia de los tiempos. Las vidas de las personas pueden cambiar drásticamente producto de ello (Por ej.: Universalización de la educación escolar). Debido a que las vidas de los niños están íntimamente ligadas a los adultos, el apoyo limitado a la "edad-trabajo", las políticas que afectan el mercado laboral para la mayoría de los adultos, tales como la cobertura mínima de descanso postnatal remunerado, los seguros de cesantía, la cobertura mínima de cuidado infantil profesional y otros. Todos ellos se cruzan con el trabajo remunerado, los períodos de desempleo, la pobreza, la discapacidad o licencias de salud.

La constelación de programas y apoyos ofrecidos por los gobiernos varía mucho según el tipo de sistema de bienestar generado por el Estado y el ethos asociado sobre las responsabilidades del país con sus ciudadanos. Muchos programas y políticas públicas para generar bienestar, actúan para mantener o aumentar las posibilidades de alcanzar metas propias del individuo, la familia, las comunidad y los

países. Estos pueden influir en diversos niveles, apoyando por ejemplo el restaurar en los individuos o grupos un estado anterior (ej. Seguro de cesantía) o proporcionando un pequeño apoyo en los recursos económicos mientras pasan tiempos difíciles. Las políticas que proporcionan transferencias monetarias o asistencia a las personas sin empleo, un seguro de salud, la alimentación en la escuela, o la vivienda son buenos ejemplos de elementos del contexto que afectan la vida de los niños, niñas y adolescentes.

También es necesario considerar, que las políticas públicas, tienen suposiciones (más o menos basadas en la evidencia) acerca de lo que las personas y los grupos necesitan, quienes requieren más ayuda, así como qué tipo de recursos proveer y por cuánto tiempo deben mantenerse estos apoyos. Dado que un enfoque de curso de vida no se limita a una determinada etapa en específico, y a que este considera una relación dinámica a través de la vida entre el individuo su experiencia y el entorno histórico. La ruta de acompañamiento al desarrollo NNA, requiere ir más allá de las acciones específicas dirigidas exclusivamente a la infancia y conectar las políticas públicas para todas la edades.

8. APORTES DEL ENFOQUE DE DERECHOS A LA RUTA DEL DESARROLLO BIOPSIOSOCIAL

Durante la caracterización de los derechos, se hizo referencia a su interdependencia. Ello implica que la vigencia de uno es precondition para la realización de los otros; la violación de alguno termina por afectar a otros.

Pero además, podríamos inferir que el concepto de interdependencia involucra:

- Los derechos entre sí
- Los marcos normativos y acuerdos en materia de derechos entre sí
- Los enfoques (derechos, curso de vida, desarrollo biopsicosocial, desarrollo humano, desarrollo inclusivo, ecológico e intercultural) entre sí

8.1 Relaciones entre los enfoques de curso de vida, ecológico y el enfoque de derechos.

a) El curso de vida y los derechos de los niños, niñas y adolescentes

Una característica diferencial del enfoque de derechos con relación a otros enfoques radica en que los derechos tienen el mismo valor a lo largo del curso de vida. No hay derechos más importantes que otros o, dentro de los grupos poblacionales, sectores de la población con más derechos que otros.

Es importante destacar este aspecto ya que la valoración social de ciertos colectivos que integran la población es disímil. A modo de ejemplo, es una realidad conocida que el sentido del éxito en el mundo capitalista está asociado con atributos tales como la juventud, la mediatización de la imagen y el acceso a bienes materiales. En este contexto, ciertas poblaciones como los NNA, los adultos mayores y las personas con discapacidad se encuentran invisibilizadas o sub-valoradas.

El sentido del “éxito” ha sido motivo de investigación y debate crítico al momento de definir qué es una sociedad exitosa⁸². Según los autores, las sociedades se definen como patrones de relaciones sociales estructuradas por prácticas institucionales y repertorios culturales. De allí que algunos de los desenlaces

asociados con una sociedad exitosa deban considerar relaciones no violentas entre los diferentes grupos, acceso universal a la educación, participación cívica, tolerancia cultural e inclusión social.

Para el caso de los NNA esto responde además a su falta de capacidad de abogacía. Son los adultos (familias, organizaciones preocupadas por los NNA) quienes asumen la defensa de sus derechos.

Dentro del enfoque de curso de vida fueron destacados el significado de las trayectorias vitales y la importancia de las experiencias tempranas sobre el desarrollo, salud y calidad de vida futuras.

Si bien los derechos son universales y contemplan a todas las personas independientemente de las diferencias existentes entre las personas (por su condición socioeconómica, género, orientación sexual, religión, etnia, edad, cultura, y otras), es un hecho reconocido que existen derechos propios de ciertos grupos poblacionales atendiendo ciertas características, especificidades y capacidad de movilización de dichos grupos.

Cuando se analizan los grupos poblacionales a lo largo del curso de vida, se observa que ciertos grupos son de interés dentro de los mandatos de las agencia de cooperación del Sistema de Naciones Unidas (NU). Del mismo modo, y en el campo de los derechos, cada grupo cuenta con un plexo normativo en materia de declaraciones, convenciones, acuerdos, conferencias que los respaldan (ver figura).

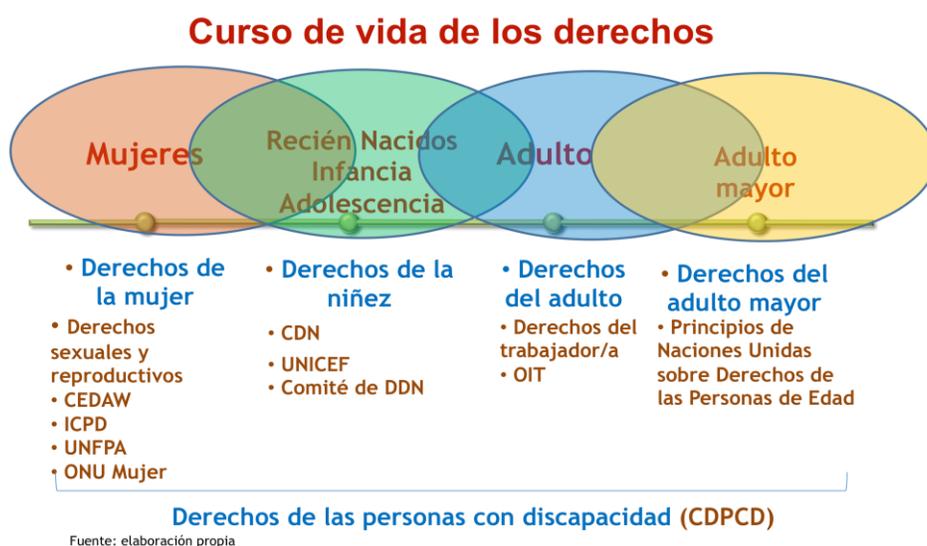


Figura 5: Curso de vida de los derechos. Fuente: R. Mercer.

A modo de ejemplo:

- **Los derechos de la mujer:** Generalmente identificados con los derechos sexuales y reproductivos, las inequidades de género y sus diferentes formas de expresión. Las agencias del Sistema de NU involucradas en la temática son UNFPA⁸³ y ONU Mujeres. La CEDAW⁸⁴ y las Conferencias Internacionales de Población y Desarrollo⁸⁵, conforman las referencias más significativas.
- **Derechos de la niñez y adolescencia:** La Convención de los Derechos del Niño es el tratado más ratificado de derechos humanos y, en su articulado, brinda el campo normativo para la protección de los derechos desde el momento del nacimiento hasta los 18 años de edad. UNICEF es la agencia que ha liderado la temática de derechos de la niñez y la promulgación de la CDN, junto al Comité de Derechos del Niño⁸⁶ de la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas por los Derechos Humanos, responsable del seguimiento de la CDN y vigilancia del ejercicio de los derechos del niño.

- **Derechos del adulto:** Generalmente vinculados a la esfera laboral, los derechos del trabajador, la asociación sindical. La Organización Internacional del Trabajo⁸⁷ coopera con las dependencias de gobiernos de los países en materia de protección social y trabajo decente.
- **Derechos del adulto mayor:** Asociados a los mecanismos de protección social para esta etapa de la vida. Las Naciones Unidas han promulgado una serie de principios relativos a los derechos y la vejez. Generalmente las agencias de cooperación responden a sus mandatos institucionales. Ello implica que, de acuerdo al campo de su trabajo, focalizan sus acciones en ciertos grupos poblacionales o problemáticas particulares. A modo de ejemplo, UNFPA (Fondo de Naciones Unidas de Población), desarrolla su plataforma sobre la base de la salud y el desarrollo de la mujer, con un enfoque de género. Recién en el curso de este año (2015) oficina Regional con sede en Panamá, comenzó a debatir temas vinculados con la niñez a partir del desarrollo de una propuesta en torno a la temática “La Niña de 10 años”⁸⁸. Lo mismo acontece con ONU Mujeres. UNICEF, en cambio focaliza sus acciones en la infancia pese a que algunas acciones involucran a las familias, principalmente las madres. OPS/OMS aborda temas sanitarios con centro en acciones sectoriales, del mismo modo que UNESCO lo hace con las acciones educativas. Estas lógicas de gestión de las agencias son emuladas de alguna manera por los organismos del Estado sin la existencia de puentes que promuevan un abordaje integral. No es casual, que una de las líneas más promovidas en los países se centran en el trabajo inter agencial a través de la conformación de grupos ad hoc en base a las necesidades estratégicas de cada país.

Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud, en su devenir histórico, ha realizado una serie de cambios en el modo de aproximar el trabajo intersectorial. Si bien la intersectorialidad fue contemplada como un eje sustantivo de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (Alma Ata, 1978) y de la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Ottawa, 1986), hoy la intersectorialidad es revalorada críticamente con énfasis en la equidad. De allí que el enfoque de Salud en Todas las Políticas⁸⁹ (Health in All Policies) aporta una nueva lectura, esperanzadora, sobre el modo por el cual las políticas pueden contribuir a la reducción de las inequidades hoy existentes.

De allí la necesidad de incorporar una perspectiva longitudinal que atienda a reconocer la interdependencia de los derechos a lo largo del curso de vida. Así como la evidencia empírica contempla el fortalecimiento de los factores protectores y la reducción de los riesgos en etapas tempranas de la vida para promover la salud, el desarrollo y bienestar en etapas ulteriores, del mismo modo la promoción de los derechos en una etapa de la vida tendrá efectos beneficiosos sobre las siguientes etapas de la vida.

