

**“INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA EN EL
ÁMBITO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN
FAMILIAS CON NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS, REVISIÓN
SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA”**

INFORME FINAL



Noviembre, 2007.

**Estudio encargado por la División de Prevención y Control de
Enfermedades a través del Departamento de Salud Mental del
Ministerio de Salud de Chile a Medwave Estudios Ltda.**

**Investigadoras: Ps. Cecilia Moraga, Dra. Gabriela Moreno.
Directora Medwave Estudios: Dra. Vivienne Bachelet.**

Tabla de Contenidos

ABREVIATURAS UTILIZADAS.....	6
GLOSARIO DE TERMINOS.....	7
1 INTRODUCCION.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
3 MÉTODOS DE LA REVISIÓN.....	17
3.1 Consideraciones Generales.....	17
a) Alcances de la revisión.....	17
b) Tipos de intervenciones, medidas de resultados y poblaciones diana.....	18
3.2 Búsqueda bibliográfica.....	19
a) Fuentes y cobertura temporal de la búsqueda.....	19
b) Criterios de inclusión y exclusión.....	20
b.1 Estudios primarios y revisiones sistemáticas.....	20
b.2 Programas nacionales e internacionales.....	21
3.3 Análisis y síntesis de resultados.....	21
3.3.1 Estudios primarios y revisiones sistemáticas.....	21
3.3.2 Programas nacionales e internacionales.....	22
4 RESULTADOS.....	24
4.1 Estudios primarios y revisiones sistemáticas.....	24
a) Resultados de la búsqueda bibliográfica.....	24
b) Descripción de los estudios seleccionados.....	24
c) Análisis y síntesis de los resultados.....	26
1. Intervenciones dirigidas a la promoción de la lactancia materna.....	26
1a. <i>Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período prenatal.....</i>	27
1b. <i>Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento.....</i>	27
1b.i: <i>Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento (Contacto piel a piel (CPP)).....</i>	27
1b.ii. <i>Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento (varios tipos de intervenciones).....</i>	28
1c. <i>Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período postnatal.....</i>	28
1d. <i>Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento/puerperio (hospital) y postnatal.....</i>	29
1e. <i>Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante la fase de pre y postnatal.....</i>	29
1f. <i>Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante las fases de prenatal, parto (hospital) y postnatal.....</i>	30
2. Intervenciones dirigidas a la promoción de regularización fisiológica del bebé: desenlaces sobre llanto.....	30
3. Intervenciones dirigidas a la promoción de regularización fisiológica del bebé: desenlaces sobre sueño.....	31
4. Intervenciones dirigidas a promoción de conductas saludables: nutrición.....	31
5. Evidencia sobre la efectividad de Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente seguro y prevención de accidentes en el niño.....	31
6. Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente doméstico de calidad.....	32

6.a	Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente domestico de calidad en población universal.....	32
6.b	Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente domestico de calidad en población selectiva	32
7.	Intervenciones dirigidas hacia la promoción de la Interacción / relación.....	33
8.	Intervenciones dirigidas a la promoción de conducta de apego	33
9.	Intervenciones dirigidas a la promoción de Competencias parentales en población universal.....	33
10.	Intervenciones dirigidas a la promoción de conocimientos de los padres	34
11.	Intervenciones dirigidas a la promoción del rol / identidad materna	35
12.	Intervenciones dirigidas a la promoción de adaptación emocional y conductual de los niños.....	35
13.	Intervenciones dirigidas a la promoción de habilidades de enfrentamiento en situaciones de crisis.....	36
14.	Intervenciones con efectos en promoción de autoestima infantil /autoconcepto	36
15.	Intervenciones dirigidas a la promoción de la relación/ interacción: dimensión temperamento.....	36
16.	Intervenciones dirigidas a la promoción del desarrollo del lenguaje / aprendizaje en población universal	36
17.	Intervenciones dirigidas a promoción de conductas saludables; actividad física	37
18.	Intervenciones con efectos en la promoción del desarrollo social en niños con y sin factores de riesgo.....	37
19.	Intervenciones dirigidas a promover la calidad del ambiente del niño: reducción de la exposición al humo de tabaco.....	38
20.	Intervenciones con efectos en la educación posterior de la madre.....	38
4.2	Programas nacionales e internacionales	39
a)	Resultados de la búsqueda	39
b)	Descripción de los programas seleccionados.....	39
b.1	Programas nacionales.....	39
b.2	Programas internacionales	47
c)	Análisis y síntesis de los resultados	48
5	CONCLUSIONES, CRITERIOS DE INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA REVISION, E IMPLICANCIAS PARA LA PRÁCTICA	52
5.1	Consideraciones metodológicas.....	52
a)	Estudios primarios y revisiones sistemáticas	52
b)	Programas nacionales e internacionales	55
5.2	Conclusiones sobre la efectividad de las intervenciones	55
	TABLA RESUMEN FINAL SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES Y PROGRAMAS DE PROMOCION.....	55
5.3	Recomendaciones e implicancias para la práctica	58
	ANEXO 1: REVISIONES SISTEMATICAS SELECCIONADAS.....	62
	ANEXO 2: ESTUDIOS EXCLUIDOS	65
	ANEXO 3: CARACTERÍSTICAS DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS SELECCIONADAS	68
	ANEXO 4: RESULTADOS DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS SELECCIONADAS.....	83
1.	Intervenciones dirigidas a la promoción de la lactancia materna	83
1a.	<i>Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período prenatal</i>	84
1b.	<i>Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento</i>	85

1b.i. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento (Contacto piel a piel (CPP))	85
1b.ii. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento (varios tipos de intervenciones) .	87
1c. <i>Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período postnatal</i>	89
1d. <i>Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento/puerperio (hospital) y postnatal</i> .	91
1e. <i>Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante la fase de pre y postnatal</i>	94
1f. <i>Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante las fases de prenatal, parto (hospital) y postnatal</i>	97
1g. <i>Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas en distintas áreas de prevalencia de lactancia</i>	99
2. Intervenciones dirigidas a la promoción de regularización fisiológica del bebé: desenlaces sobre llanto.	100
3. Intervenciones dirigidas a la promoción de regularización fisiológica del bebé: desenlaces sobre sueño	101
4. Intervenciones dirigidas a promoción de conductas saludables; nutrición.....	102
5. Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente seguro y prevención de accidentes en el niño	103
6. Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente domestico de calidad	104
6.a Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente domestico de calidad en población universal.....	104
6.b Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente domestico de calidad en población selectiva	105
7. Intervenciones dirigidas hacia la promoción de la Interacción / relación.....	107
8. Intervenciones dirigidas a la promoción de conducta de apego	110
9. Intervenciones dirigidas a la promoción de competencias parentales en población universal.....	111
10. Intervenciones dirigidas a la promoción de conocimientos de los padres	113
11. Intervenciones dirigidas a la promoción del rol / identidad materna	115
12. Intervenciones dirigidas a la promoción de adaptación emocional y conductual de los niños	118
13. Intervenciones dirigidas a la promoción de habilidades de enfrentamiento en situaciones de crisis.....	121
14. Intervenciones con efectos en promoción de autoestima infantil/autoconcepto	122
15. Intervenciones dirigidas a la promoción de la relación/ interacción: dimensión temperamento.....	123
16. Intervenciones dirigidas a la promoción del desarrollo del lenguaje / aprendizaje en población universal	124
17. Intervenciones dirigidas a promoción de conductas saludables; actividad física	127
18. Intervenciones con efectos en la promoción del desarrollo social en niños con y sin factores de riesgo niños	128
19. Intervenciones dirigidas a promover la calidad del ambiente del niño: reducción de la exposición al humo de tabaco.....	130
20. Intervenciones con efectos en la educación posterior de la madre.....	133

ANEXO 5: PROGRAMAS NACIONALES EN SALUD MENTAL EN FAMILIAS CON NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS	135
ANEXO 6: PROGRAMAS INTERNACIONALES EN SALUD MENTAL EN FAMILIAS CON NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS	177

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AC:	Anticonceptivo
CAS:	Ficha de Caracterización Socioeconómica
CPP:	Contacto madre hijo piel a piel.
E:	Ensayo
EC:	Ensayo controlado
ECA:	Ensayo Controlado Aleatorizado.
EHS:	Early Head Start
FONDECYT:	Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico.
GC:	Grupo Control.
GI:	Grupo de Intervención.
HS:	Head Start.
I:	Intervención
IC:	Intervalo de confianza
JUNAEB:	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas
JUNJI:	Junta Nacional de Jardines Infantiles.
NHS CRD:	National Health Service Centre for Reviews and dissemination
NS:	No significativo (estadísticamente).
NSE:	Nivel socioeconómico.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONU:	Organización de las Naciones Unidas.
OR:	Odds Ratio
pb:	problema
PHV:	Programa de Habilidades para la Vida
pp:	Postparto
RN:	Recién Nacido
RR:	Riesgo Relativo
RS:	Resultados significativos
SE:	Socioeconómico
SENAME:	Servicio Nacional de Menores.
SINAE:	Sistema Nacional de Asignación con Equidad.
TE:	Tamaño de efecto.
VD:	Visita Domiciliaria

Instrumentos de Medición

CBO	Chile Behavior Questionnaire
CPI:	Cooperative Preschool Inventory
HSQ	Home Screening Questionnaire
ECBI	Eyberg Child Behavior Inventory
BSQ	Behavior Screening Questionnaire
DPICS-R	Dyadic Parent Child Interactive Coding System-Revised

GLOSARIO DE TERMINOS

I. Epidemiológico

- ***Análisis multivariado:*** método de ajuste de covariables.
- ***Incidencia:*** medida de la ocurrencia de casos nuevos de una determinada condición o enfermedad
- ***Asignación aleatoria:*** en estudios experimentales, método de distribución al azar de los sujetos a los grupos de intervención y control
- ***Desenlaces /Outcomes:*** resultados de salud, pueden ser individuales o poblacionales.
- ***Efectividad:*** efecto de la intervención en condiciones pragmáticas o de aplicación real.
- ***Eficacia:*** efecto de la intervención cuando es aplicada en condiciones experimentales controladas.
- ***Ensayos controlados / ensayos cuasialeatorizados:*** estudio de intervención controlado en el que la asignación a los grupos se realizó mediante un método no estrictamente aleatorio, tal como alternancia, número par o impar, según día de la semana, etc.
- ***Estadísticamente significativo:*** $p \leq 0,05$ (p =si la hipótesis nula fuera cierta, probabilidad haber encontrado una asociación igual o mayor a la detectada en el estudio)
- ***Estudio cuasi experimental:*** estudio de intervención controlado en el que la asignación a los grupos se realizó sin utilizar un método aleatorio o cuasialeatorio
- ***Estudio de Cohorte:*** estudio observacional analítico, longitudinal o de seguimiento.
- ***Magnitud del efecto:*** cualquier medida cuantitativa de los efectos de una intervención. Puede expresarse en términos absolutos o relativos.
- ***Metaanálisis:*** técnica estadística utilizada en algunas revisiones sistemáticas, que permite combinar los resultados de varios estudios, ponderándolos de acuerdo a su varianza o tamaño muestral.
- ***Prevalencia:*** proporción de una población que presenta la condición en un momento determinado.
- ***Significación Clínica:*** importancia sanitaria o clínica de los efectos de una intervención, independientemente de su significación estadística.