Las personas con discapacidad cuentan con la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad⁹⁰. La necesidad de darle identidad a este colectivo, resulta una vez más como consecuencia del grado de invisibilización a la que está sometido y la falta de políticas explícitas e inclusivas que consideren a este grupo poblacional. Además, las prácticas discriminatorias inciden negativamente sobre el desarrollo y la salud, independientemente de los motivos o causales de discriminación. En Chile, particularmente, existen vacíos legales para la erradicación de discriminación contra NNA migrantes, indígenas, con capacidades diversas y población LGTBI. En base a esta obligación general, es altamente recomendable que las leyes de protección integral o de garantías de los derechos de la infancia identifiquen expresamente una serie de *garantías reforzadas* para el derecho a la igualdad y la no discriminación de NNA, en especial: a) titularidad de derecho a la igualdad y no discriminación, con mención expresa a la prohibición de discriminación; b) reconocimiento amplio de las categorías o causas de discriminación y; c) ampliar la protección de la cláusula de igualdad y no discriminación a la familia extendida del NNA.⁹¹

El enfoque de curso de vida implica además, contemplar dimensiones temporales extendidas como lo son los procesos de transmisión intergeneracional de ciertos atributos en las poblaciones y las familias, perpetuando en algunos casos las condiciones de vulneración de derechos. De allí que existe “transmisión intergeneracional de la pobreza, de la intolerancia, de la estigmatización y de situaciones de inseguridad y violencia”⁹². En este mismo sentido, la autora refiere que incorporar un nuevo paradigma puede demorar períodos de hasta 30 años. Tal es el caso de Suecia en cuanto a instalar una cultura de no violencia en la sociedad. Ello fue acompañado por una fuerte voluntad política, un marco jurídico comprehensivo y un conocimiento de parte del colectivo social sobre el significado de erradicar y denunciar la violencia contra los niños y niñas. Hoy, 47 países del mundo cuentan con leyes contra la violencia en la niñez. 7 países de la OCDE aún no cuentan con legislación para erradicar la violencia contra la niñez. Las temporalidades se expresan en todos los órdenes de la vida de NNA y particularmente en las medidas adoptadas en los casos de protección especial de derechos de NNA⁹³. La temporalidad de toda medida de protección dictada a favor de un NNA importa tres dimensiones fundamentales: a) al constituir una medida excepcional de intervención en la vida familiar, el legislador debe fijar plazos breves y determinados de toda medida de protección; b) la medida de protección de derechos del NNA debe suspenderse en cuanto la situación de vulneración o de amenaza haya cesado y; c) en caso de ser indispensable para el cumplimiento de sus fines, la medida de protección puede ser prorrogada, si y solo si, se ha justificado estrictamente su prolongación.

La interdependencia entre los padres y los derechos de los NNA puede considerarse desde la co-responsabilidad de las familias en cuestiones inherentes al cuidado, la adopción, la discapacidad, la migración, la separación del ámbito familiar, entre otras⁹⁴.

Pero además, las vidas de las mujeres y los niños están estrechamente entrelazados, como lo son sus derechos⁹⁵. En el ámbito familiar, la afectación de la salud de alguno de los padres (fundamentalmente la madre) tiene implicancia sobre la salud de sus hijos e hijas. Del mismo modo, la afectación de la salud o la calidad de vida de los NNA tiene implicancias sobre la salud de los adultos responsables. Esta interrelación, de carácter mutua y expresión de los vínculos afectivos y otros aspectos relacionales, puede traducirse en el campo de los derechos.

Sabemos que tanto las mujeres como los niños, niñas y adolescentes son objeto de vulneración de sus derechos. La salud de la mujer y sus determinantes sociales (como la pobreza) están relacionados con las expectativas y calidad de vida de sus hijos. Se sabe que en América Latina una proporción significativa (50%) de embarazos son no planificados o no son buscados. Para el caso de las niñas menores de 15 años, en general son el resultado de situaciones de violencia de género o abuso sexual, una expresión de vulneración de derechos. Estas circunstancias generan cadenas de vulneraciones que se perpetúan de generación en generación.

La discriminación contra las mujeres es, pues, perjudicial no sólo para las propias mujeres, sino también a la siguiente generación. La protección de los derechos de la mujer es importante en sí misma pero también tiende a obtener beneficios para sus niños. Por el contrario, la protección de los derechos de los niños -especialmente las niñas- es el primer paso en la promoción de la igualdad de género para las mujeres. La generación de estereotipos y la discriminación de género comienza en la infancia. Los esfuerzos para apoyar la igualdad de género debe empezar por ahí y hacer frente a los roles de las niñas y niños, hombres y mujeres, en el hogar. Si los derechos de las mujeres y los hijos se consideran en conjunto, pueden reforzarse mutuamente y hacer mutuamente demandas de apoyo en la sociedad.

No existen muchas referencias en la literatura consultada sobre la interrelación entre el enfoque de derechos y curso de vida. Una de ellas considera el curso de vida desde la realización de los derechos humanos a través del empoderamiento de la mujer y la equidad de género en India⁹⁶, mientras que la segunda hace referencia al curso de vida de la inequidad, considerando a esta última como expresión de injusticia social y vulneración de derechos⁹⁷. En ambos casos, se trató de ejercicios teóricos que abordan integralmente la perspectiva de derechos desde un marco temporal extendido (curso de vida). En este estudio, la Ruta de Acompañamiento a la Trayectoria del Desarrollo Biopsicosocial va más allá, ya que se trata de un esfuerzo orientado a traducir los marcos teóricos en políticas y un plan de acción.

b) El enfoque ecológico y los derechos de los niños, niñas y adolescentes

La Convención de los Derechos del Niño es clara al hablar de los niveles de co-responsabilidad de las familias y cuidadores (Art 5, 9, 10, 16, 18, 21, 27)), de las instituciones del Estado (educación, salud) (Art 6, 7, 8, 17,24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31) y de los ámbitos políticos y de los gobiernos (Preámbulo, Art 1, 2, 3, 4, 42,43, 44, 45) en la promoción y defensa de los derechos de la niñez. Aunque no esté explícitamente referido, el enfoque ecológico subyace en cada uno de los artículos referidos. De lo que se deduce que la interdependencia de los derechos, también se traduce en la interdependencia entre los diferentes niveles del modelo ecológico.

En la siguiente figura observamos cómo el modelo ecológico se relaciona con los derechos. En este caso a partir del reconocimiento de los derechos culturales, civiles, sociales, políticos y económicos, además de los cuatro principios básicos de la Convención de los Derechos del Niño, como bases fundacionales de una sociedad centrada en la niñez y adolescencia. La construcción de ciudadanía requiere el respeto de los derechos del niño como forma deseable de fortalecimiento democrático.

Una segunda aproximación a la relación entre los derechos de la niñez y adolescencia y el modelo ecológico se presenta en la siguiente figura. La idea es la de presentar aquellos aspectos relevantes e inherentes a la promoción de los derechos desde la perspectiva y roles de cada uno de los actores sociales.

El modelo ecológico y los derechos de la niñez y adolescencia



Figura 6: El modelo ecológico y los derechos de la niñez y adolescencia. Fuente: Adaptado de Gerison Lansdown

La dimensión ecológica de los derechos de NNA puede ser esquematizada a través de los roles y co-responsabilidades de cada una de las esferas que caracterizan al modelo (ver figura). En el centro, los NNA como sujetos de derechos y ejes de las intervenciones desde los diferentes niveles de la sociedad. Reconocimiento de seres en desarrollo, con capacidades evolutivas y desarrollo de la autonomía progresiva.

Los 4 principios fundacionales de la Convención sobre los Derechos del Niño (No discriminación, Derecho a la vida y desarrollo, Participación, Interés Superior del Niño) como espacio vinculante de todos los demás derechos.

Las familias, como espacio natural del desarrollo, reconociendo las prácticas parentales de crianza y las características del entorno físico del hogar como determinantes de la salud y desarrollo. La co-responsabilidad de las familias y adultos cuidadores en velar por el respeto de los derechos de en el ámbito del hogar. Se destacan los aspectos de exigibilidad y control social en materia de derechos.

Las instituciones (de salud, educativas, desarrollo social, organizaciones de la sociedad civil, otras) asegurando las prestaciones de servicios dentro de un marco de respeto a los derechos erradicando prácticas discriminatorias y promoviendo modelos de abordaje inclusivos.

Finalmente, los Estados, como co-responsables en el cumplimiento de los marcos normativos internacionales y garantes de los derechos de los NNA de todo el territorio chileno a través del desarrollo de los marcos legales necesarios.

Ecología de los derechos de la niñez y adolescencia

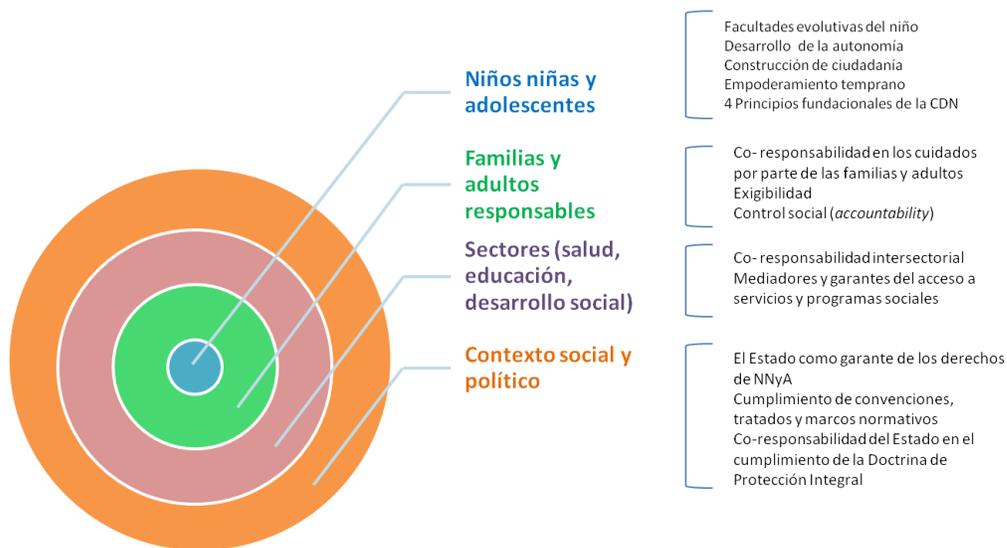


Figura 7: Ecología de los derechos de la niñez y adolescencia

Fuente: Elaboración propia

8.2 Los derechos aplicados a las variables dependientes de la ruta del desarrollo biopsicosocial

La contribución del enfoque de derechos a la ruta del desarrollo biopsicosocial requiere de mecanismos que garanticen su cumplimiento a lo largo del curso de vida. Ya hemos mencionado la importancia de contar con marcos jurídicos y legislativos que pueden llenar los vacíos aún existentes dentro de una Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia. También se analizaron los niveles de co-responsabilidad de los diferentes actores sociales, desde el ámbito político, institucional, comunitario y familiar.

Un requisito impostergable necesario para evaluar el camino que está recorriendo el país en materia de garantía de derechos de la niñez y adolescencia es el de contar con dispositivos de monitoreo y evaluación con enfoque de derechos.

La construcción de la ruta implica un esfuerzo que integra diferentes enfoques y modos de comprender la realidad. Para ello, cada uno de los enfoques está basado en aportes disciplinares desde el campo de la epidemiología, el desarrollo humano, la psicología evolutiva, la educación, la demografía, las neurociencias, la promoción de la salud y los derechos, entre otros.

Articular dichos enfoques en un marco confluyente implica construir puentes epistémicos entre las diversas formas del conocimiento. Recordar que la epistemología es el estudio de la producción y validación del conocimiento científico. En este caso, los puentes epistémicos tienen como fin ver cómo interactúan operativamente dichos conocimientos.

La forma por la cual se va conformando un “corpus” de conocimiento científico responde a los principios de objetividad, racionalidad, y sistematicidad. El método científico asume también diferentes modalidades en función de las escuelas y formas de aproximación.

La sistematización de los métodos científicos es una materia compleja y difícil. No existe una única clasificación, ni siquiera a la hora de considerar cuántos métodos distintos existen. A pesar de ello, existen tipologías con mayor o menor asidero dentro de la comunidad científica. Es importante destacar que ningún método es un camino infalible para el conocimiento, todos constituyen una propuesta racional para llegar a su obtención.

En este caso, la ruta ofrece un espacio de confluencia de saberes, racionalidades, métodos y paradigmas.

A modo de ejemplo, los criterios para la elaboración de las fichas implica el enfoque basado en el positivismo en la generación de evidencias que surgen de la búsqueda y revisión sistemática de información generada por estudios de calidad variable. Desde este enfoque, se asume que los estudios de mayor calidad científica son los generados por meta-análisis provenientes de ensayos clínicos aleatorizados.

En este sentido, los estudios experimentales realizados en grupos con tamaño muestral acotados, aunque gocen de excelencia metodológica y sus resultados sean confiables, adolecen de la posibilidad de extender sus efectos sobre grandes poblaciones (escalamiento o scaling-up). De allí la necesidad de que algunas de las intervenciones deban ser validadas una vez implementadas a escala poblacional.

El hecho de que coexistan en un modelo diferentes abordajes, como es nuestro caso, no implica que no existan conexiones (puentes) entre los mismos. Existen varias explicaciones o supuestos que podrían apoyar esta aseveración. Por un lado puede ser que la inexistencia de relaciones se deba a que hasta el momento, dichas relaciones no han sido investigadas, o que en el diseño de una investigación no se haya considerado otro enfoque explicativo. De allí la importancia de este proyecto de construcción de ruta que se integra no sólo desde la teoría sino desde la aplicación práctica de los diferentes enfoques.

En los aspectos introductorios del Capítulo 1, al describir los diferentes enfoques, se ha hecho referencia a que los derechos están basados en principios, valores y acuerdos de la comunidad internacional sobre el significado de la protección y garantía de los derechos humanos.

La métrica de los derechos implica un recorte de la realidad en donde quienes trabajan en la temática, deciden el modo de construir dispositivos que permitan objetivar los avances y retrocesos en la aplicación de los marcos legales, jurídicos y políticos vigentes. Estos instrumentos pueden ir desde narrativas como las que realizan los países en sus informes periódicos, o modalidades más cuantificables a partir del desarrollo de sistemas de indicadores.

Para complementar la información aportada por las fichas sobre intervenciones para la ruta de promoción del desarrollo en cada una sus dimensiones y subdimensiones con el enfoque de derechos, podrían plantearse varias alternativas

- Cotejar cada una de las intervenciones con un derecho en particular.
- Cotejar los grupos de intervenciones con grupos de derechos.
- Seleccionar un derecho en particular (como el caso de Colombia) sobre el cual se van organizando las intervenciones.

Independientemente de la alternativa seleccionada, todas, tienen en común que el criterio de integración de enfoques está basado en una perspectiva de expertos y no en una secuencia de rigurosidad metodológica como la generada al momento de producir evidencias sobre la base de la efectividad de una intervención. Por otra parte, esto es comprensible ya que ambos abordajes responden a paradigmas totalmente diferentes.

Con fines de simplificar el proceso de integración y facilitar una herramienta que permita visualizar en forma práctica la contribución del enfoque de derechos en la construcción de la ruta, se optó por la segunda de las opciones consistentes en la selección de grupos de derechos.

En este sentido, el Consejo Nacional de Infancia del Gobierno de Chile ha realizado una excelente revisión de modelos nacionales e internacionales orientados a monitorear y evaluar el cumplimiento de los compromisos asumidos por el país mediante el desarrollo de una matriz de indicadores.

Dentro de los motivos que dieran lugar a dicha matriz hay tres que son pertinentes para la actual propuesta:

- Actuar como guía para la organización del Sistema Nacional de Información de Niñez, Adolescencia y Familias, especialmente en lo que respecta a la definición de indicadores;
- Analizar la oferta de programas y el presupuesto asignado, con perspectiva de derecho;

- Aportar al diseño conceptual de la Política Nacional para la Niñez y Adolescencia y su Plan de Acción 2015-2025;

Según el mencionado informe⁹⁸, “una Matriz de Derechos e Indicadores de Infancia se constituye en un instrumento potencialmente gravitante para avanzar decididamente hacia un país con la capacidad de garantizar el cumplimiento de los estándares de desarrollo humano que la CDN exige para todos los niños, niñas y adolescentes”.

Estos enunciados deben ser aplicables al momento de seleccionar las variables dependientes de la ruta del desarrollo biopsicosocial para visualizar en qué medida las intervenciones orientadas a la promoción del desarrollo, la salud y el bienestar de NNA están en armonía con los principios de la Convención de los Derechos del Niño.

Del análisis comparado con ocho modelos existentes, se optó por una estructura de grupos para facilitar la visualización y comprensión de la información y, en este caso contribuir a la conformación de la ruta del desarrollo biopsicosocial.

El modelo final de la Matriz quedó conformado por cinco dimensiones: (a) Supervivencia y Salud; (b) Educación y Desarrollo; (c) Entorno Familiar; (d) Protección; y (e) Participación. Es de destacar que el informe aporta como elemento innovador y diferencial de los modelos analizados, la dimensión de participación como un eje sustantivo ajustado a derechos.

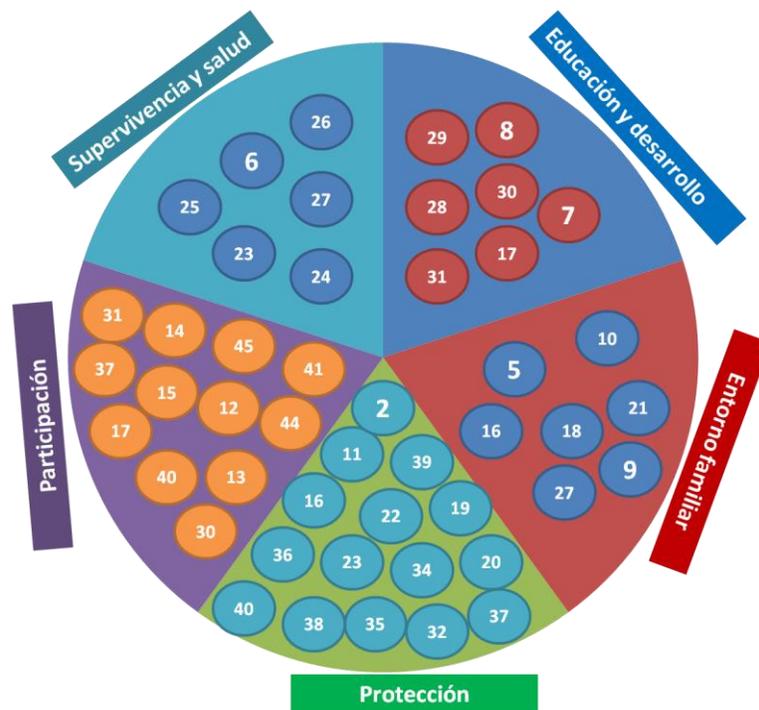


Figura 8: Grupos de Derechos propuestos por la Matriz de Indicadores y Derechos contemplados según la Convención de los Derechos del Niño

Fuente: Elaboración propia en base a la Matriz de Indicadores (Consejo de Infancia)

Grupo de derechos de "Supervivencia y Salud"

Corresponde a aquellos derechos vinculados al bienestar físico, mental y social. Se definen como derechos a los recursos, las condiciones y las contribuciones necesarias para que todos los niños y niñas puedan vivir, existir y desarrollarse plenamente.

Grupo de derechos "Educación y Desarrollo"

Son aquellos derechos a los recursos, las condiciones y las contribuciones que posibilitan una formación integral para todos los niños y niñas. mediante la coexistencia de las distintas dimensiones de aprendizaje, a saber: conocer, ser, hacer y vivir juntos.

Grupo de derechos vinculados con el "Entorno Familiar"

Son aquellos derechos a los recursos, las condiciones y las contribuciones que garantizan que todos los niños y niñas vivan y crezcan en un entorno familiar que provea afecto, orientación, protección y cuidado, en el marco de una parentalidad positiva, que psibilita una cultura de buenos tratos a la niñez.

Grupo de derechos de "Protección"

Son aquellos derechos los recursos, las condiciones y las contribuciones que aseguran que todos los niños y niñas vivan en un entorno libre de todo tipo de malos tratos, abandono, explotación y crueldad, e incluso que reciban una protección especial en tiempos de guerra, emergencias y desastres y en situaciones en conflicto con la ley. Recordemos que, a diferencia de la protección especial, la protección integral hace referencia a la garantía todos los derechos para evitar que los mismos sean vulnerados.

Grupo de derechos vinculados con la "Participación y comunicación"

Son aquellos derechos los recursos, las condiciones y las contribuciones que garantizan a todos los niños y niñas la libertad de expresión, opinión e incidencia sobre cuestiones que afecten su vida social, familiar, comunitaria, judicial y cívica, en el marco de una sociedad que, informa, comunica y promueve los derechos de la niñez a todos sus miembros.

A los fines prácticos, cada uno de los grupos de derechos que componen la matriz fueron identificados con un ícono respectivo (ver cuadro correspondiente en el apartado metodológico de construcción de la ruta). De esta manera, contar con grupos o conglomerados de derechos es una manera de simplificar la lectura, reforzar el concepto de interdependencia e indivisibilidad y utilizar un marco conceptual e integrador en sintonía con el desarrollo del actual modelo.