- **Tamaño de efecto:** medida de magnitud adimensional comúnmente utilizada para combinar estudios con resultados expresados mediante variables continuas y distintas escalas de medición. Se calcula considerando la diferencia de promedio y la varianza.

II. Intervenciones

- **Intervención temprana:** puede entenderse como intervenciones que empiezan temprano en la vida (0 a 6 años) o bien que empiezan tempranamente ante la expresión de una condición desfavorable.
- **Rooming-in:** posibilidad de tener las veinticuatro horas del día (o muchas horas al día) al recién nacido en la habitación de la maternidad con la madre, ofrecen la posibilidad a las nuevas mamás de acceder con libertad a la nursery, de dar el pecho a petición y de llevar a menudo al pequeño a la habitación.
- **Contacto temprano:** permitir el contacto físico entre la madre y el RN, con o sin contacto piel a piel.
- **Programas de Visita Domiciliaria:** estrategia de intervención comunitaria que permite otorgar una amplia gama de servicios (información, guía, apoyo emocional) directamente a las familias en sus hogares. Pueden ser realizados por profesionales de salud o paraprofesionales y tener diferentes objetivos y bases teóricas.
- **Programas multimodales:** (multicomponente) son intervenciones complejas dirigidas a varios objetivos a la vez, o en varios escenarios de la comunidad (escuela, familia, salud, apoyo social). Usan una variedad de estrategias de intervención (visitas domiciliarias, jardín infantil, acceso a salud, apoyo telefónico, apoyo laboral, etc.) y son de larga duración (aproximadamente dos años)
- **Intervenciones comunitarias:** acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de los sujetos integrantes de algún grupo o comunidad, basadas en aspectos teóricos de psicología comunitaria como empoderamiento, participación, promoción de salud, etc.
- **Programa de entrenamiento parental:** Intervenciones destinadas a los padres, centrada en entregar herramientas, y desarrollar habilidades que les ayude a desempeñar de mejor manera su labor de padres.
- **Programas escolares:** Intervenciones diseñadas para niños en edad escolar, implementadas directamente en las escuelas, talleres grupales con diferentes orientaciones teóricas y focos.
- **Taller de Autocuidado:** Actividad grupal centrada en la promoción de prácticas de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

- **Taller Psicoeducativo:** Intervención basada en la hipótesis de que la información ayuda a adquirir sensación de control sobre un proceso, a veces caótico y aparentemente ingobernable. Se asocia con la disminución del miedo, la angustia y la confusión, ayuda a crear un ambiente más controlado y predecible, y permite establecer expectativas y planes realistas para el futuro.
- **Case conference:** Manejo de casos individuales/familiares en condiciones de riesgo por un equipo multidisciplinario, con seguimientos de progreso.
- **Terapia Conductual:** aplicación sistemática de los principios y técnicas del aprendizaje en la modificación de la conducta humana.
- **Intervenciones con Escala de Brazelton:** acciones que aplican escala de Evaluación del Comportamiento Neonatal (NBAS) que evalúa una amplia gama de comportamientos, describiendo las capacidades del bebé, las respuestas adaptativas y sus capacidades, se puede aplicar hasta los tres meses de vida.
- **Juego Interactivo:** Actividad que supone una interacción breve, repetitiva y de carácter lúdico con otra persona, que incluyen contacto físico y canciones o rituales verbales, en ausencia de objetos.
- **Lactancia exclusiva:** es cuando no se da al bebé alimentos ni líquidos aparte de la leche materna.
- **Lactancia libre demanda:** régimen de lactancia donde es el niño el que regula la frecuencia de las mamadas de acuerdo a la necesidad que tiene de recibir alimento y de hidratarse.
- **Consejería:** proceso en el que un experto ayuda al aconsejado proveyéndole la oportunidad de que él mismo pueda lograr el progreso.

III. Otros

- **Afrontamiento:** esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y/o internas valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.
- **Ansiedad:** estado emocional en el que se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanentes, por causas no conocidas a nivel consciente.
- **Apego:** lazo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para el desarrollo de sus habilidades psicológicas y sociales.

- **Asertividad:** conjunto de comportamientos interpersonales que refieren la capacidad social de expresar lo que se piensa, lo que se siente y las creencias en forma adecuada al medio y en ausencia de ansiedad.
- **Attachment Q set:** Prueba que mide el nivel de conductas de apego y emociones en infantes. Consiste en la observación de 90 conductas en el niño/a en presencia y ausencia de su cuidador primario. Su aplicación requiere hasta 4 horas.
- **Autoeficacia:** convicción personal de que se pueden realizar con éxito cierta conducta requerida en una situación dada.
- **Autoestima:** concepto que se utiliza para definir la autovaloración o autopercepción de las personas con respecto a si mismos. Puede entenderse desde una perspectiva positiva o negativa.
- **Calostro:** primera secreción láctea de los mamíferos después del parto.
- **Cognición:** unidad mental que le sirve al ser humano para captar y organizar la realidad, tanto interna como externa. Toda cognición implica llevar a cabo una operación intelectual, está asociada con alguna emoción y permite, de manera simultánea, emitir un juicio sobre esa realidad.
- **Depresión:** estado mental que se caracteriza por sentimientos permanentes de tristeza, desesperación, pérdida de la energía y dificultad para manejarse en la vida cotidiana normal. Otros síntomas de la depresión incluyen sentimientos de inutilidad y desesperanza, pérdida del placer en la realización de actividades, cambios en los hábitos de alimentación o dormir, y pensamientos de muerte o suicidio.
- **Díada:** Vínculo madre – hijo desarrollada durante los primeros meses de vida, caracterizada por la dependencia biológica y emocional del niño/a hacia la madre, pareja madre – hijo.
- **Episiotomía:** realización de una incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" por una parte para abreviar y facilitar el parto y por otra prevenir los desgarros en esa zona.
- **Factores de riesgo:** característica o cualidad de un sujeto o comunidad, que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud
- **Factores protectores:** son todos aquellos factores que, según se ha demostrado en diversos estudios, disminuyen la probabilidad de desarrollar diferentes trastornos y/o conductas de riesgo.
- **Fit:** *ajuste o encaje entre las características de la madre y de su hijo, que determina la calidad de la interacción*

- **Habilidades de enfrentamiento:** capacidades que permiten abordar con eficacia las presiones y requerimientos de lo que nos rodea y de las relaciones con los demás.
- **Habilidades para la vida:** conductas positivas de adaptación que permiten a los individuos manejar las exigencias y los desafíos de la vida diaria. También se refiere a las habilidades para fomentar el desarrollo psicológico y social, como en la toma de decisiones y en la solución de problemas, en el pensamiento crítico y creativo, en las relaciones interpersonales y de comunicación, en la autoconciencia, y en saber sobrellevar las emociones y las situaciones que causan estrés.
- **HOME:** escala construida para detectar indicadores de la cantidad y calidad del apoyo social, emocional y cognitivo disponible para el niño en su hogar. Ha sido ampliamente utilizado y ha resultado ser sensible a la detección de características familiares al ser aplicada en poblaciones latinoamericanas.
- **Maternaje:** conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan e integran en la mujer en ocasión de su maternidad.
- **Método de amenorrea de la lactancia:** método de planificación familiar que usa la lactancia como protección natural contra el embarazo durante los seis meses posteriores al nacimiento del bebé. Las mujeres que usan este método deben amamantar de manera exclusiva, o casi exclusiva para protegerse y no quedar embarazadas.
- **Multíparas:** mujer que ha tenido varios hijos.
- **Negligencia:** acto que no logra cumplir con las normas de seguridad establecidas por la comunidad. Exponer a otro individuo o grupo de individuos a un riesgo de peligro extraordinario.
- **Parentalidad:** condición de padre/madre, así como el desempeño del rol que implica
- **Posición Ventral:** Posición boca a bajo.
- **Prenatal:** período entre la concepción y el nacimiento (antenatal).
- **Primíparas:** mujeres que dan a luz por primera vez.
- **Responsividad materna:** comportamiento donde la madre se situaría en el lugar del niño logrando responder con prontitud y adecuación a sus necesidades.
- **Sintaxis:** parte de la gramática que estudia la forma en que se combinan y relacionan las palabras para formar secuencias mayores, cláusulas y oraciones.
- **Stress:** reacción natural de defensa que manifiesta nuestro sistema psicosomático frente a la agresión inmediata a breve, mediano o largo plazo.

- **Temperamento:** constitución particular de cada persona que resulta del predominio fisiológico o funcional de un sistema orgánico sobre otro.
- **Vulnerabilidad:** exposición a contingencias y presiones y la dificultad de hacer frente a éstas.

1 INTRODUCCION

El presente informe fue comisionado por el Ministerio de Salud a Medwave Estudios, para apoyar la toma de decisiones de salud pública respecto a la definición de políticas de promoción en salud mental, dirigidas a familias con niños y niñas en etapa preescolar y escolar temprana (de 0 a 6 años).

La oferta de servicios en Salud Mental Infantil (SMI) basados en evidencia ha adquirido recientemente gran relevancia en todo el mundo (Fonagy et al. 2002). Tal preocupación se ha debido a:

1. El creciente aumento en la prevalencia de las enfermedades mentales de inicio en la infancia,
2. La brecha creciente entre las necesidades de atención y la oferta de servicios,
3. Los cambios económicos, sociales y culturales que introducen tensión a la vida familiar,
4. La mayor valoración social de la salud mental,
5. Las demandas provenientes de los proveedores de seguros de salud y
6. La relevancia de la relación de costo beneficio positiva que parece implicar la inversión social en la infancia, por sobre el gasto que involucra la provisión de servicios durante la vida adulta.

Actualmente se hace esencial aumentar y mejorar la calidad de información destinada a transferir tecnologías a quienes toman decisiones en el desarrollo de políticas de Salud Mental (SM).

La SM es un concepto complejo de definir, debido a que está condicionada por múltiples factores, tiene variadas definiciones de acuerdo al modelo teórico y a los diferentes contextos en que ésta puede usarse. Chile en su plan nacional de Salud Mental y Psiquiatría reconoce la definición de Salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): "... un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2004a).

En tal definición se considera la SM en el contexto de un concepto de salud más, enfatizando el hecho de que ésta es mucho más que la simple ausencia de enfermedad y debe ser considerada como... "... un estado de bienestar en el cual el individuo desarrolla sus propias habilidades, puede enfrentar el stress normal de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de realizar contribuciones a su comunidad" (OMS, 2004a). Una concepción actual de SM incluye la idea de bienestar subjetivo, autonomía, competencia y el reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente (OMS, 2004a). Tales ideas son aplicables al individuo, la familia y la comunidad, y consideran una visión de contexto en el que se desarrollan las personas.

En todo el mundo la carga de enfermedad asociada a la SM genera altos costos económicos a los individuos, familias y sociedad en su conjunto (OMS, 2004b). Así mismo, los problemas de SM de origen en la infancia implican costos adicionales, puesto que sus consecuencias tienen amplio impacto en sectores tales como educación

y justicia generando grandes riesgos para el desarrollo del capital social de las naciones (OMS, 2004b).

Por ello las intervenciones de promoción en salud mental y prevención de trastornos mentales en la infancia pueden y deben contribuir a la reducción en el aumento progresivo de la carga de enfermedad debida a trastornos mentales y contribuir de esta manera al desarrollo de los países (OMS, 2004a).