Haber utilizado una alternativa basada en el trabajo con cada derecho en particular complejizaría la propuesta, dificultando el foco de las intervenciones.

Finalmente, el sistema de evaluación y monitoreo de la actual propuesta deberá integrar con un sistema de indicadores que contemplen no solo la efectividad de la intervención sino, además, la necesidad de responder a los principios básicos establecidos por la Convención por los Derechos del Niño.

9. NIVELES ECOLÓGICOS DE LAS INTERVENCIONES

Las revisiones sistemáticas reúnen estudios cuyas intervenciones se desenvuelven en diferentes contextos, por lo tanto muchas veces se encontraron sumas de diferentes contextos, lo que se refleja en la tabla siguiente.

Tabla 55: Intervenciones según contexto ecológico

Contexto	Frecuencia de intervenciones
Centros de Salud	52
Comunal	54
Hogar	54
Escuela	101
Otros	9
No especificado/No reportado	48
Total	318

El contexto más frecuentemente usado en la descripción de pares de intervenciones fue la Escuela, lo que da cuenta del contexto de desarrollo más importante y prolongado de la vida de los niños, niñas y adolescentes, después del hogar. Casi al mismo nivel de frecuencia se encuentran las intervenciones ejecutadas en centros de salud/hospital, hogar y espacios comunales. También se encontró un número importante de intervenciones que no especificaban contexto.

Al integrar los diferentes niveles del Modelo Bioecológico descritos en el Capítulo 1 a la Ruta, se puede apreciar que el Ontosistema, está representado por las propias variables de desarrollo descritas en los diferentes dominios de la ruta. Estas se refieren a las características propias de NNA, su nivel de desarrollo y herencia genética.

Los niveles ecológicos correspondientes a los contextos descritos en las intervenciones de la ruta, perteneciente mayoritariamente al Microsistema (contacto directo de NNA con escuela, centro de salud y hogar). En general, el foco principal de las intervenciones en este nivel se relaciona con mejoramiento de la calidad de las relaciones entre NNA y sus padres, madres y cuidadores; entre NNA y sus profesores, y entre NNA y el nivel de conocimientos sobre algún tema, así como el cambio de conducta y estilo de vida.

El Mesosistema, aquel nivel que permite la ampliación de espacios de desarrollo a NNA a través de la conexión y comunicación recíproca de dos contextos de desarrollo, es el nivel menos usado, y probablemente el más costoefectivo. Pocos estudios hacían alusión a alianzas estratégicas entre dos instituciones con beneficios mutuos, por ejemplo; intervenciones con el uso de patio de escuela para actividad física dirigida por profesionales de la comuna, o bien, uso de espacios comunales por profesionales de la salud. No se encontró ninguna intervención que usara sistemas de comunicación o de registro entre dos nichos directo de desarrollo de NNA.

En el Exosistema, se encontraron escasas intervenciones, algunas de ellas fueron, directrices o normativas que mejoraban infraestructura de escuelas, fomentaban el transporte activo de NNA desde la casa al colegio. Ninguna de ellas tenía el alcance de una política pública, sino iniciativas locales. Otro

tipo de intervenciones en este nivel uso de tecnología de la información para la ejecución de algunas intervenciones.

A nivel de Macrosistema, también hubo escasa intervenciones, las más pertinentes a este nivel son normativas respecto a mejorar estilo de vida saludable, o bien a fomentar inclusión y relaciones de buen trato.

En este análisis falta mucha información referente a las características de las intervenciones, dado que no es sólo el lugar donde se ejecuta la intervención lo esencial para determinar en que nivel ecológico se desenvuelve, sino que el cómo se produce la intervención, quienes la realizan, y a través de qué medios se busca fomentar el desarrollo. Por ejemplo, una intervención dirigida a mejorar el manejo en aula del profesor de las conductas problemáticas de los alumnos, es una intervención a nivel del microsistema ya que se influye en la relación entre el profesor y el niño y se ejecuta en un espacio de contacto diario y directo del niño. En cambio, una política para que prohíba la venta de bebidas en el colegio es una intervención del Exosistema, ya que no incluye al niño como agente activo, pero esta medida influirá en él.

Al analizar la distribución de las intervenciones de la Ruta según tipo de población a la que van dirigidas, podemos observar que casi un 42% está dirigida a población de riesgo y un 36% a población general exclusivamente, y un 21% de las intervenciones estaban dirigidas a ambos grupos. Sólo en un 1% no se obtuvo esta información. Esta proporción refleja que el foco de las intervenciones son mayoritariamente grupos de riesgo, considerando que en la selección de los artículos se excluyeron las intervenciones de tratamiento, esta diferencia pudo ser mayor.

Tabla 56: Distribución de las intervenciones de la Ruta según tipo de población

Población	n	%
Grupos de riesgo	44	41,9%
Población general	38	36,2%
Ambas	22	21,0%
No especificada	1	1,0%
Total	105	100,0%

Los grupos de riesgo más frecuentes ya se describieron en la fase II de este estudio, lo que sirvió para clasificar esta información directamente en la base de datos. Los grupos de participantes con algún tipo de riesgo, a quienes las intervenciones estaban dirigidos más frecuentemente estuvo constituido por NNA con problemas conductuales (y conducta externalizante), pretérmino, riesgo de trastorno de lenguaje, obesidad y bajo nivel socioeconómico.

Tabla 57: Distribución de las intervenciones de la Ruta según grupos de riesgo

Grupo de riesgo	n	%
Niños pretérmino	8	12,1%

Niños con bajo peso de nacimiento / bajo nivel socioeconómico	2	3,0%
Niños con riesgo de trastorno de lenguaje	8	12,1%
Niños con problemas conductuales	8	12,1%
Niños con riesgo de problemas de conducta externalizante	2	3,0%
Riesgo psicosocial en general / niños con problemas conductuales	2	3,0%
Niños de familias con bajo nivel socioeconómico/pobreza	5	7,6%
Niños en contacto con otros niños de minorías étnicas	1	1,5%
Niños con riesgo de obesidad	5	7,6%
Niños y jóvenes con riesgo de sedentarismo	1	1,5%
Trastorno déficit atencional	4	6,1%
Adolescentes con riesgo de consumo de tabaco	1	1,5%
Adolescentes sexualmente activos de bajo NSE	2	3,0%
Hijos de padres que ejercen violencia de pareja durante el embarazo	2	3,0%
Niños con problemas de ausentismo escolar	1	1,5%
Embarazadas de riesgo psicosocial	1	1,5%
Mujeres con depresión o riesgo de depresión	2	3,0%
Mujeres con sobrepeso u obesas (pregestacional y embarazadas)	1	1,5%
Embarazadas expuestas a consumo pasivo de tabaco	1	1,5%
Mujeres con riesgo nutricional por déficit o exceso	2	3,0%
Madres con abuso de sustancias	1	1,5%
Padres adolescentes	1	1,5%
Padres con síntomas de ansiedad, depresión o estrés.	1	1,5%
Otros	4	6,1%
Total	66	100,0%

El tipo de agente ejecutor de la intervención con mayor frecuencia mencionada en cada RS fue algún profesional de salud, profesor y padres. Los agentes comunitarios ejecutan sólo una minoría de las intervenciones (3%). Existe un 15% de combinación de los anteriores, pero eso se debe en parte a que cada revisión junta diversos estudios que posiblemente los realicen diferentes actores. Un cuarto de las RS no especifica el agente ejecutor.

Tabla 58: Distribución de las intervenciones según el tipo de agente que la ejecuta

Ejecutor	n	%
Agente comunitario	3	3%
Padres	12	11%
Profesional de salud	23	22%
Profesor	18	17%
Equipo multidisciplinario	7	7%
Varios (combinaciones de los anteriores)	16	15%
No reportado	26	25%
Total	105	100%

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio dieron cuenta de su objetivo principal, que fue la construcción de una ruta de intervenciones efectivas, que tuvieran el potencial de impactar sobre desenlaces relevantes del desarrollo, y que a la vez fueran aplicables en Chile. Sobre esta ruta se comenta más adelante. Pero incluyeron también otros productos que tienen valor en sí mismos, a saber:

*Descripción
general de los
resultados*

- Una categorización y priorización de los dominios y las variables de resultado del desarrollo infantil y adolescente.
- Una revisión sistemática sobre la efectividad de las intervenciones de promoción y prevención primaria en este ámbito.
- Un desarrollo de los enfoques transversales que integran la ruta, que le dan cohesión, un marco conceptual, y que facilitan el análisis de la ruta y sus vías de implementación.
- Una base de datos de pares de intervenciones y desenlaces, con información sobre la calidad y cantidad de evidencia existente, las características de las intervenciones estudiadas, su efectividad y su aplicabilidad, entre otros aspectos, lo que permitirá a quién lo desee:
 - o Modelar nuevos escenarios de ruta, con criterios distintos a los utilizados por estos autores.
 - o Diseñar soluciones web para facilitar la visualización de toda la información obtenida, con vistas o filtros por rango etario, dominio, nivel ecológico u otros.
- Una aproximación a las principales brechas de investigación en materia de intervenciones para el desarrollo, respecto de las cuales la evidencia científica es escasa, poco concluyente, o no ha sido objeto de una revisión sistemática que la recopile y sintetice adecuadamente.

El proceso seguido constituye además un modelo de metodología que puede ser replicado, para identificar conjuntos de intervenciones efectivas y la formulación de políticas sociales, en otras áreas.

Entre las intervenciones de la ruta, muchas pretenden afectar varios aspectos del desarrollo simultáneamente. Esto produce una redundancia en los datos cuando se miran desde la perspectiva de los desenlaces, y una misma intervención puede aparecer en más de un dominio o en varios subdominios. Como sea, para las decisiones de implementación este es un factor más a considerar, porque una intervención puede producir una suma de efectos que conviene mirar integralmente. Lo que lleva a reiterar que los dominios y categorías de cualquier tipo usadas en el estudio son en cierto modo instrumentales, porque todas las variables del desarrollo están relacionadas entre sí.

Hecha esta salvedad, revisaremos someramente los resultados en cada dominio:

En el dominio Físico, las estrategias de intervención multi-componente desde la edad preescolar hasta la adolescencia, muestran resultados favorables para actividad física y estado nutricional. Cuando incluyen participación de los padres o familia, los resultados son mejores. Las intervenciones multi-componente para la salud sexual y reproductiva, también muestran resultados favorables en particular en embarazo adolescente. En lactantes y embarazadas, las intervenciones específicas con micronutrientes, muestran resultados positivos en motricidad fina y gruesa. Del mismo modo las intervenciones educativas específicas en diversos contextos (visitas en domicilio, apoyo telefónico, centros de salud) mejoran la lactancia materna.

Resultados en el dominio Físico

En el dominio cognitivo se identificaron 32 pares de intervenciones y resultado, de las cuales 14 de ellas se consideraron potenciales candidatas a la ruta. Se identificaron intervenciones efectivas en los subdominios Pensamiento e Inteligencia, Función Ejecutiva y Logro Académico. En general las intervenciones para mejorar el desarrollo cognitivo cubren todo el periodo comprendido entre la gestación y los 18 años de edad, e incluyen grupos de riesgo como los niños/as nacidos antes de las 36 semanas de EG y niños/as con el diagnóstico de déficit atencional. El tamaño del efecto promedio es moderado (0.47), con rangos de 0.32 a 0.79. Las intervenciones son más frecuentes antes de los 5 años e incluyen una activa participación de las madres. En cuanto a las intervenciones durante el periodo escolar, estas incluyen la familia y paquetes de múltiples componentes que favorecen la integración en la escuela. Casi todas las intervenciones se dan en la comunidad, el hogar de las familias, el centro de salud y la escuela. Todas las intervenciones identificadas son de tipo preventivas o de tratamiento temprano. La duración de la exposición va de 1 a 54 semanas. Dada la diversa naturaleza de las intervenciones no se pueden derivar recomendaciones generales sobre intensidad de la exposición, sin embargo parece ser claro que en la mayoría de los casos las madres y la familia tienen un rol activo en la efectividad de las intervenciones.

Resultados en el dominio Cognitivo

Se identificaron 4 RS con 256 estudios en total para 11 pares de intervenciones con potencial efecto positivo sobre el desarrollo del lenguaje. La mayoría de los estudios incluidos en las revisiones fueron de alta calidad metodológica y mostraron efectos de magnitud moderada. Las intervenciones incorporaban principalmente a los padres, madres y adultos como los ejecutores, y sólo en una de ellas se usó tecnología. Las edades de las intervenciones abarcaron desde los 18 meses hasta los 14 años, pero la generalmente se enfocaron en niños preescolares y de educación básica, sin llegar a cubrir la edad adolescente ni el período del primer año de vida, que representa un momento sensible para el aprendizaje del lenguaje desde las neurociencias.

Resultados en el dominio Lenguaje

Se identificaron 47 intervenciones que poseen potencial efecto positivo en el desarrollo social. Entre ellas se seleccionaron 18 (38%). Las magnitudes de efecto encontradas fueron por lo general altas o moderadas (3 altas, 9 moderadas, 1 baja, y 5 efectos sugerentes no concluyentes).

Resultados en el dominio Emocional

Se identificaron 47 intervenciones que poseen potencial efecto positivo en el desarrollo social. Entre ellos se seleccionaron 27 (57%). Las magnitudes de efecto encontradas fueron por lo general altas o moderadas (9 altas, 12 moderadas, 1 baja,

Resultados en el dominio Social

y 4 efectos sugerentes no concluyentes).

En el ámbito de los padres, madres y cuidadores, se agruparon dos tipos de intervenciones: unas relacionadas con el mejoramiento de las competencias parentales para la crianza, y otras con la salud parental psicosocial. En el primer grupo se identificaron 6 conjuntos de intervenciones, basadas en el análisis de 5 revisiones sistemáticas, que incluyeron un total de 80 estudios. La mayoría de estas revisiones tenía estudios de alta calidad metodológica y estuvieron orientadas a intervenciones para mejorar las habilidades parentales mediante programas específicos o utilizando terapia cognitivo-conductual. Por lo general se realizaron entre los 3–12 años, en múltiples ambientes pero de preferencia en los centros de salud. Otro grupo de intervenciones fueron más precoces, enfocadas en padres de niños pretérmino, tanto en los centros de salud como en el hospital, que intentan mejorar el apoyo y la educación parental.

Resultados en el ámbito padres, madres y cuidadores

Para la salud psicosocial de los padres, madres y cuidadores, se identificaron 5 grupos de intervenciones, basadas en el análisis de 5 revisiones sistemáticas que incluyeron un total de 58 estudios. La mayoría de estas revisiones tenía estudios de moderada y alta calidad metodológica. Las intervenciones tuvieron por objetivo detectar los síntomas emocionales de los padres (depresión postparto, depresión, ansiedad y otros), y en general se aplicaron a los padres cuando los niños tenían entre 3–12 años, excepto aquellas que estaban enfocadas en la depresión postparto, que se realizaron durante la etapa de recién nacido. Todas las intervenciones se realizaron en centros de salud o comunales.

El nivel ecológico más frecuentemente utilizado en la ejecución de las intervenciones es el Microsistema. La escuela se destaca como el espacio de mayor frecuencia, y lo siguen las intervenciones que se realizan en centros de salud/hospital, hogar y espacios comunales. En general, el foco principal de las intervenciones en este nivel se relaciona con mejoramiento de la calidad de las relaciones entre NNA y sus padres, madres y cuidadores; entre NNA y sus profesores, y entre NNA y el nivel de conocimientos sobre algún tema, así como el cambio de conducta y estilo de vida. El Mesosistema, aquel nivel que permite la ampliación de espacios de desarrollo a NNA a través de la conexión y comunicación recíproca de dos contextos de desarrollo, es el nivel menos usado, y probablemente el más costoefectivo, al realizar alianzas estratégicas o comunicaciones efectivas entre dos instituciones con amplios beneficios. En el Exosistema, se encontraron escasas intervenciones, ninguna de ellas tenía el alcance de una política pública, sino iniciativas locales. También hubo escasas intervenciones a nivel de Macrosistema, las más pertinentes a este nivel son normativas para mejorar estilo de vida saludable, o bien a fomentar inclusión y relaciones de buen trato. En este análisis falta mucha información referente a las características de las intervenciones, dado que no es sólo el lugar donde se ejecuta la intervención lo esencial para determinar en qué nivel ecológico se desenvuelve, sino que el cómo se produce la intervención, quienes la realizan, y a través de qué medios se busca fomentar el desarrollo.

Por niveles ecológicos

Al analizar la distribución de las intervenciones de la Ruta según tipo de población a la que van dirigidas, podemos observar que casi un 42% está dirigida a población de

riesgo y un 36% a población general exclusivamente y un 21% de las intervenciones estaban dirigidas a ambos grupos. Los grupos de participantes con algún tipo de riesgo, a quienes las intervenciones estaban dirigidos más frecuentemente estuvo constituido por NNA con problemas conductuales (y conducta externalizante), pretérmino, riesgo de trastorno de lenguaje, obesidad y bajo nivel socioeconómico. El tipo de agente ejecutor de la intervención con mayor frecuencia mencionada en cada RS fue algún profesional de salud, profesor y padres, siendo los agentes comunitarios ejecutan sólo una minoría de las intervenciones.

El significado de la ruta desde la perspectiva de los derechos tiene varias lecturas. Por un lado, destaca el rol del Estado en términos de posicionar la temática de desarrollo infanto-juvenil como un tema de garantías. Esto implica una decisión política tendiente a asegurar igualdad de condiciones y oportunidades para todos los niños y niñas chilenos a lo largo del curso de la vida. Por el otro, reposiciona al Estado como instancia de acompañamiento de la niñez en todos los ámbitos significativos a través de los cuales los NNA crecen y se desarrollan (los hogares, las escuelas, las instituciones de salud). La propuesta provee insumos necesarios desde los diferentes enfoques que, generalmente, se encuentran dispersos o apelan a abordajes fragmentados. Los derechos, en este caso, actúan como un puente vinculante entre todas las intervenciones propuestas aportadas desde el campo de la investigación y que debieron ser traducidas en clave de derechos. Entendemos que este insumo implica un esfuerzo muy importante que enriquecerá los espacios de debate orientados a promover los derechos de la niñez y adolescencia y contribuir a la generación de una cultura de derechos, sin exclusiones ni discriminaciones de ninguna índole. El presente esfuerzo realizado por el Consejo Nacional de Infancia tendrá sentido toda vez que la tarea realizada se transforme en productos y acciones tangibles que le lleguen a toda la población de NNA de Chile. Ese es el gran desafío.

Perspectiva de derechos

Una de las fortalezas más relevantes de este estudio fue la planificación metódica de las 4 fases que en forma sistemática lograron reunir la información necesaria para diseñar la Ruta.

Fortalezas del estudio

En la Fase I se logró identificar, de manera amplia, el espectro de áreas o dominios del desarrollo propuestas por distintos autores, mediante una revisión de los principales libros actuales y clásicos de Desarrollo Infantil y Adolescente, además de los programas nacionales de diversos países y regiones del mundo. En forma agregada se consideraron datos sobre la influencia de cada dominio en el eje temporal del curso de vida –tanto transversal como longitudinal-. El uso de una mirada evolutiva del desarrollo desde los diversos niveles descritos es una característica relevante del estudio que es difícil de encontrar a nivel de una meta-revisión por los desafíos teóricos y metodológicos que plantea.

La Fase II permitió identificar las variables de resultado finales e intermedias utilizadas en los estudios de evaluación de efectividad o impacto de intervenciones para el desarrollo infantil hasta los 17 años 11 meses de edad, con una metodología precisa. Se utilizó una estrategia explícita de búsqueda de la literatura, criterios de selección pre-definidos e instrumentos de selección, extracción y síntesis de datos, estandarizados y homogéneos, así como análisis que incluyeron evaluación de la

validez y aplicabilidad de los resultados. A ello se sumó un proceso de priorización de las variables mediante un método Delphi de consenso. Al incluir a un panel de expertos en varias fases del proceso, se aseguró la atinencia de las variables a la realidad del bienestar infantil en Chile.

El resultado de la Fase II fue complementado con una meta-revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones para el desarrollo infantil y adolescente durante la Fase III. Teniendo en cuenta el gran número de revisiones disponibles sobre las intervenciones para el desarrollo infantil y adolescente, esta meta-revisión o “revisión paraguas” proporcionó una amplia imagen de la evidencia en el tema, requisito necesario para formular una Ruta de Acompañamiento al Desarrollo Biopsicosocial como la proyectada en la Fase IV.

Mientras tanto, también se avanzó en la búsqueda y síntesis de evidencia sobre los factores predictores del desarrollo, aportados por revisiones sistemáticas de estudios longitudinales, y en el análisis de la aplicabilidad y posibilidad de escalamiento en la implementación de las intervenciones .