El desarrollo de políticas públicas en torno a la SM infantil (SMI) debe considerar el complejo entramado de determinantes (biológicos, sociales y psicológicos) que afectan los niños, niñas y sus comunidades, y por ello se asume que el desarrollo de programas efectivos requiere de intervenir en los múltiples aspectos que son susceptibles de ser modificados.

Recientemente ha adquirido gran relevancia el modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS) dando paso al diseño de políticas que ponen en el centro a la acción intersectorial coordinada para la modificación de los múltiples determinantes que afectan la salud mental de las personas y que corresponden a áreas específicas tales como justicia, educación y el propio sector salud.

El énfasis en los DSS ha revitalizado las intervenciones promocionales y preventivas poniendo en el centro a las comunidades como el eje en el que se desarrollan las políticas públicas en SM. Un ejemplo claro de esto es la amplia diseminación que han tenido programas de intervención temprana en países en desarrollo, cuyos resultados son prometedores para la intervención sobre los determinantes de la inequidad en el desarrollo integral de niños, niñas, familias y comunidades.

En el área de la SMI es donde el modelo de los DSS adquiere mayor sentido. Una concepción actual de la SMI enfatiza la idea del desarrollo como un proceso de transformaciones continuas, que está en estrecha interacción con el contexto en que éste se da; es decir, la familia y la comunidad. Por lo tanto la comprensión de la SMI debe contener una visión individual, de sistemas y adaptación en contexto.

Los *aspectos individuales* de la SMI consideran la ausencia o presencia de sintomatología clínica como principal indicador de bienestar. Entre los problemas de SMI más comunes en lactantes (0 a 36 meses) se hayan los problemas del sueño, de alimentación y llanto excesivo con una prevalencia entre 15 a 20% en población general. Se describen también estados de ansiedad y depresión (Maldonado-Durán 2002) así como trastornos de la relación clínicamente objetivables, aunque los sistemas clasificatorios (Zero to Three, 1994) para la primera infancia aún no cuentan con una amplia aceptación de la comunidad científica.

Datos en población consultante sobre la frecuencia de manifestaciones de trastornos en la primera infancia incluyen el llanto excesivo en un 29,4%, problemas de la regulación sueño-vigilia 25,8%, inquietud disfórica (con inquietud motora y falta de ganas de jugar) 30,1%, problemas de alimentación 40,4%, problemas del sueño 62,8%, apego (contacto) excesivo 12,3%, oposición excesiva 20,3% y conducta agresiva-oposicionista 6,8% (Papousek et al. 2004; Skovgaard et al. 2007). Estas dos últimas se presentan después de los dos años.

Por otra parte, mucho se ha escrito sobre la relevancia que tendría la calidad de la relación del niño con sus figuras de apego. Numerosos estudios relacionan la sensibilidad materna¹ con conductas de cooperación y mayor regulación del niño o niña, sin embargo el tamaño del efecto varía de estudio en estudio y en algunos casos, parece marginal cuando se compara con el que tendrían variables tales como el nivel socioeconómico, nivel educacional de los padres, salud mental de los padres, empleo, violencia, consumo de alcohol y drogas, etc. (Fonagy 1998).

La SMI debe considerar que el niño o niña se encuentra en un proceso dinámico de desarrollo. La consideración de la etapa respectiva del desarrollo en que se encuentra ese niño o niña es fundamental para la comprensión, la detección precoz de rezagos y el tratamiento, dado que algunos trastornos se presentan con una mayor incidencia en ciertos momentos específicos del desarrollo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Identificar y sintetizar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones de promoción en el ámbito de la salud mental, en familias con niños y niñas de 0 a 6 años, a nivel nacional e internacional.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar y sintetizar la mejor evidencia disponible en la literatura internacional sobre la efectividad de las intervenciones de promoción en el ámbito de la salud mental, en el grupo etéreo seleccionado.
- Identificar y sintetizar la mejor evidencia disponible en la literatura nacional sobre la efectividad de las intervenciones de promoción en el ámbito de la salud mental, en el grupo etéreo seleccionado.
- Identificar las mejores prácticas, a partir de la evidencia disponible, para la promoción en el ámbito de la salud mental, en el grupo etéreo seleccionado.
- Efectuar recomendaciones sobre la aplicación de las intervenciones efectivas a nivel nacional.

3 MÉTODOS DE LA REVISIÓN

3.1 Consideraciones Generales

a) Alcances de la revisión

Los ámbitos de la promoción, prevención, detección precoz y tratamiento generalmente se dan en un continuo en el área de la salud mental. Tanto la promoción y la prevención en algunos outcomes suelen sobreponerse haciendo; en algunos casos, difícil la distinción de cada uno. Las intervenciones para el presente estudio se han analizado en cuanto a objetivos, medios, población objetivo, presencia de factores de riesgo, momento de la aplicación de la intervención para ser clasificadas en una u otro ámbito.

Los criterios que han guiado esta distinción en el ámbito de la promoción son:

- La promoción tiene como objetivo aumentar el bienestar personal y colectivo.
- La promoción pone el acento sobre la potenciación de las capacidades y los recursos existentes.
- Las intervenciones en promoción pretenden desarrollar factores potenciadores, factores protectores y las condiciones favorables al desarrollo y mantención de la salud mental.
- La población objetivo de las intervenciones de promoción pueden ser universales o subgrupos particulares.
- La promoción se puede ejercer en todo momento.
- Los modelos teóricos de la promoción son modelos ecológicos y socioculturales que amplían el ámbito de la intervención considerando a la persona inserta en su medio, así la consideración del contexto se hace relevante para el cambio. La psicología del desarrollo aporta el concepto de evolución dinámica del individuo y su salud mental.

Por otro lado los criterios que han guiado esta distinción de las intervenciones en el ámbito de la prevención son:

- La prevención tiene como objetivo reducir la incidencia de problemas de salud mental
- la prevención pone su esfuerzo sobre el mejoramiento de las vulnerabilidades y debilidades de las personas.
- Las intervenciones en el ámbito de la prevención pretenden eliminar o reducir factores de riesgo o bien modificar las condiciones que llevan a la aparición de problemas de salud mental
- La población objetivo de la prevención es población general, subgrupos expuestos a factores de riesgo o a condiciones patológicas.
- El momento de la aplicación de las intervenciones de prevención es usualmente ante la aparición de síntomas.
- Los modelos teóricos a la base de las intervenciones en prevención son clínicos y de salud pública. Los modelos clínicos permiten la comprensión de la etiología de los trastornos, lo que facilita implementar tratamientos eficaces capaces de reducir o curar los síntomas de personas afectadas, o en riesgo de ser afectadas. El

modelo de salud pública y epidemiológica contribuye al mejor control de los factores de riesgo para reducir la incidencia de los problemas de salud mental.

A objeto de entregar un panorama exhaustivo de las potenciales áreas y mecanismos de intervención promocional, la revisión incluye tanto los estudios realizados con fines experimentales, como una descripción de las características y resultados de programas reconocidos de promoción implementados a escala nacional e internacional. Estos últimos fueron incluidos, aún cuando la evaluación de sus resultados no posea condiciones de rigurosidad científica, porque constituyen ejemplos de experiencias reales aplicadas que pueden aportar información de utilidad para la toma de decisiones en términos de costos, barreras para la implementación, aceptabilidad por parte de la población a los que han sido dirigidos o de los agentes involucrados, así como de impacto sanitario, entre otros aspectos.

b) Tipos de intervenciones, medidas de resultados y poblaciones diana

La revisión aborda cualquier forma de intervención que haya sido objeto de evaluación de resultados a través de métodos experimentales, y programas de intervención que posean algún tipo de evaluación de resultados.

La revisión aborda cualquier forma de intervención que haya sido objeto de evaluación de resultados a través de métodos experimentales, y programas de intervención que posean algún tipo de evaluación de resultados.

Las medidas de resultado (desenlaces; *outcomes*) consideradas son:

1. Promoción de la no violencia (en niveles individual, familiar, conyugal, escuela y comunidad). Conductas no violentas o de "buen trato". Disciplina no violenta
2. Interacción Padres – Hijos
Fomento de competencias parentales, fomento de apego seguro con su cuidador principal, crianza sensible, relaciones de buena calidad, resolución de problemas e crianza, participación activa de los padres juegos/tareas.
3. Lactante
Cuidados/ interacciones sensibles, fomento de lactancia materna , fomento de regulación fisiológica.
4. Infante y preescolar
Promoción del desarrollo cognitivo, desarrollo emocional, desarrollo social, desarrollo psicomotor, preparación ingreso escolar, rendimiento académico, fomento de resiliencia, habilidad de resolución de problemas.
5. Conductas de vida saludables
Nutrición, recreación familiar, actividad física, libre de consumo de drogas.

Poblaciones diana:

- Población general

- Hijos de madres adolescentes
- Hijos de madres con patología psiquiátrica
- Familias en situación de Pobreza

3.2 Búsqueda bibliográfica

a) Fuentes y cobertura temporal de la búsqueda

Fuentes: Bases de datos electrónicas (Medline, Lilacs, Psycinfo, SOC index), bases de datos y otras fuentes de recopilación de revisiones sistemáticas (DARE, Cochrane Databases, HTA Database), sitios web y otras fuentes de literatura gris relacionadas con el tema, contacto con autores y expertos nacionales, listas de referencias de los artículos seleccionados.

Cobertura temporal de la búsqueda: hasta Agosto 2007.

Idiomas: Estudios escritos disponibles en inglés, español y portugués.

Palabras clave (utilizadas en conjunto para revisión de intervenciones de prevención y promoción):

Adolescent Psychology and Prevention
Anxiety, Separation
Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorder
Behavior Disorders
Bullying
Child Developmental Disorders, Pervasive
Cognitive development
Communications Disorders
Crying
Depression
Development
Developmental Disabilities
Early Intervention
Education
Elimination Disorders
Emotional development
Evidence based Intervention
Excessive crying
Family
Family education
Family Health
Family Relations
Feeding and eating Disorder
Feeding and Eating Disorders of Childhood
Health care strategies
Health behaviours
Health education
Health Promotion

Improve health
Intervention Program
Language
Language Development Disorders
Learning Disorder
Maternal Behavior
Mental Development
Mental Disorders
Mental Disorder Diagnosed in Childhood
Mental Health
Mental Health Services
Motor Skills Disorders
Parent Child Relationships
Parenting
Parents
Peer support
Prevent*
Preventing Mental Health
Primary Prevention
Promot*
Promoting Mental Health
Psychological stress
Psychomotor
Reactive attachment disorder
Regulation disorder
Suicide prevention
Violence Child abuse and prevention

b) Criterios de inclusión y exclusión

b.1 Estudios primarios y revisiones sistemáticas

Criterios de inclusión:

- Estudios en seres humanos a escala individual, grupal, institucional (jardín infantil), comunitaria o poblacional.
- Referidos a intervenciones promocionales del ámbito de salud mental dirigidas a la población de 0 a 6 años o a su contexto inmediato (familia) entre los sujetos que son sometidos a la intervención o son el objetivo de ésta.
- Que posean una evaluación cuantitativa de resultados (el estudio original o aquellos considerados en las revisiones). Este criterio fue flexibilizado para incorporar revisiones narrativas de buena calidad, aunque no incluyeran una síntesis cuantitativa de resultados, cuando no se logró identificar alguna revisión sistemática referida a un tipo de desenlace específico que fuera de interés para los objetivos del reporte.
- Diseño:
 - o Revisiones sistemáticas de la literatura: sin restricciones respecto al diseño seleccionado por los autores de la revisión.