El estudio posee algunas limitaciones que es importante tener presentes:

Limitaciones del estudio

1. Como toda revisión bibliográfica, los resultados obtenidos representan el estado del arte del tema en el momento en que se completó la búsqueda de la literatura, pero la producción de material científico crece día a día, por lo que idealmente, la revisión debiera ser objeto de actualizaciones periódicas, tanto sobre las intervenciones ya seleccionadas, como para la identificación de nuevas intervenciones que pudiera ser necesario agregar a la ruta.
2. Haber utilizado como insumo principal del estudio revisiones sistemáticas y no las investigaciones originales, implicó trabajar sobre datos secundarios y material ya sintetizado. Esto significó perder detalles importantes sobre las características de las intervenciones, las poblaciones estudiadas, y los contextos en que se aplicaron los programas. Por ese motivo, quién deba diseñar planes de intervención, o implementar alguna intervención a partir de la ruta, tendrá que recurrir a los estudios primarios u otras fuentes bibliográficas complementarias, para conocer los aspectos más específicos que el presente reporte omite.
3. Por una definición previa respecto del alcance del estudio, algunas formas de intervención quedaron fuera de la ruta, pero idealmente debieran ser consideradas también para una mirada más comprensiva del tema. Ejemplo de ello son las intervenciones de tamizaje de déficit sensoriales -cuya evaluación exige el uso de técnicas de modelamiento o análisis de costo efectividad-, y el abordaje de niños y adolescentes con necesidades especiales.
4. Por último, hubo dos análisis secundarios en los que no fue posible profundizar por razones de tiempo:
 - a. La síntesis de revisiones sistemáticas de estudios longitudinales, sobre variables predictoras de alteraciones del desarrollo, que de completarse ayudaría a comprender mejor el potencial impacto de las

intervenciones en el mediano o largo plazo y las interrelaciones entre los desenlaces de un dominio y otro.

- b. El análisis de la aplicabilidad de las intervenciones en Chile –aunque se entregó un avance al respecto- por la falta de datos necesarios y la gran cantidad de intervenciones incorporadas en la ruta.

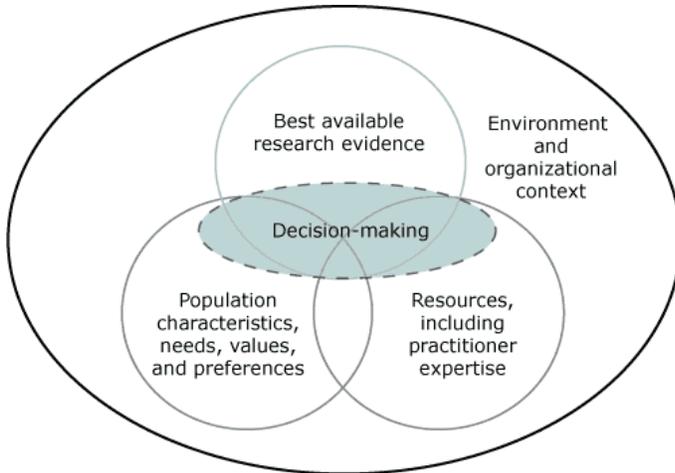
Ver también Cap.4, f. Extracción y síntesis de datos.

Muchas de estas intervenciones son altamente “contexto-dependientes”, lo que hace difícil predecir su comportamiento bajo condiciones distintas a las de los estudios. Los efectos dependen también de la calidad de la implementación (ej., estrategias, medidas de reforzamiento, recursos, intensidad de la capacitación, etc.), cuestión que lamentablemente suele estar poco descrita. Por su parte, las intervenciones pueden evolucionar con cambios. Por ejemplo existen modelos de programa que van siendo adaptados a distintos contextos, y se siguen evaluando observacional o experimentalmente, a veces con resultados muy heterogéneos.

Consideraciones sobre la interpretación de la efectividad de las intervenciones y su aplicabilidad en Chile

De lo anterior se desprende que, en rigor, lo que la revisión ha podido identificar es un cierto potencial de beneficio en algunas intervenciones -obtenido en general bajo condiciones experimentales bastante rigurosas- pero no una certeza científica sobre la reproducibilidad y magnitud de dicho efecto en el contexto de Chile. En ese sentido, las categorías utilizadas para calificar las intervenciones efectivas (alta, moderada y baja) no debieran ser aplicadas literalmente, y la decisión de priorizar una intervención sobre otra debe considerar además aspectos tales como la relevancia de las variables de resultado medidas, los factores epidemiológicos locales, así como las condiciones bajo las cuales se implantaría la intervención en Chile. Ejemplificando, una intervención cuyo efecto fue calificado de “baja” magnitud, podría ser más relevante para Chile, que otra calificada de magnitud “alta”, porque la variable afectada por la primera es más importante para el contexto chileno, o porque las condiciones locales favorecen mucho más su aceptabilidad. Así, si bien la ruta propuesta entrega un marco de referencia dentro del cual moverse, las decisiones programáticas debieran ser mucho más comprensivas.

Como se muestra en la figura adjunta⁹⁹, el uso de la evidencia científica para la toma de decisiones es un componente más dentro de un conjunto de factores:



Tomando en consideración que la incorporación de una prestación en una ruta práctica no es solo un proceso técnico sino político, es fundamental entender el rol de este último componente (que implica el convencimiento de actores políticos, la ciudadanía) respecto de la pertinencia de priorizar una prestación, acción o servicio por sobre otro. En este sentido es similar al proceso de incorporación de un problema o acción a la agenda pública, en que en primer lugar es clave identificar el problema a ser resuelto o intervenido, entendiendo que estos problemas se construyen socialmente y se legitiman en el espacio público y político. El ingreso a la agenda de ciertos problemas dependerá de contar con evidencias científicas, suficiencia de recursos para el cambio, contexto cultural favorable y oportunidad política.¹⁰⁰

En otro plano, los estudios de efectividad pueden ser evaluaciones externas, en las que los investigadores no tienen compromiso con la dirección de los hallazgos, o internas. Se asume en general que las evaluaciones internas, en las que participan investigadores que, por ejemplo, estuvieron involucrados en el diseño del programa, o en su marco teórico, o que tienen intereses laborales vinculados al éxito de la intervención, pueden verse afectadas por sesgos.¹⁰¹ Ello implica que se debe ser cauteloso respecto de intervenciones en las que los estudios provienen predominantemente de autores con conflicto de interés. Un ejemplo en este caso es el programa conocido como Triple P, que ha sido objeto de diversos cuestionamientos. Pese a ello, este programa continúa adoptando nuevas versiones, en nuevos países, y con ello podría ser mejorado o enriquecido a partir de la evidencia que el mismo genera.

En la mayoría de los casos los efectos observados en los estudios fueron medidos en el corto o mediano plazo, y en general mientras mayor es el tiempo de seguimiento existe una merma importante en la cantidad de los estudios o en el número de sujetos dentro de cada estudio, con la consiguiente pérdida de poder y riesgo de sesgo por pérdidas. Sin perjuicio de eso, tampoco parece plausible que las intervenciones produzcan efectos que se sostengan en el tiempo. De esta forma, que los efectos decaigan no necesariamente implica que una intervención no sirva, sino que requiere, por ejemplo, refuerzos adicionales o un mayor tiempo de

intervención que el utilizado en los estudios.

Por último, es importante considerar que en muchos casos las revisiones sistemáticas combinan múltiples intervenciones que, si bien son afines en sus objetivos y tipo de sujetos a las que van dirigidas, suelen ser muy distintas en diversos aspectos (duración, teoría de base, agente, intensidad, etc.). Cuando existe heterogeneidad en los resultados, muchas veces no se llega a aclarar sus causas o es muy difícil precisar cuáles son los factores que la explican realmente (ej., el análisis de moderadores no es concluyente). Así, mientras la falta de heterogeneidad en los resultados apoya la validez del efecto observado, en presencia de heterogeneidad se debe analizar en profundidad los estudios primarios, e intentar identificar algún patrón o tipo de intervención que se asocia a la presencia de efectos positivos.

La cobertura de intervenciones por dominios y subdominios fue muy amplia. Todos los dominios derivados de la fase I tuvieron una gran cobertura de intervenciones; el único dominio sin intervenciones de las revisiones sistemáticas fue el de Bienestar, que fuera incluido por consenso en el taller de expertos de esa fase. El dominio Físico concentró la mayor cantidad de intervenciones, y la mayoría de éstas estuvieron dirigidas a promover la actividad motora y física, la lactancia y una nutrición adecuada para prevenir obesidad. Sin embargo, no se identificaron intervenciones para promoción de desarrollo sensorial, campo en el que predominan las estrategias basadas en el diagnóstico precoz (tamizaje), las cuales quedaron fuera de la revisión. En el dominio cognitivo hubo una cobertura bastante homogénea de los subdominios, pero se detectaron brechas de investigación en Creatividad y Teoría de la Mente. En el dominio Lenguaje se encontró un número importante de intervenciones para la promoción temprana del lenguaje y las brechas de investigación se enfocan en habilidades discursivas en niños escolares y adolescentes. En el dominio social, se encontraron muchas intervenciones dirigidas a problemas de conducta más que a la promoción de habilidades sociales; y las brechas corresponden a Participación ciudadana e Identidad. En el dominio Emocional, las intervenciones se concentraron en su mayoría en la prevención del abuso de sustancias y de los síntomas o trastornos de salud mental, y las brechas se detectaron en la promoción de la autonomía, autoeficacia y el reconocimiento e interpretación de las emociones.

Cobertura y brechas de investigación

La construcción de la ruta de acompañamiento del desarrollo biopsicosocial para los NNA de Chile implica un verdadero desafío conceptual toda vez que interpela a la integración de diferentes aproximaciones y enfoques vinculados con el desarrollo infantil.

Consideraciones sobre la transmisión de los resultados del estudio a los tomadores de decisión y hacia otras audiencias

En este sentido hay que entender a la ruta como un espacio de confluencia de diferentes conocimientos y formas de generación de evidencias.

La ruta de acompañamiento cobrará sentido cuando se logre una conciencia social en torno a la importancia de promover el desarrollo de los NNA del país, como una forma de promover el desarrollo de la sociedad en su conjunto.

De allí que la ruta contempla niveles de co-responsabilidad en asegurar las acciones

necesarias para garantizar el derecho de todo NNA chileno a desarrollarse plenamente, en libertad.

Co-responsabilidad del Estado de Chile:

- Reconociendo a los NNA como eje prioritario de sus políticas sociales como garante en el cumplimiento de los derechos a partir de la formulación de marcos políticos, legales y la asignación de recursos necesarios para hacerlos efectivizados.
- Estableciendo los mecanismos para que toda la población acceda a la información, recursos y servicios provistos por el estado dentro de un sistema de garantías de derechos.
- Estableciendo sistemas de monitoreo y evaluación basado en derechos con el fin de establecer mecanismos de rendición de cuentas sobre los avances en materia de garantía de derechos y la expansión del ejercicio de nuevos derechos antes no contemplados.
- Identificando nuevas intervenciones a ser promovidas desde el Estado cuyos beneficios han sido reconocidos para ser implementadas en el marco de los programas de promoción del desarrollo.
- Identificando ventanas de oportunidad para el desarrollo de nuevas propuestas, que incluyen, entre otras, el abordaje de los vacíos jurídicos existentes.
- El reconocimiento del Interés superior del Niño en cada una de las acciones del Estado.

Co-responsabilidad de las instituciones del Estado

La incorporación de un sistema de garantías por parte del estado implica una respuesta de parte de las instituciones educativas, prestadoras de servicios de salud y de otras acciones enmarcadas en las políticas sociales a favor de la niñez, podrán integrarse al actual sistema:

- Adecuando sus modelos organizacionales de manera que respondan a los enfoques propuestos por la ruta de acompañamiento del desarrollo biopsicosocial.
- Generando modalidades de respuesta integrales que integren a actores y sectores del Estado.
- Promoviendo el respeto y la realización de los derechos de NNA en cada una de las acciones que realicen considerando el principio del Interés Superior del Niño tal como queda expresado en la Convención sobre los Derechos del Niño.
- Generando canales de participación e involucramiento de los NNA en las acciones que competen a esta población.
- Accediendo a la formación y conocimiento de los diferentes enfoques y paradigmas que constituyen la ruta de acompañamiento para reorientar los

programas, prácticas y modelos de gestión en cada una de las dependencias del Estado.

- Promoviendo el ejercicio de los derechos a partir de acercar dichos principios a la población que recibe los servicios, beneficios y prestaciones del Estado.
- Asumiendo un rol de defensa (abogacía) por los derechos de los NNA cuando los mismos se encuentren amenazados o vulnerados.

Co-responsabilidad de las familias y/o adultos responsables del cuidado de los NNA:

El cambio de paradigma de necesidades al de derechos y protección integral contempla un cambio del rol de las familias a través de la promoción de la ciudadanía temprana que implique una serie de respuestas que posibiliten ir:

- Conociendo el significado y el valor de los derechos en la consolidación de una sociedad democrática.
- Promoviendo los derechos en los espacios familiares mediante la promoción de modalidades de crianza respetuosas, erradicando todo tipo de violencias.
- Exigiendo el respeto los derechos como expresión de construcción ciudadana.
- Denunciando las situaciones en donde los derechos de los NNA sean amenazados o vulnerados.
- Promoviendo la defensa de los derechos de los NNA en el ámbito familiar y en los espacios de convivencia con sus pares.

Consideraciones finales

Pensar la ruta de acompañamiento al desarrollo de niños, niñas y adolescentes desde un enfoque de curso de vida, requiere trascender los nichos sectoriales y programáticos, ir más allá de las acciones específicas de un sector del estado y considerar las potenciales consecuencias en cadena de cada política en la presente generación y en la siguiente.

La evidencia de la revisión es una buena noticia para las políticas públicas actuales que conduce el estado de Chile. Así por ejemplo, varias de las principales intervenciones detectadas en este estudio, son consistentes con la implementación del sistema de protección integral a la Infancia ChCC. Sin embargo, es posible que intervenciones ya implementadas en el país no hayan sido identificadas como efectivas por la revisión, cuestión que los organismos técnicos pertinentes deberían revisar críticamente a la luz de estos hallazgos.

ANEXOS

(LOS ANEXOS ESTÁN DISPONIBLES EN UN ARCHIVO ADJUNTO A ESTE INFORME FINAL)

Anexo 1: Estrategia de Búsqueda Bibliográfica

1. Identificación de palabras claves
2. Estrategias específicas

Anexo 2: Referencias de los 105 estudios seleccionados

Anexo 3: Estudios excluidos

Anexo 4: Registro de intervenciones evaluadas

Anexo 5: Análisis crítico de los estudios (AMSTAR)

Anexo 6: Referencias revisiones sistemáticas preseleccionadas pendientes de análisis y extracción

BASE DE DATOS

(LA BASE DE DATOS ESTÁ DISPONIBLES EN UN ARCHIVO EXCEL ADJUNTO A ESTE INFORME FINAL)

Referencias

- 1 Shaffer, D. R., & Kipp, K. (2014). *Developmental psychology: Childhood and adolescence* (9th ed.). Belmont, CA: Cengage.
- 2 Elder, G. H. (1994). Time, Human Agency, and Social Change: Perspectives on the Life Course. *Social Psychology Quarterly*, 57(1), 4-15. doi: 10.2307/2786971
- 3 Mitchell, B.A. (2003) "Life Course Theory," in J.J. Ponzetti, Jr. (ed). *International Encyclopedia of Marriage and Family*, 2nd ed., pp. 1051-1055, New York: Macmillan.
- 4 Ecclestone, K., Biesta, G., & Hughes, M. (2009). Transitions in the lifecourse: the role of identity, agency and structure. In K. Ecclestone, G. Biesta, & M. Hughes (Eds.), *Transitions and Learning through the Lifecourse*. (pp. 1 - 15). Routledge.
- 5 Giele, J. Z., & Elder, G. H. (1998). *Methods of life course research: qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks; London; New Delhi: Sage.
- 6 Mitchell, B.A. "Life Course Theory," in *The International Encyclopedia of Marriage and Family Relationships*, 2nd ed., J.J. Ponzetti (ed). New York: MacMillan Reference, USA, pp. 1051-1055, 2003
- 7 Elder, G. H. Jr, and Caspi, C. (1989). "Human development and social change: an emerging perspective on the life course", In Bolger, N., Caspi, A., Downey, G., and Moorehouse, M. *Persons in Context*. (pp. 77-113). Cambridge University Press.
- 8 Booth, Alan, Ann C. Crouter, and Michael J. Shanahan (1999). *Transitions to Adulthood in a Changing Economy: No Work, No Family, No Future?*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- 9 Elder, G. H. Jr, Johnson, M. K., Crosnoe, R. (2003). The Emergence and Development of Life Course Theory. In: Jeylan T. Mortimer and Michael J. Shanahan (ed.). *Handbook of the Life Course* (pp. 3–19). Springer.
- 10 Ben-Shlomo, Y., Mishra, G., & Kuh, D. (2014). Life Course Epidemiology. In W. Ahrens & I. Pigeot (Eds.), *Handbook of Epidemiology* (pp. 1521-1549): Springer New York.
- 11 Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., and Power, C. (2003). Life Course Epidemiology. *Journal Epidemiology community Health* 57(778-783).
- 12 Braveman, P. & Barclay, C. (2009). Health Disparities Beginning in childhood: A Life- Course Perspective. *Journal of the Academy of Pediatrics*. 124(S163).
- 13 Giele, J. Z., & Elder, G. H. (1998). *Methods of life course research: qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks; London; New Delhi: Sage.
- 14 Rethinking MCH: The Life Course Model as an Organizing Framework. Concept Paper

U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Maternal and Child Health Bureau. download <http://mchb.hrsa.gov/lifecourse/rethinkingmchlifecourse.pdf>

¹⁵ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>

¹⁶ Adaptado de CEPAL, <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/11102>

¹⁷ Declaración Universal de los Derechos Humanos <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

¹⁸ Pacto Internacional por los derechos civiles y políticos (1966), <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>

¹⁹ Pacto Internacional por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

²⁰ Convención de los Derechos del Niño <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

²¹ Sistemas Nacionales de Protección Integral de la Infancia: Fundamentos jurídicos y estado de aplicación en América Latina y el Caribe. CEPAL, 2013. <http://www.cepal.org/es/publicaciones/4040-sistemas-nacionales-de-proteccion-integral-de-la-infancia-fundamentos-juridicos-y>

²² Declaración de Pucón (2007) <http://segib.org/upload/File/declinfanciaesp.pdf>

²³ Chile Crece Contigo, <http://www.crececontigo.gob.cl/>

²⁴ Mercer R. Oportunidades y desafíos para la protección de los derechos de la infancia. <http://www.crececontigo.gob.cl/adultos/columnas/oportunidades-y-desafios-para-la-proteccion-de-los-derechos-de-la-infancia/>

²⁵ Mercer R. Los Derechos del Niño son Derechos Humanos. <http://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/2013/12/10/los-derechos-del-nino-son-derechos-humanos/>

²⁶ Instituto Interamericano del Niño. Lineamientos para la implementación y gestión de políticas públicas de protección integral dirigidas a la primera infancia. Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes (2012) [http://www.iin.oea.org/IIN2011/documentos/2014/Lineamientos%20Gesti%C3%B3n%20Primera%20Infancia.%20web%20\(1\).pdf](http://www.iin.oea.org/IIN2011/documentos/2014/Lineamientos%20Gesti%C3%B3n%20Primera%20Infancia.%20web%20(1).pdf)

²⁷ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos <http://www.ohchr.org/EN/PublicationsResources/Pages/TrainingEducation.aspx>

²⁸ Gobierno de Chile. POLÍTICA NACIONAL A FAVOR DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 2001 - 2010

²⁹ Brofenbrenner U. Ceci SJ. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568-586.

³⁰ Brofenbrenner U. Y Morris P. (1998). The ecology of developmental process. En W Damon (Series Ed) y RM Lerner (Vol. ED.) Handbook of child psychology: Vol 1. Theoretical model of human development (5th ed. 993-1028) New York: John Wiley.

³¹ Siddiqi A, Irwin L, Hertzman C, Total Environment Assessment Model for Early Child Development http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_evidence_report_2007.pdf

³² Monreal M y Guitart M (2012) Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Brofenbrenner. Contextos Educativos, 15: 79-92.

³³ Mayes L. Y Lewis M. (Eds.) Capítulo 1: Proximal to Distal Environments in Child Development. The Cambridge Handbook of Environment in Human Development. Cambridge University Press.

³⁴ Seminario Internacional. Hacia un Estado Garante de Derechos para Niñas, Niños y Adolescentes. Consejo Nacional de la Infancia. Gobierno de Chile. 27-28 de abril de 2015. Mario Biggeri, Académico de la Universidad de Florencia y EUROsocial.

³⁵ Convención de los Derechos del Niños. Naciones Unidas, 1989.

³⁶ Mercer R, Hertzman C, Molina H, Vaghri Z. Promoting equity from the start through early child development and Health in All Policies (ECD-HiAP). Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health. Finland. 2013.