- Estudios primarios (investigaciones originales): estudios experimentales controlados (ensayos aleatorizados o cuasialeatorizados).

Nota: Se seleccionó estudios primarios sólo en ausencia de revisiones que hubieran abordado el tipo de intervención, desenlace o población diana de interés.

Criterios de exclusión:

- Estudios limitados a descripción de marcos conceptuales, objetivos, procesos o impacto cualitativo de programas o intervenciones, sin análisis cuantitativo de los efectos de la intervención.
- Investigación cualitativa, encuestas.

b.2 Programas nacionales e internacionales

Programas reconocidos, con antecedentes de ejecución efectiva y de los que se dispone de información suficiente respecto a las características de las intervenciones aplicadas, y alguna forma de evaluación de impacto (publicada o no publicada).

3.3 Análisis y síntesis de resultados

3.3.1 Estudios primarios y revisiones sistemáticas

a) Análisis de validez

El análisis de validez interna de los estudios contempló los siguientes criterios principales:

Revisiones sistemáticas

- Calidad de la búsqueda bibliográfica, considerando si se cumple o no:
 - Búsqueda de literatura gris (contacto a expertos, listas de referencias, búsqueda manual)
 - Amplitud de la búsqueda electrónica (en múltiples bases de datos)
 - Restricciones geográficas o idiomáticas
- Calidad del análisis crítico de los estudios incluidos en la revisión, considerando si se cumple o no:
 - Identificación del diseño de cada estudio individual
 - Realización de análisis crítico formal de condiciones de validez interna
 - Reporte de los resultados del análisis de cada estudio individualmente

Estudios primarios

- Método de asignación
- Otros métodos para control de variables confusoras

- Enmascaramiento
- Pérdidas de seguimiento
- Unidad de análisis

b) Síntesis de resultados

La síntesis de resultados del proceso de búsqueda, selección y análisis de los estudios fue estructurada en las siguientes secciones:

- La lista de revisiones sistemáticas seleccionadas: refleja el universo de investigación secundaria realizada en el área.
- Lista de estudios preseleccionados que fueron excluidos y las causales de exclusión.
- Tablas con la descripción general de las revisiones sistemáticas seleccionadas: corresponde a los formularios de extracción de datos en los que se resume las principales características de cada revisión en cuanto a los tipos de intervenciones evaluadas, población diana, desenlaces, cobertura temporal y calidad metodológica de la revisión.
- Las tablas con la descripción de los resultados de las revisiones sistemáticas seleccionadas: corresponde a los formularios de extracción de datos en los que se resume los resultados de los estudios primarios incluidos en cada revisión, agrupados por tipo de desenlace (outcome), tipo de intervención, y en algunos casos, moderadores de efecto de las intervenciones (relacionados con el tipo de sujeto, de intervención, de contexto, desenlace o calidad de los estudios).

NOTAS:

En muchos casos los resultados de un estudio o conjunto particular de estudios no se encuentran detallados en las RS en términos cuantitativos (por ej. tamaño de efecto, RR, OR). En tales casos, la efectividad de la intervención fue expresada en las tablas en los mismos términos cualitativos o coloquiales utilizados por el autor de la revisión.

De manera similar, el diseño de investigación de los estudios referidos a un desenlace o tipo de intervención determinada sólo se menciona cuando existe una identificación expresa del mismo en la RS. En diversas revisiones sólo se hace referencia al diseño de los estudios seleccionados de un modo general (ej. estudios "controlados"; ver más adelante Tabla: Calidad de las revisiones seleccionadas).

- Síntesis cualitativa de los resultados de los estudios, ordenados por desenlace y tipo de intervención: corresponde a un segundo nivel de agregación o síntesis, que resume lo obtenido del conjunto de revisiones sistemáticas para cada tipo de desenlace.

3.3.2 Programas nacionales e internacionales

Se realizó una síntesis de los programas de intervención nacionales e internacionales identificados, mediante fichas de recolección de datos estandarizadas, y se confeccionó

tablas resumen que dan cuenta de la metodología de evaluación de resultados disponible y de los principales hallazgos respecto a cada uno de ellos.

4 RESULTADOS

4.1 Estudios primarios y revisiones sistemáticas

a) Resultados de la búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica dio lugar inicialmente un volumen de alrededor de 300 estudios, de los cuales la lectura de los resúmenes (abstracts) generó una lista de 71 artículos potencialmente elegibles. De estos últimos, su reanálisis y la lectura de los textos completos permitió seleccionar en definitiva un total de 30 revisiones sistemáticas (Anexo 1) que cumplieron los criterios de inclusión. Los estudios excluidos por razones temáticas o metodológicas se detallan en Anexo 2.

No se identificó estudios primarios que cumplieran los criterios de inclusión temáticos (brechas no cubiertas en las revisiones sistemáticas disponibles), ni metodológicos (ensayos aleatorizados o cuasialeatorizados).

Los estudios seleccionados fueron obtenidos de las siguientes fuentes:

Tabla 1: Revisiones sistemáticas

Fuente	Nº estudios seleccionados
Medline	27
DARE / HTA Database	0
PsyInfo	0
Listas de referencias	0
Lilacs	0
Otras*	3

* Google, sitios web institucionales

b) Descripción de los estudios seleccionados

Las características de las revisiones sistemáticas seleccionadas se detallan en Anexo 3, abarcan una amplia gama de intervenciones y al menos 20 categorías desenlaces de interés:

- lactancia materna
- regularización fisiológica del bebé: llanto
- regularización fisiológica del bebé: sueño
- conductas saludables; nutrición
- ambiente seguro y prevención de accidentes en el niño
- ambiente domestico de calidad
- Interacción / relación
- conducta de apego
- competencias parentales en población universal
- conocimientos de los padres
- rol / identidad materna
- adaptación emocional y conductual de los niños

- habilidades de enfrentamiento en situaciones de crisis
- autoestima infantil/autoconcepto
- relación / interacción: dimensión temperamento
- desarrollo del lenguaje / aprendizaje en población universal
- conductas saludables; actividad física
- desarrollo social en niños con y sin factores de riesgo niños
- calidad del ambiente del niño: reducción de la exposición al humo de tabaco efectos en la educación posterior de la madre

La Tabla siguiente resumen las principales condiciones de calidad metodológica de los estudios de revisión seleccionados.

Tabla 2: Calidad de las revisiones seleccionadas

Revisión	Amplitud búsqueda bibliográfica [1]	Análisis crítico [2]	Tipo de estudios incluidos
Albernaz, 2003	✓	✓	No se aplicaron criterios de inclusión/exclusión metodológicos.
Barlow, 2003	✓✓✓	✓✓✓	ECA
Barlow, 2004	✓✓✓	✓✓✓	ECA
Bass, 1993	---	✓	No se aplicaron criterios de inclusión/exclusión metodológicos.
Bernard-Bonnin, 1989	---	---	Ensayos controlados
Coren, 2001	✓✓✓	✓✓✓	ECA
de Oliveira, 2001	✓✓	✓✓✓	Estudios experimentales y cuasiexperimentales
Drummond, 2002	✓✓✓	✓	Evaluaciones de programas (distintos diseños)
Durlak, 1997	✓✓✓	✓✓	Estudios con grupo control
Elkan, 2000	✓✓✓	✓✓✓	Estudios con grupo control (ECA, ensayos no aleatorizados, estudios antes-después con grupo control).
Eshel, 2006	✓	---	Estudios de intervención (con énfasis en ECA pero no restringida a éstos)
Gagnon, 2000	✓✓✓	✓✓✓	ECA
Gardner, 2006	✓✓	✓✓✓	Incluye principalmente ECAs, estudios cuasialeatorizados y un estudio de caso.
Harada, 2005	✓	---	No se aplicaron criterios de inclusión/exclusión metodológicos.
Licence, 2004	✓✓✓	---	No se aplicaron criterios de inclusión/exclusión metodológicos.
Logsdon, 2003	✓✓	✓	No se aplicaron criterios de inclusión/exclusión metodológicos.
Magill-Evans, 2006	✓✓	✓✓	Estudios con grupo control o diseño pretest-post test
Melnyk, 2002	✓✓	✓	Estudios de intervención. Incluye principalmente ECAs, un estudio cuasialeatorizado y un estudio "experimental" no controlado.

Moore, 2007	✓✓✓	✓✓✓	ECA y ensayos cuasialeatorizados
Perez-Escamilla, 1994	✓	✓	ECA y estudios cuasiexperimentales
Regalado, 2001	✓	---	No se aplicaron criterios de inclusión/exclusión metodológicos
Roseby, 2003	✓✓✓	✓✓✓	ECA y ensayos cuasialeatorizados
Shaw, 2006	✓	✓✓	ECA
Sikorski, 2003	✓✓✓	✓✓✓	ECA y ensayos cuasialeatorizados
Spiby, 2007	✓✓	✓	ECAs, ensayos no aleatorizados con controles concurrentes, y estudios antes después.
Sweet, 2004	✓✓	✓	No se aplicaron criterios de inclusión/exclusión metodológicos
Tilford, 1997	✓✓✓	✓✓	ECA, ensayos cuasialeatorizados, y estudios no controlados en casos seleccionados.
Turley, 1985	---	---	Estudios experimentales controlados.
Underdown, 2006	✓✓✓	✓✓✓	ECA y ensayos cuasialeatorizados
van Sluijs, 2007	✓✓	✓✓	ECA y ensayos cuasialeatorizados

[1]: Se asignó un símbolo ✓ por cada una de las siguientes condiciones: a) Incluye búsqueda de literatura gris (contacto a expertos, listas de referencias, búsqueda manual), b) Se realizó búsqueda en múltiples bases de datos, c) No hubo restricciones geográficas ni idiomáticas.

[2]: Se asignó un símbolo ✓ por cada una de las siguientes condiciones: a) Existe identificación del diseño de cada estudio individual, b) Incluye análisis crítico formal de condiciones de validez interna, b) Se reportan los resultados del análisis de cada estudio individualmente.

Del total de revisiones, sólo 11 (37%) se restringen a estudios de alto rigor científico (ECA y ensayos cuasialeatorizados) y 7 (23%) no especifican ningún criterio a priori para la selección de los estudios. El resto establece criterios predefinidos pero amplios, por ej., cualquier forma de estudio controlado, o cualquier diseño que incluya una medición de la magnitud del efecto de la intervención.

La calidad de la búsqueda bibliográfica es alta en casi la mitad de los casos (13; 43%) y limitada en las restantes. Similar cosa ocurre con la calidad del análisis crítico, y en general existe correlación entre la robustez de la búsqueda y la del análisis.

c) Análisis y síntesis de los resultados

1. Intervenciones dirigidas a la promoción de la lactancia materna

Se encontraron numerosos estudios en esta área. Para facilitar el análisis se describirán los resultados según el **momento** en que se realiza la intervención: sólo durante la fase prenatal, sólo durante la fase postnatal, sólo durante el período del nacimiento/puerperio (en el contexto hospitalario), durante el período de parto y postnatal o bien durante todo este período; prenatal, parto y postnatal. También se presenta una RS que muestra resultados de intervenciones según la prevalencia de lactancia en el área estudiada.