³⁷ Van der Gaag J. From Child Development to Human Development. The World Bank, 2000.

³⁸ Fell JC, Voas RB. The effectiveness of reducing illegal blood alcohol concentration (BAC) limits for driving: evidence for lowering the limit to .05 BAC. J Safety Res. 2006;37(3):233-43.

³⁹ Donaldson SI. High-potential Mediators of Drug-Abuse Prevention Program Effects. Crano WD, Burgoon M. (Eds.); Mass Media and Drug prevention: Classic and contemporary theories and research. New Jersey 2002, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

⁴⁰ Shea J, Grimshaw J, Wells G3, Boers M, Andersson N, Hamel C, Porter A, Tugwell P, Moher D, Bouter L. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Medical Research Methodology 2007, 7:10 Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10> Fecha de consulta: 24 Nov 2012

⁴¹ Cohen, Jacob. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum, 1988.

⁴² Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/presentacion-del-sistema/>

⁴³ Disponible en: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/la-ruta-por-una-infancia-plena-celebra-a-la-ninez-en-riobamba/>

⁴⁴ Glosario de términos de la Colaboración Cochrane. Traducción a cargo del Centro Cochrane Iberoamericano. Versión 4.2.5. Actualizado en mayo de 2005. Disponible en: http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/Glosario_Manual_Cochrane_425.pdf

⁴⁵ Adaptado de: NHS Choices. Health news glossary, Monday August 17 2009.
<http://www.nhs.uk/news/Pages/Newsglossary.aspx>

⁴⁶ Adaptado de: Teaching & Learning Services. University of Maryland Libraries. Primary, Secondary and Tertiary Sources <http://www.lib.umd.edu/tl/guides/primary-sources>

⁴⁷ Original de los autores.

⁴⁸ Systematic Reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 2008. Published by CRD, University of York, January 2009. ISBN 978-1-900640-47-3

⁴⁹ Adaptado de: Michael S. Lewis-Beck & Alan Bryman & Tim Futing Liao. The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods Pub. date: 2004 | DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781412950589>

⁵⁰ Definición de la propuesta técnica del estudio.

⁵¹ Britto y Kagan 2010 En Handbook of Early Childhood Development Research and its Impact on Global Policy.

⁵² Social Epigenetics. HELP: (2014) <http://earlylearning.ubc.ca/biology/social-epigenetics/>

⁵³ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>

⁵⁴ González G. y Rossen M. Postgrado en Salud Social y Comunitaria Módulo 5: Políticas de salud.- 1a ed. Buenos Aires Ministerio de Salud de la Nación, 2010.

⁵⁵ Planificación y Salud, documento sin imprimir, H. Rosenberg.

⁵⁶ Planificación y Salud, documento sin imprimir, H. Rosenberg.

⁵⁷ Varias fuentes, entre otras www.supersalud.gob.cl (Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile)

⁵⁸ WHO Technical Brief 3, Draft 3, June 12th 2008. Scaling up health services: Challenges and choices

⁵⁹ Elder, Glen H., Jr. (2005). Time, Human Agency, and Social Change: Perspectives on the Life Course [Reprint]. In Scott, Jacqueline L. & Xie, Yu (Eds.), Quantitative Social Science (pp. 255-76). Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications.

⁶⁰ Kuh, Ben Shlomo, Lynch, Hallqvist & Power, 2003

⁶¹ Richards & Hatch 2011

⁶² Cowan, P. A. (1982), The relationship between emotional and cognitive development. New Directions for Child and Adolescent Development, 1982: 49–81.

- ⁶³ Macmillan, R., & Copher, R. (2005). Families in the Life Course: Interdependency of Roles, Role Configurations, and Pathways. *Journal of Marriage and Family*, 67(4), 858-879.
- ⁶⁴ Cowan, Philip A. & Cowan, Carolyn Pape. (2012). Normative family transitions, couple relationship quality, and healthy child development. In F. Walsh, (Ed). *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (4th ed.). (pp. 428-451). New York, NY: Guilford Press.
- ⁶⁵ Emde, R. N. (1998). Early emotional development: new modes of thinking for research and intervention. *Pediatrics*, 102(Supplement E1), 1236–1243.
- ⁶⁶ Emde, R. N. (1999). Moving ahead: Integrating influences of affective processes for development and for psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80(2), 317-339.
- ⁶⁷ Robert N. Emde & John K. Hewitt (2001). *Infancy to Early Childhood : Genetic and Environmental Influences on Developmental Change*. Oxford University Press.
- ⁶⁸ Gruber, H., & Voneche, J. (Eds.) (1977). *The essential Piaget*. New York: Basic Books.
- ⁶⁹ Wang, M. and Perova, Z. and Arenkiel, B. R. and Li, B. (2014) Synaptic modifications in the medial prefrontal cortex in susceptibility and resilience to stress. *Journal of Neuroscience* 34(22) pp. 7485-92.
- ⁷⁰ Penzo, M. A. and Robert, V. and Li, B. (2014) Fear Conditioning Potentiates Synaptic Transmission onto Long-Range Projection Neurons in the Lateral Subdivision of Central Amygdala. *Journal of Neuroscience* 34(7) pp. 2432-7.
- ⁷¹ Klinnert, M., Campos, J., Sorce, J., Emde, R., & Svejda, M. (1983) Emotions as behavior regulators in infancy: Social referencing in infancy. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research and experience* (pp. 57- 86). New York: Academic Press.
- ⁷² Kagan, Jerome (1981). *The Second Year: The Emergence of Self-Awareness*. Harvard University Press.
- ⁷³ Emde, R. N., Biringen, Z., Clyman, R. B., & Oppenheim, D. (1991). The moral self of infancy: Affective core and procedural knowledge. *Developmental Review*, 11(3), 251–270.
- ⁷⁴ Emde, Robert N & Frankenburg, William K., 1930- & Sullivan, Joseph W & International Conference on Children At Risk (4th : 1984 : Snowmass, Colo.) (1985). *Early identification of children at risk: an international perspective*. Plenum Press, New York
- ⁷⁵ Cowan, P. A., Cowan, C. P., Ablow, J., Johnson, V., & Measelle, J. (Eds.). (2005). *The family context of parenting in children's adaptation to school*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- ⁷⁶ Sameroff, A. J., & Haith, M. M. (1996). *The five to seven year shift: The age of reason and responsibility*. Chicago: University of Chicago Press.
- ⁷⁷ Kroger, J. (2004). *Identity in Adolescence*. Psychology Press.

⁷⁸ Anderson, D. A. (1993). Lesbian and Gay Adolescents: Social and Developmental Considerations. *The High School Journal*, 77(1/2), 13-19.

⁷⁹ Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent Resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annu Rev Public Health*, 26(1), 399-419.

⁸⁰ Shanahan, M. J., Porfeli, E., Mortimer, J. T. & Erickson, L. D. (2005). Subjective age identity and the transition to adulthood: When do adolescents become adults? In Furstenberg, F.F., Rumbaut, R. & Settersten, R. (Eds.), *On the Frontier of Adulthood: Theory, Research, and Public Policy*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

⁸¹ Schwartz, S. J., Donnellan, M. B., Ravert, R. D., Luyckx, K., & Zamboanga, B. L. (2013). Identity development, personality, and well-being in adolescence and emerging adulthood: Theory, research, and recent advances. In I. B. Weiner (Series Ed.), and R. M. Lerner, A. Easterbrooks, & J. Mistry (Vol. Eds.), *Handbook of psychology*, vol. 6: Developmental psychology (pp. 339-364). New York: John Wiley and Sons.

⁸² Hall P., Lamont M (2009). *Successful Societies. How Institutions and Culture Affect Health*. Cambridge.

⁸³ UNFPA <http://www.unfpa.org/es/sitemap>

⁸⁴ Convención de Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>

⁸⁵ ICPD <http://www.unfpa.org/es/conferencia-internacional-sobre-la-poblaci%C3%B3n-y-el-desarrollo>

⁸⁶ Comité de los Derechos del Niño <http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/crc/>

⁸⁷ OIT <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/lang--en/index.htm>

⁸⁸ UNFPA. La Niña de 10 Años. Encuentro de Expertos. Panamá, 2-3 de julio de 2015.

⁸⁹ WHO Health in All Policies. http://who.int/social_determinants/Health_in_all_policies_trainings/en/

⁹⁰ Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

⁹¹ Los derechos de los niños, una orientación y un límite. Igualdad y no discriminación de niños, niñas y adolescentes: necesidad de un sistema de garantías reforzadas. UNICEF, 2015. <http://unicef.cl/web/los-derechos-de-los-ninos-una-orientacion-y-un-limite-igualdad-y-no-discriminacion-de-ninos-ninas-y-adolescentes-necesidad-de-un-sistema-de-garantias-reforzadas/>

⁹² Marta Santos Pais. Seminario Internacional. Consejo de Infancia de Chile. 2015.

⁹³ Hacia un rediseño normativo del sistema de protección especial de derechos de niños, niñas y adolescentes en Chile. UNICEF, 2015. <http://unicef.cl/web/20942/>

- ⁹⁴ Rights of parents and children. Australian Government. Attorney's General Department. 2005. <https://www.ag.gov.au/RightsAndProtections/HumanRights/PublicSectorGuidanceSheets/Pages/RightsOfParentsAndChildren.aspx#1what>
- ⁹⁵ Women's and children's rights: making the connection. UNFPA-UNICEF. 2010. http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Women-Children_final.pdf
- ⁹⁶ Chaudhri S. A Life Course Model of Human Rights Realization, Female Empowerment, and Gender Inequality in India. *World Development* Vol. 52, pp. 55–70, 2013
- ⁹⁷ Braveman P. What is Health Equity: And How Does a Life-Course Approach Take Us Further Toward It? *Matern Child Health J* (2014) 18:366–372
- ⁹⁸ Consejo de Infancia del Gobierno de Chile. Informe: Matriz de Derechos de la Niñez: un modelo para observar el bienestar infantil con enfoque de derechos. Junio de 2014.
- ⁹⁹ Jacobs JA, Jones E, Gabella BA, Spring B, Brownson RC. Tools for Implementing an Evidence-Based Approach in Public Health Practice. *Prev Chronic Dis* 2012;9:110324. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110324>
- ¹⁰⁰ Tamayo M & Carrillo E (2005) La formación de la agenda pública. *Foro Internacional*, vol. XLV, núm. 4, octubre-diciembre, pp. 658-681
- ¹⁰¹ Crano, W.D., Burgoon, M. (Eds.) Q0a4. Mass Media and Drug prevention: Classic and contemporary theories and research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Ch 10 High-potential Mediators of Drug-Abuse Prevention Program Effects (Stewart I. Donaldson)