La lactancia se midió generalmente por extensión de la duración en el tiempo, por la prevalencia de mujeres lactando y solo en algunos estudios se midió también en su intensidad. Esta última puede ser lactancia exclusiva (el bebé recibe sólo leche materna), lactancia completa (el bebé recibe leche materna y puede ser suplementada) y cualquier tipo de lactancia (mayor variedad).

1a. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período prenatal

Se identificó a este respecto 1 RS revisión sistemática de 9 ECA (Gagnon 2000) y otra (de Oliveira 2001) que incluye estudios experimentales y cuasiexperimentales (Kistin 1990, Pugin et al 1996, Vega Franco et al 1985, Rositer 1994, Duffy et al 1997, Wiles 1984, Hill 1987, Serwint et al 1996, y otros 9 ensayos).

Las intervenciones evaluadas han sido aplicadas en el período prenatal, específicamente durante el último trimestre del embarazo, en contextos clínicos y comunitarios. Las intervenciones incluyen uso de educación individual, grupal y asesoría individual. El foco principal de los temas son lactancia, técnicas y otros temas de salud. Se utilizó material escrito, videos, y entrenamiento o modelamiento con muñecas.

Si bien algunos estudios de la revisión de de Oliveira muestran resultados positivos (incluidos 2 cuasiexperimentales), la revisión de ECA más reciente no demostró efecto de las intervenciones educativas a padres, grupales o individuales.

1b. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento

Se distinguen dos grupos de estudios, un grupo sobre la técnica del contacto de piel a piel y otro grupo con variadas estrategias para fomentar lactancia en el ámbito hospitalario.

1b.i: Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento (Contacto piel a piel (CPP))

Se identificaron 3 RS que aportan evidencia al respecto, una reciente y centrada en ECAs y ensayos cuasialeatorizados (Moore 2007), y otras 2 más antiguas y de baja calidad metodológica (Bernard-Bonnin 1989, Pérez-Escamilla 1994). Los resultados expuestos se basan en la primera.

Este desenlace ha sido evaluado en contextos hospitalarios, y en algunos casos domésticos (en los que la madre continúa realizando CPP en casa). Las intervenciones consisten el uso de contacto piel a piel (CPP) entre la madre y el RN desnudo, en posición ventral sobre el abdomen o pecho de la madre, el RN puede succionar el pecho, es cubierto por paños tibios y se recambian. Este contacto madre hijo piel a piel (CPP), se diferenciara en 3 tipos según el inicio del primer contacto con respecto al momento del nacimiento, la duración de la exposición es variada, no todos los estudios dan cuenta de ella.

- CPP al nacimiento: contacto dentro del primer minuto postparto.
- CPP muy temprana: contacto se inicia a 30 a 40 minutos postparto.
- CPP temprana: contacto se inicia entre 1 a 24 horas postparto.

Otras intervenciones que se realizan también en estos estudios son: díada junta en sala, consejería y apoyo en lactancia, libre demanda al pecho, uso de suplementación, paquetes comerciales de promoción de lactancia.

Aunque poco precisos por el bajo tamaño muestral de los estudios, se han observado resultados positivos en frecuencia de lactancia al 1° y 4° mes postparto (OR 1,8), y una mayor duración promedio de ésta (diferencia de promedio 42 días) en las díadas intervenidas.

1b.ii. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento (varios tipos de intervenciones)

Se identificó 2 revisiones sistemáticas que aportan evidencia al respecto (Pérez-Escamilla 1994, Bernard-Bonnin 1989) sumando en conjunto un total de 17 ensayos (Evans 1986, Feinstein 1986, Guthrie 1985, Bergerin 1983, Dungy 1992, Frank 1987, Pérez-Escamilla, Salariya 1978, de Carvalho 1983, Illingworth 1952, Gray-Donald 1985, Gray-Donald et al 1985 (2), Herrera 1984, Cohen 1980, Hall 1978)

Las intervenciones incluyen uso de contacto temprano entre madre y bebé, díada junta en sala (rooming in), consejería y apoyo en lactancia, indicación de pecho con libre demanda, uso de suplementación con leche no materna, entrega de paquetes comerciales de promoción de lactancia. Este tipo de intervenciones se han aplicado en el contexto hospitalario, en postparto inmediato y puerperio.

Los 3 estudios que dan cuenta de la efectividad de tener a la díada junta en sala (rooming in) mostraron efectos positivos en términos de proporción de lactancia exclusiva al mes (RR≈2), pero el efecto se atenúa o deja de ser significativo al 4° mes.

Los 6 estudios que evaluaron la entrega de un paquete comercial de promoción de lactancia a la madre mostraron efectos en favor del grupo control al mes y al 4° mes.

Otras formas de intervención arrojan resultados negativos o no concluyentes.

1c. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período postnatal

Se identificó 2 revisiones sistemáticas de ECA y estudios cuasiexperimentales que aportan evidencia al respecto (de Oliveira 2001, Gardner 2005), sumando en conjunto un total de 13 ensayos (Barros et al 1994, Serafino – Cross 1992, Valdés et al 1993, Bloom et al 1982, Escobar et al 2001, Lieu et al 2000, Steel O'Connor et al 2003, Johnston et al 2004 y otros 5 estudios).

Este desenlace ha sido evaluado en contextos clínicos y domésticos. Las intervenciones fueron visitas domiciliarias realizadas por enfermera u otro profesional, visitas

domiciliarias con apoyo de seguimientos telefónicos, asesorías individuales realizadas por el personal de salud y apoyo telefónico asociado a ayuda doméstica.

Los resultados son discretos, 8 estudios no reportan efectos significativos y 5 estudios reportan efectos positivos aunque de baja magnitud (extensión promedio de duración de la lactancia en 1 a 2 semanas) o heterogéneos (frecuencia de lactancia significativamente mayor en algunos -ej. el doble- pero marginal o NS en otros).

1d. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento/puerperio (hospital) y postnatal

Se identificó 4 RS que aportan evidencia al respecto (de Oliveira 2001, Bernard-Bonnin 1989, Albernaz 2003, Sikorsky 2003), sumando en conjunto un número amplio de ECA, ensayos cuasialeatorizados y estudios cuasiexperimentales (Frank et al 1987, Jones 1985, Houston et al 1981, Froozani et al 1999, Neyzi et al 1991, Bolam et al 1998, Grossman et al 1990, Hall 1978, Jones 1986, Morrow 1999, Haider 1996, Kramer 2001, Haider 2000, Bolam 1998, Davies-Adetugbo 1997, Neyzi 1991, Sciacca 1995, Barros 1994, Brent 1995, Davies 1997, Haider 1996, 2000, Jenner 1988, Kramer 2001, Leite 1998, Lynch 1986, Mongeon 1995, Morrell 2000, Morrow 1999, Porteous 2000, Sjolín 1979 y otros 9 estudios).

Este desenlace ha sido evaluado en contextos hospitalarios y domésticos. Las intervenciones incluyen uso de asesoría por expertos y enfermeras, educación individual y grupal, visitas domiciliarias, serie de llamadas telefónicas, número telefónico de consulta de urgencia, material escrito.

La mayoría de los estudios reportan resultados positivos en lactancia. Destacan entre éstos las intervenciones basadas consejería cara a cara, que se asocian en general a tasas mucho mayores de lactancia exclusiva a 4-6 meses, efecto que aumenta con un mayor número de VD.

Las intervenciones dirigidas a modificar las conductas de los profesionales para promover la lactancia en el medio hospitalario y comunitario mostraron resultados negativos o discretos.

1e. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante la fase de pre y postnatal

Se identificó 2 RS que aportan evidencia al respecto, ambas de buena calidad incluyendo ECA, ensayos cuasialeatorizados y estudios cuasiexperimentales (de Oliveira 2001, Sikorski 2003), sumando en conjunto alrededor de 20 estudios (Haider 1998, Morrow et al 1999, Akram et al 1997, Davies 1996, Palti et al 1988, Jakobsen et al 1999, Kistin et al 1994, Mongeon et al 1995, Greiner 1999, Frank 1987, Froozani 1999, Haider 2000, Jenner 1988, Kramer 2001, Leite 1998, Moore 1985, Morrell 2000, Porteous 2000, Sjolín 1979).

Las intervenciones incluyen uso de visitas domiciliarias por profesionales y no profesionales, asesorías individuales, discusiones grupales, llamadas telefónicas, uso de material audiovisual (canciones radiales y poster). El foco de las intervenciones era

en torno a lactancia, cuidado del niño y otros, y se extienden desde el embarazo hasta uno o más meses después del parto.

La mayoría de los estudios mostraron efectos positivos a favor de la lactancia. Las intervenciones que tenían mayor frecuencia de VD resultaron ser más efectivas que aquellas de menor frecuencia.

1f. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante las fases de prenatal, parto (hospital) y postnatal

Se identificó una revisión sistemática que aporta evidencia al respecto (de Oliveira 2001), sumando en conjunto un total de 4 estudios experimentales y cuasiexperimentales (Brent et al 1995, Jenner 1988, Alvarado et al 1996, Gagnon et al 1997).

Las intervenciones incluyen uso de una combinación de estrategias según el período, en fase prenatal se usó mas asesoría, VD; en hospital se usó asesoría directa en lactancia, visitas diarias por expertos, aproximaciones centradas en las preocupaciones de la madre, alta precoz; en el postparto se usaron VD, asesoría psicológica, sesiones grupales, material escrito, entre otras.

Todos los estudios dan cuenta de resultados positivos importantes a favor de la lactancia a corto y mediano plazo (primer semestre de vida).

1g. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas en distintas áreas de prevalencia de lactancia

1 RS (Sikorki 2003) con 11 estudios evalúa el efecto de las intervenciones en promoción de lactancia según la prevalencia en lactancia existente en el área donde se realizó la intervención. Los resultados muestran que en áreas de una mayor prevalencia basal de lactancia (mas que un 80%), el beneficio protector del apoyo de la intervención fue discretamente mayor que en aquellas áreas de menor prevalencia, aunque la diferencia es poco relevante.

2. Intervenciones dirigidas a la promoción de regularización fisiológica del bebé: desenlaces sobre llanto

2 revisiones de alta calidad y restringidas a ECA y estudios cuasialeatorizados aportan evidencia en relación a este desenlace (Moore 2007, Underdown 2006), sumando en conjunto un total de 3 ensayos (Christerson 1992, Mazurek 1999, Field 1996).

Las intervenciones incluyen CPP al nacimiento (1 RS), y la aplicación de técnicas de masajes (1 RS), y sus efectos se expresan a través de mediciones de la frecuencia o duración del llanto.

Todos los estudios reportan resultados positivos de las distintas intervenciones en términos de mejoría de los patrones de llanto.

3. Intervenciones dirigidas a la promoción de regularización fisiológica del bebé: desenlaces sobre sueño

4 revisiones sistemáticas aportan evidencia en relación a este desenlace (Licence 2004, Magill-Evans 2006, Regalado 2007, Underdown 2006), sumando en conjunto un total de 7 ensayos (Barlow 2004, Cullen et al 2000, Wolfson et al 1992, Adair et al 1992, Pinilla & Birch 1993, Field 1996, Argawal 2000), la mayoría ECA.

Las intervenciones incluyen principalmente actividades educativas (entrenamiento parental) y guías anticipatorias o instrucciones escritas asociadas o no a masajes.

La mayoría de los estudios (5 de 7) reportan resultados positivos de las distintas intervenciones en términos de mejoría de los ciclos de sueño, tanto en los patrones de sueño como en la reducción de las levantadas nocturnas, excepto los masajes, que no parecen afectarlo.

4. Intervenciones dirigidas a promoción de conductas saludables: nutrición

Se identificó 1 revisión sistemática que aporta evidencia al respecto (Licence 2004), aunque de baja calidad metodológica. Sintetiza los resultados de 3 estudios (Tedstone 1998, Hastings 1998, Campbell 2004) referidos promoción de dieta sana y prevención de obesidad en niños no seleccionados.

Resultados poco concluyentes, no permiten extraer conclusiones sólidas sobre este foco de intervención ni sus efectos de largo plazo.

Este desenlace ha sido evaluado principalmente en contextos de colegios e intervenciones mediante medios de comunicación de masas.

5. Evidencia sobre la efectividad de Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente seguro y prevención de accidentes en el niño

Se identificó 4 revisiones sistemáticas que aportan evidencia respecto a este tipo de desenlace (Licence 2004, Harada 2005, Bass 1993, Logsdon 2003), aunque de baja calidad metodológica en general (sólo Bass se centra en ECAs).

Este desenlace ha sido evaluado en contexto doméstico o en colegios. Las intervenciones incluyen modificación de contexto, educación en colegio y educación a padres con o sin visitas domiciliarias. Comprende la reducción de riesgo de daño doméstico en el niño, tanto por modificaciones contextuales de la casa como en el mejoramiento de las interacciones.

Resultados heterogéneos o sobre desenlaces intermedios (ej. sobre temperatura del agua en el hogar o riesgos "observables" en el hogar). Estudios en embarazadas mediante visitas domiciliarias parecen ser los con mayor potencial de éxito en cuanto a reducción en la frecuencia de lesiones.

Una RS reporta una mayor eficacia en aquellos programas que utilizan metodología didáctica y práctica.

6. Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente doméstico de calidad

6.a Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente domestico de calidad en población universal

Se identificó sólo una revisión sistemática de buena calidad que aporta evidencia al respecto (Gardner 2005), sumando en conjunto un total de 7 ensayos (Amstrong et al 1999, Amstrong et al 2000, Fraser et al 2000, Escobar et al 2001, Lieu et al 2000, Steel O'Connor et al 2003, y uno no mencionado)

Este desenlace ha sido evaluado en contextos domésticos y las intervenciones incluyen uso de programas de visita domiciliaria para promover maternaje realizada por enfermeras u otro profesional y con diferentes estructuras de tiempo y foco. Este outcome incluye varias características ambientales, económicas e interaccionales del contexto inmediato en el que vive el niño, su casa.

Los estudios que han evaluado intervenciones de 1 o 2 visitas en período post parto no han demostrado efecto sobre el ambiente doméstico. Otras intervenciones más extendidas (con alto número de visitas y más de un año de duración) si han mostrado efectos altamente significativos en varios desenlaces (competencia materna, conocimientos, riesgo de maltrato, etc.) asociados a una mejoría de ambiente doméstico.

6.b Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente domestico de calidad en población selectiva

4 RS dan cuenta de este outcome población con factores de riesgo (Licence 2004, Regalado 2007, Melnyk, 2002, Eshel, 2006) que incluyeron 13 estudios (Elkan et al 2000, Frankenburg & Cons 1986. Casey et al 1988, Wiedmayer 1981, Harrison 1991, Zahr 1992, Barrera 1986, Resnick 1987, McCarton, 1997, Barnard 1984, Kendrick 2000, Gardner et al., 2003, Walter, 2004).

Las intervenciones consistieron en visitas domiciliarias únicas o combinadas con otro tipo de intervenciones (comunitarias, terapia, medios de masas) y sesiones centradas en el desarrollo. Los niños fueron considerados de riesgo sin especificación, de pretérmino, y bajo peso de nacimiento. Este desenlace se midió generalmente por el instrumento HOME o su versión abreviada.

En la detección de calidad del ambiente doméstico el uso de una versión abreviada del HOME, el Home Screening Questionnaire mostró una alta correlación con el instrumento original HOME y con evaluación de la interacción, seguridad e ingresos familiares.

1 RS de calidad moderada focalizada en niños prematuros de muy bajo peso encontró resultados consistentemente positivos utilizando instrumento HOME, así como en desarrollo mental y motor (3 ECA: Barrera 1986, Resnick 1987, McCarton 1997), para las intervenciones basadas en VD.

Otras 2 RS de baja calidad aportan resultados sobre las intervenciones basada en VD en otros niños "de riesgo" (Licence 2004, Eshel 2006). En todos los casos, tanto en

estudios de países de desarrollados como no desarrollados, se observó efectos positivos de las VD sobre la calidad del ambiente.

7. Intervenciones dirigidas hacia la promoción de la Interacción / relación

Se identificaron 6 RS (Magill-Evans 2006, Regalado 2007, Gardner 2005, Underdown 2006, Gagnon, 2007, Turley, 1985) con un total de 19 estudios de calidad y diseños heterogéneos (Fagan & Iglesias 1999, Scholz & Samuels 1992, Cullen et al. 2000, McBride 1991, Casey & Whitt 1980, Bristol et al 1984, Onozawa 2001; Jump 1998, Koniak-Griffin 1995, Turley y otros nueve estudios).

La mayoría de estos estudios se han realizado en bebés RN y menores de un año. Se distinguirán las intervenciones para padres y madres.

Las intervenciones realizadas con papás y bebés mostraron en general ser efectivas en mejorar la calidad de la interacción y el mayor involucramiento del padre en la relación, estas intervenciones consistían en técnicas de baño, masaje, discusiones grupales y juego interactivo, de hecho la participación grupal más larga (8 meses) mostró mayores efectos que las cortas. Por su parte, la educación prenatal grupal o individual no mostró efectos significativos en los padres (9 ECA, Gagnon).

Las intervenciones realizadas con madres muestran efectos beneficiosos para la interacción con sus bebés, los programas consistían la mayoría en talleres de masajes para los bebés, en el uso de guías anticipatorias sobre el desarrollo del en el control médico ambulatorio y una capacitación a mamás sobre las capacidades de su RN.

8. Intervenciones dirigidas a la promoción de conducta de apego

Se encontraron 3 RS para este desenlace, de alta calidad y restringidas a ECA y estudios cuasialeatorizados (Moore 2007, Underdown, 2006, Gagnon 2007). Las intervenciones seleccionadas son aquellas que tienen un efecto predominante en el ámbito de la promoción, y se han distinguido de otro tipo de intervenciones en apego de tipo preventivas.

Las intervenciones para promover apego o vínculo temprano entre la madre y el hijo se basan mayoritariamente en intervenciones que favorecen el contacto piel a piel (CPP), un fenómeno natural del parto que ha desaparecido con la tecnificación de éste mismo. El CPP es promovido por el equipo de salud de la maternidad, específicamente por matronas, médicos y auxiliares que trabajan en sala de parto como en el servicio de puerperio, por lo tanto el contexto es hospitalario. Otro tipo de intervenciones fueron talleres de masajes y sesiones de educación individual a la madre.

Los estudios y sus resultados son muy heterogéneos. 6 estudios reportan resultados positivos para la intervención y 8 no reportan efecto.

9. Intervenciones dirigidas a la promoción de Competencias parentales en población universal

4 revisiones sistemáticas aportan evidencia en relación a este desenlace (Licence 2004, Magill-Evans 2006, Gagnon 2007, Logsdon, 2003), sumando en conjunto un

total de 15 estudios, 3 de ellos estudios de cohortes y la mayoría de los restantes ECA (Gagnon 2004, Beal 1989, Fagan & Iglesias 1999, McBride 1991, Kitzman et al., 1997, Olds 1994 y otros 9 estudios).

Las competencias parentales incluyen conductas, prácticas y habilidades de los padres para la interacción y crianza del niño. El efecto de estas intervenciones sobre este desenlace fue estudiado también en familias en situación de vulnerabilidad y los resultados se muestran en otro informe referido a prevención.

Este desenlace ha sido evaluado en ámbitos comunitarios, domésticos y hospitalarios. Las estrategias utilizadas en estas intervenciones han sido VD, educación prenatal individual o grupal, programa de sesiones grupales para padres, durante una variedad de tiempo de 2 a 8 meses, sesiones con juegos interactivos con preescolares, observación de examen físico del recién nacido, educación sobre las habilidades y competencias propias del bebé.

Todos los estudios (10) sobre intervenciones de educación prenatal no mostraron efectos sobre el desenlace. Los papás (hombres) se benefician de las intervenciones mostrando efectos positivos importantes en el fomento de sus competencias como padres. Un estudio con madres reporta también efectos positivos.

10. Intervenciones dirigidas a la promoción de conocimientos de los padres

Se identificaron 7 RS para este desenlace (Gagnon 2007, Coren 2001, Magill-Evans 2006, Regalado 2007, Gardner 2005, Shaw 2006, Turley, 1985). Los estudios encontrados para este outcome fueron 22, con una gran variedad de diseños; 4 ECA, dos estudios de cohorte, ensayos no aleatorizados y un estudio cuasiexperimental (Corwin 1999, Westney 1988, Klerman 2001, Larges & Gordon 1999, Pfannenstiel & Honig 1995, Beal 1989, Fagan & Iglesias 1999, Chamberlin et al 1979, Chamberlin & Szumowski 1980, Dworkin et al 1987, Johnston et al 2004 y otros 11 estudios sin mención de autor).

El contexto de las intervenciones fue comunitario, clínico, hospitalario y doméstico. El tipo de estrategias utilizadas evaluadas incluyeron educación prenatal grupal o individual, observación del examen físico del RN, visitas domiciliarias realizadas por enfermera o por otro tipo de personal, programas multicomponente de sesiones parentales con apoyo social y telefónico, asesoría individual en control pediátrico. La mitad de las intervenciones con papás reportan efectos positivos, de mayor magnitud en aquellas que usan un foco concreto sobre las capacidades del RN y modelamiento de la conducta, en comparación con programas de educación con amplia gama de temas. Intervenciones mas largas parecieran tener un mayor efecto tanto en conocimientos como competencias.

Las intervenciones dirigidas hacia ambos padres o hacia las madres mostraron efectos heterogéneos, pero beneficiosos en varios casos. Se destacan como más efectivos VD multicomponente, programas con foco en fomentar conocimientos sobre las capacidades de los RN, y también las guías clínicas del desarrollo.

11. Intervenciones dirigidas a la promoción del rol / identidad materna

Se identificaron 7 RS (Gagnon 2007, Coren 2001, Gardner 2005, Turley 1985, Melnyk, 2002, Elkan, 2000, Barlow 2004) con un total de mas de 20 estudios (Hamilton-Dodd 1989, Koniak-Griffin 1992, Escobar et al 2001, Lieu et al 2000, Steel O'Connor et al 2003, Olds 2002, Olds et al 1999, Johnston et al 2004, Rauh 1988, Cobiella 1990, Melnyk 2001, Brown, 1997, Wolfson, 1992).

Las intervenciones consistían en su mayoría en VD de diferentes diseños e intervenciones de educación grupal o individual, y un programa multicomponente.

El contexto de las intervenciones era comunitario, clínico y doméstico y los programas estaban dirigidos a población general y a población de con factores de riesgo como madres adolescentes, padres de RN de bajo peso, y familias en condiciones de vulnerabilidad.

Las intervenciones muestran en general un efecto positivo sobre este desenlace. Las VD tuvieron un efecto más significativo, sobre todo los programas de larga duración, realizados por enfermeras, con foco en la relación interpersonal, centrados en temas específicos (desarrollo, capacidades del RN, salud) y con otro tipo de apoyo (multicomponente) como telefónico, salud o social. Las VD postparto de corta intervención (dos visitas) no reportan resultados positivos, aunque si en otros desenlaces de salud.

Las intervenciones educativas individuales o grupales mostraron efectos significativos en madres adolescentes, madres con factores de riesgo y en padres de niños prematuros que usaron videos y fueron realizados por enfermeras.

12. Intervenciones dirigidas a la promoción de promoción de adaptación emocional y conductual de los niños

Se encontraron 3 RS para este desenlace (Barlow 2003, Licence 2004, Durlak, 1997) que se refiere a la prevención de problemas de conducta, emocionales y sociales, basados en la promoción de habilidades y recursos individuales e interpersonales del niño, en niños de población general y algunos estudios con niños que cursaban un período de transición de momentos de riesgo en salud mental como es divorcio parental, ingreso escolar o cambio escolar.

Las intervenciones consistieron en programas, la mayoría de tipo grupal, dedicados a promover, entrenar competencias paternas en el manejo infantil.

Los resultados aportan evidencia de que las intervenciones tienen efectos positivos importantes. Pareciera ser que los efectos son mayores con niños de 2 a 7 años que con niños de 0 a 3 años. En la RS de Barlow 2003 se observa que los efectos reportados por los padres son menores a los efectos reportados por observadores independientes. En la RS de Durlak se mostró que las intervenciones más efectivas fueron aquellas de promoción de salud centrados en las personas, específicamente una sobre entrenamiento en resolución de problemas interpersonales en niños (TE 0.93) y otra sobre educación afectiva en niños (0.70). Las intervenciones de tipo cognitivo

conductual mostraron ser más efectivas que las de tipo educacional. Los programas de transición mostraron efectos positivos pero de moderada magnitud.

13. Intervenciones dirigidas a la promoción de habilidades de enfrentamiento en situaciones de crisis

Se identificó solo una RS de baja calidad metodológica para este desenlace (Licence 2004) con dos estudios (HS CRD 1997, Tilford et al 1997) los que muestran efectos positivos en las habilidades de enfrentamiento de los niños de situaciones difíciles; tales como separaciones, divorcio y duelo. El contexto de estos programas fue escolar y no se especifica un rango de edad de los niños.

Se intentó cubrir esta brecha y no se encontraron estudios primarios que cumplieran los requisitos de inclusión y que se refirieran al rango de edad de 0 a 6 años. Sólo se encontró literatura sobre intervenciones en la edad escolar.

14. Intervenciones con efectos en promoción de autoestima infantil /autoconcepto

Se encontró dos revisiones sistemáticas (Licence 2004 y Tilford 1997) con tres estudios (Tilford et al 1997, Ekeland et al 2004, Suter 1988).

Las intervenciones fueron programas de promoción de salud mental, uno incluía además actividad física y el otro sesiones estructuradas de juego realizados por padres entrenados. Un ECA no demostró diferencias significativas y restantes tienen resultados sugerentes pero con efectos de corto plazo. Se intentó sin éxito cubrir esta brecha mediante la búsqueda dirigida de estudios primarios, pero no se identificó investigaciones de calidad que cubrieran el rango específico de edad.

15. Intervenciones dirigidas a la promoción de la relación/ interacción: dimensión temperamento

Se identificaron 2 RS, 1 de baja calidad (Regalado 2007), y otra de buena calidad restringida a ECA y ensayos cuasialeatorizados (Underdown, 2006) con un total de 6 estudios (Little 1983, Cameron & Rice 1896, Elliott 2002; Jump 1998; Field 1996).

Intervenciones de masajes en bebés menores de seis meses no reportan efectos significativos en el niño, pero si se encuentran efectos positivos en la percepción de los padres que aumenta la comprensión y el ajuste diádico entre padres e hijos. Este desenlace también puede considerarse una brecha de investigación, en lo que respecta a otras intervenciones además de los masajes. La búsqueda de investigaciones primarias no aportó estudios que cumplieran los criterios de inclusión.

16. Intervenciones dirigidas a la promoción del desarrollo del lenguaje / aprendizaje en población universal

4 RS dieron cuenta de este desenlace (Coren 2001, Regalado 2007, Tilford, 1997, Elkan, 2000) con un total de 4 estudios (Truss 1977, Suter 1988, Barker, 1994, Madden, 1984).

En general las intervenciones muestran efectos positivos en la promoción del desarrollo del lenguaje del niño. Aquellos programas realizados entre los 3 a 7 meses parecen ser más efectivos en prevenir retrasos del lenguaje tanto en niños de contextos socioeconómicos bajos como altos (VD). Las guías anticipatorias son efectivas en estimular a los padres en compartir un libro con sus hijos y muestran efectos positivos en lenguaje receptivo. Dos programas no muestran efectos, uno de estos realizados en niños de seis años.

17. Intervenciones dirigidas a promoción de conductas saludables: actividad física

Se identificó 1 revisión sistemática actualizada que aporta evidencia al respecto (Van Sluijs, 2007), que sintetiza los resultados de 4 ECA (Manios 2006, Reilly 2006, Sääkslahti 2004, Harvey-Berino 2003) referidos a intervenciones promocionales educativas en escuela (jardín infantil) o en el hogar.

Los estudios muestran en general resultados positivos en términos de actividad motora y de ingesta calórica, aunque no necesariamente en IMC, lo que puede explicarse por el limitado plazo de seguimiento y porque en niños pequeños el IMC no constituye un objetivo terapéutico sino que lo que se espera es que a medida que crezca se vaya compensando el sobrepeso.

18. Intervenciones con efectos en la promoción del desarrollo social en niños con y sin factores de riesgo

Se identificaron 5 RS que abordan este desenlace (Tilford 1997, Elkan 2000, Drummond 2002, Magill-Evans 2006, Durlak 1997) con un total de 31 estudios (George 1982, Casey 1994, Resnick 1993, Barker 1994, ST Pierre 1999, Lutzker 1998, Duggan 2000, Davenport DK 2000, Edmonton 2000, Tessaro 1997, Olds 1999, Wagner 1999, Baker 1999, Daro 1999, Korfmacher 2000, Elnitsky 2000, Center Chile abuse 1996, Beal 1989, y otros 15 estudios controlados que no precisan diseño).

Las intervenciones son programas realizados en la escuela, VD con variados diseños de intervención, educación a papá usando la escala BNBAS. El contexto de los programas fue escolar, domiciliario y clínico.

Este tipo de desenlace se encuentra insuficientemente estudiado, porque las intervenciones para desarrollo de habilidades sociales en niños se han efectuado principalmente en la etapa escolar y no alcanzan a cubrir el rango etéreo del estudio (0 a 6 años). Además, varias RS con intervenciones en niños escolares de 6 a 12, o de 6 a 18 años no tenían diferenciación de resultados por edad, por lo que se decidió no incluirlas perdiendo así un material importante.

Los estudios encontrados no muestran resultados con una tendencia claramente positiva, ni de magnitud significativa. Una de las limitantes para el análisis deriva de la forma en que fueron sintetizados los resultados por algunos autores. A modo de ejemplo, la revisión de Durlak, sobre un total de 15 estudios (cuya exigencia en cuanto a diseño es que posean simplemente alguna "condición" de control), arroja

resultados prácticamente negativos para los desenlaces del ámbito "estado sociométrico" (TE 0,07). Sin embargo, al mismo tiempo destaca la efectividad de las intervenciones de "educación afectiva" en niños de 2 a 7 años (con TE 0,85 para la creación de competencias), las cuales -en palabras del autor- promueven precisamente el desarrollo emocional y social del niño. Esto sugiere que las medidas resumidas entregadas por Durlak para los desenlaces en desarrollo social, no necesariamente reflejan el efecto de las intervenciones sobre el rango etario específico que interesa a este informe, y que es importante considerar en forma comprensiva el conjunto de efectos que éstas producen, en toda su complejidad e interacciones.

También es factible que los cambios en este tipo de desenlace no se expresen inmediatamente postintervención en las mediciones, tal como lo hacen otros resultados (ej. las mediciones de procesos cognitivos o medidas fisiológicas), sino que requieran plazos mayores de seguimiento, tal como lo sugieren los resultados de seguimiento de 3 estudios en esa misma revisión, que mostraron un TE moderado (0,43). Como sea, los datos disponibles sólo permiten especular en torno a tales posibilidades.

Por su parte, la revisión de Drummond es muy general (no permite extraer conclusiones más precisas sobre desarrollo social en particular), y los restantes estudios son de baja calidad y tampoco aportan evidencia sólida, respecto a la efectividad de las intervenciones promocionales sobre el desarrollo social de los niños.

De los programas evaluados, mostraron resultados positivos el programa para promoción del desarrollo en preescolares y los dos programas de VD a niños con alto riesgo en salud física (RN de pretérmino, bajo peso y bebés con "falla del crecimiento").

19. Intervenciones dirigidas a promover la calidad del ambiente del niño: reducción de la exposición al humo de tabaco

Se identificó 1 revisión sistemática que aporta evidencia al respecto (Roseby, 2007), que evalúa los resultados de múltiples estudios de buena calidad, principalmente ECA (Davis 1992, Chilmonczyc 1992, Woodward 1987, Greenberg 1994, Severson 1997, Vineis 1993, Hovell 2000, Hovell 2000, Emmons 2001, Ericksen 1996, Emmons 2001).

Las intervenciones evaluadas incluyen apoyo telefónico, consejería por enfermeras o educadores y visitas domiciliarias, orientadas a padres, abuelos o madres fumadoras, tanto de niños recién nacidos como preescolares, realizadas en contexto hospitalario o de controles de niños sano.

Los estudios muestran en la gran mayoría de los casos resultados negativos, o bien pequeñas variaciones sin significación clínica en términos de disminución del hábito de tabaco o de exposición a nicotina en los niños.

20. Intervenciones con efectos en la educación posterior de la madre

Se identificó 1 revisión sistemática que aporta evidencia al respecto (Sweet 2004), que evalúa los efectos de 181 evaluaciones realizadas a un total de 60 programas de visitas domiciliarias para familias de niños de 0 a 3 años llevados a efecto en EE.UU.

Los resultados son en general positivos, sin diferencias significativas entre programas dirigidos a familias de riesgo medioambiental, bajos ingresos, o no seleccionadas, ni entre aquellos dirigidos al desarrollo del niño o a prevenir el abuso, aunque se observa un efecto ostensiblemente mayor en los programas dirigidos a madres adolescentes (TE: 1.15).

Como era de esperar, los resultados de estudios cuasiexperimentales son mayores (TE: 0,64) a los reportados por los estudios aleatorizados.

4.2 Programas nacionales e internacionales

a) Resultados de la búsqueda

La búsqueda total aportó un total de 17 programas nacionales y 12 internacionales: De estos, se seleccionaron 3 programas internacionales y 11 programas nacionales con efectos en el ámbito de la promoción de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años.

b) Descripción de los programas seleccionados

Las características de cada uno de estos programas se detallan en Anexos 5 y 6 (objetivos, población, resumen e historia de la intervención, contexto de la aplicación, replicaciones, manualizaciones y derechos, costos y financiamiento, categoría IOM, evaluación de resultados, diseño de la evaluación y resumen de resultados).

Las tablas siguientes aportan una visión resumida de los mismos y sus resultados:

b.1 Programas nacionales

Programa	Población Blanco	Objetivos	Intervención	Tipo de evaluación	Resultados Obtenidos
“Servicio Fonoinfancia de Fundación Integra”	Familias de niños y niñas menores de 6 años y otros adultos significativos, como educadoras.	Entregar un espacio de escucha y orientación a padres, madres y otros adultos para fortalecer en ellos competencias que promuevan el bienestar y desarrollo integral de niños y niñas, bajo un enfoque de respeto y promoción de sus derechos.	<ul style="list-style-type: none"> Servicio telefónico gratuito, confidencial y de cobertura nacional. Co-construcción con él o la consultante de una mirada comprensiva de la situación que motiva el llamado, lo que permite elaborar desde y con el consultante estrategias alternativas para su abordaje. Consultas abordadas en gran parte, por los profesionales del servicio. Derivación a especialistas, 	Cualitativa descriptiva.	<ul style="list-style-type: none"> Alta satisfacción de los usuarios de Fonoinfancia. Alta valoración de la modalidad de intervención. Ventajas en las intervenciones telefónicas reportadas por consultantes (fácil acceso y alta confidencialidad) Análisis motivos de consulta de adultos: Información y acceso a redes (50%), temas relacionados a la crianza (37%) como manejo conductual (32%), conflictos familiares (22%); dificultades en el contexto escolar (13%), consultas en relación al desarrollo (7%), maltrato infantil (8%), dificultades emocionales (8%), sexualidad (5%). Otras consultas (13%). Temáticas de las intervenciones en temas relacionados con la

			fundamentalmente en el área de salud mental infantil y de adultos (trabajo en red).		crianza: antecedentes previos o actuales de maltrato hacia niños (32%), antecedentes o indicadores de abuso (8%), inestabilidad relación padre – hijo (33%), dificultades en la puesta de límites – desacuerdo en las pautas de crianza (25%), antecedentes actuales o pasados de depresión o dificultades emocionales en el padre o la madre (28%)
--	--	--	---	--	---

Programa	Población Blanco	Objetivos	Intervención	Tipo de evaluación	Resultados Obtenidos
“Programa de Comunicación Gestual en Lactantes”	Niños menores de un año, pertenecientes a familias en riesgo psicosocial, que asisten a salas cunas de la JUNJI	Diseñar, implementar y evaluar los efectos de un Programa de Comunicación Gestual en niños menores de un año que asisten a sala cuna, en sus padres y en las educadoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación de educadoras a través de un taller psicoeducativo. • Monitoreo de las educadoras luego del taller durante un período de 6 meses. • Capacitación de los padres, a través de una charla explicativa. • Orientación de las educadoras para posterior apoyo a las familias. 	Cuantitativa, analítica (con grupo control).	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias significativas en las interacciones madre-bebé en las interacciones sincrónicas vocales, visuales y táctiles (Grilla A.I.T.) a los 18 meses de edad. • Correlaciones significativas entre vocabulario gestual y verbal (expresivo y comprensivo) (CDI-SF) a los 12 y 18 meses de edad. • Diferencias significativas en escalas de lenguaje y motricidad del Bayley a los 12 meses (específicamente lenguaje expresivo y motricidad fina).
“Promoción de Apego Seguro (P.A.S.)”	Embarazadas primigestas consultantes regulares de Centros de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la sensibilidad materna • Crear un espacio de contención y reflexión para las madres. • Fomentar la mentalización en la madre. • Observar el proceso de construcción del vínculo • Promover un vínculo seguro madre-bebé 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Fase 1</u>: implementación de un Taller grupal denominado "Construyendo el primer vínculo", construcción del vínculo con su bebé. • <u>Fase 2</u>: realización de 4 sesiones de Acompañamiento Psicoeducativo a la diada madre-hijo (a), de una hora de duración realizadas en 4 momentos durante el primer año de vida del bebé. • Utilización de un manual sobre apego seguro, diseñado especialmente para la intervención. 	Cuantitativa, analítica (con grupo control)	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor presencia de bebés con apego seguro en el grupo experimental que en el control, no encontrándose diferencias significativas. • Respecto del estilo de apego de las madres, no se observó cambio en los grupos y se observó una tendencia, no estadísticamente significativa, en el grupo experimental a formar diadas de madre insegura y bebé seguro, interrumpiendo la transmisión intergeneracional de patrones de apego inadecuados.

Programa	Población Blanco	Objetivos	Intervención	Tipo de evaluación	Resultados Obtenidos
"Atención Parto Humanizado-en Vertical y/o con medidas no farmacológicas de analgesia en el trabajo de parto en el Servicio Obstetricia y Ginecología del Hospital C. Félix Bulnes"	Población femenina en edad fértil, embarazada que cumpla con los requisitos del protocolo de inclusión, y se controle en los Consultorios de atención Primaria asignados al Hospital Clínico Félix Bulnes	Cambio de modelo de atención del Parto: Nacer de manera diferente, acorde al planteamiento de CHILE CRECE CONTIGO	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación de la posición vertical de la madre en el momento del expulsivo, de manera que se facilite el nacimiento del hijo por gravedad, • Acompañamiento de la pareja o adulto significativo, donde la triada madre-hijo-padre sea la protagonista del evento. • Uso de la Hidroterapia como medida alternativa de analgesia del trabajo de parto y eventual parto en el agua. • Uso de masoterapia, aromaterapia, musicoterapia, reflexología, reiki y calor local como medidas analgésicas en el trabajo de parto. 	Cualitativa, cuantitativa descriptiva	<ul style="list-style-type: none"> • Descenso en número de cesáreas. • Integración de la familia al nacimiento. • Acercamiento del Hospital a la Comunidad. • Disminución de los costos de las prestaciones al Hospital.

Programa	Población Blanco	Objetivos	Intervención	Tipo de evaluación	Resultados Obtenidos
"Programa Habilidades para la Vida"	Escolares desde 4 a 8 años, sus padres, educadoras de párvulos y profesores.	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar en la comunidad educativa, incorporada al Programa comportamientos y relaciones efectivas, promotoras de la salud mental y el auto cuidado. • Proporcionar a la Educadora de Párvulos y al Profesor competencias y estrategias metodológicas que le permitan detectar, de manera efectiva, la diversidad de necesidades y estilos de sus alumnos y sus ambientes familiares. • Detectar precozmente a niños escolares que presentan factores y condiciones de riesgo psicosocial en 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de actividades orientadas a promover el bienestar y desarrollo psicosocial de Profesores, niños y padres, tales como: Talleres de Autocuidado de la Salud Mental del Profesor, capacitación y asesoría a educadoras y profesores jefes de 1° EB y planificación y asesoría a la escuela para la realización de acciones con la comunidad educativa. • Detección individual de problemas psicosociales y conductas no logradas, de los niños en primer año básico, a través de una batería de pruebas. • Desarrollo y planificación de intervenciones para segundo básico, orientadas al trabajo con los profesores y padres de los niños con 	Cuantitativa, analítica (con grupo control)	<ul style="list-style-type: none"> • Efectividad en la reducción del riesgo de conductas desadaptativas en el escolar. • Alza significativa de los puntajes en prueba SIMCE para los estudiantes intervenidos

		<p>el hogar y escuela, y derivar a una atención oportuna a aquellos que presenten trastornos de salud mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modificar factores de riesgo psicosocial y comportamientos desadaptativos. • Articular y desarrollar la Red de Apoyo Comunal a la salud mental en la Escuela. • Promover la instalación de competencias psicosociales en las escuelas. • Fomentar la resolución no violenta de conflictos e interacciones saludables y positivas. 	<p>factores de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Talleres orientados a fortalecer conductas y factores protectores y disminuir conductas y factores de riesgo, en las áreas de autoestima, autocontrol, habilidades sociales y logros cognitivos) • Derivación, atención y seguimiento de niños, detectados con problemas de salud mental y/o psicosociales. • Realización de reuniones y coordinaciones con el objetivo promover el funcionamiento de una Red de Apoyo al Programa de Habilidades para la Vida. 		
--	--	--	--	--	--

Programa	Población Blanco	Objetivos	Intervención	Tipo de evaluación	Resultados Obtenidos
Programa de estimulación del desarrollo "Juguemos con nuestros hijos"	Niños de 1 a 3 años con diagnóstico de rezago o riesgo de rezago del desarrollo psicomotor y/o con condiciones de vulnerabilidad psicosocial, junto a sus madres, padres o cuidadores significativos	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer a madres y padres como promotores de la salud integral de sus hijos, potenciando su rol educativo y apoyando sus labores de estimulación del desarrollo y crianza. • Fortalecer el desarrollo psicomotor, cognitivo, social y afectivo de los niños participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de estimulación donde diariamente se acoge a un grupo de 12-14 padres/madres o cuidadores que asisten de 6 meses a un año, una vez por semana a sesiones grupales de juego con sus hijos/as y donde además existe un espacio de conversación entre los adultos en torno a temas de crianza y estimulación del desarrollo. 	Cualitativa y cuantitativa analítica (con grupo control)	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoría en el nivel de desarrollo / aprendizaje alcanzado por los niños y niñas. • Reducción a la mitad de niños en alerta. Aumento de los puntajes en la categoría normal. • Mejoramiento de las prácticas pedagógicas realizadas por las agentes educativas. • Mejoría del vínculo afectivo entre madre-hijo. • Correlación sustantiva entre el vínculo afectivo que la madre establece con su hijo y su capacidad de mediar adecuadamente los aprendizajes del niño(a). • Aumento progresivo

					en el bienestar de los niño(a)s durante el transcurso del taller, siendo evidente que cada vez se sintieron más confortados, contentos y autónomos.
“Programa de Salud Mental Perinatal”	Diadas madre – bebé durante estadía en la maternidad (0-24 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de apegos seguros. • Prevención del maltrato y psicopatología evolutiva. • Prevención psicopatología materna en periodo perinatal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Subprogramas: “Fomento de vínculos seguros en diadas madre-bebe sanos”; “en diadas con patología, madres hospitalizadas en medicina materno –fetal, bebés hospitalizados en neonatología; detección d diadas de alto riesgo Relacional ; tratamiento psicosocial del duelo perinatal ; psicopatología parental y crianza; evaluación relacional en el control de niño sano. • Estrategias de transferencia de conocimientos, conductas y actitudes a los profesionales perinatales. • Realización de seguimientos y asistencia a diadas en riesgo a través de una serie de intervenciones tempranas que incluyen psicoeducación y psicoterapia a las familias en formación. 	Cualitativa, descriptiva	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de los principios de prevención de salud mental en la practica perinatal • Construcción de instrumentos de evaluación relacional transferibles • Creación de material audiovisual • Mayor seguridad emocional y grado de satisfacción del usuario • Integración de la temática a la formación de estudiantes de medicina y obstetricia.

Programa	Población Blanco	Objetivos	Intervención	Tipo de evaluación	Resultados Obtenidos
“Estudio sobre la eficacia terapéutica de dos modalidades de intervención temprana basadas en el apego”	Madres y sus bebés desde los 2-4 meses.	<ul style="list-style-type: none"> • Comparar el efecto de dos intervenciones tempranas en relación al mejoramiento de la calidad del apego madre-bebé y la sintomatología maternal. • Comparar el efecto del Taller de Masaje en el mejoramiento del apego madre-bebé. • Comparar el efecto del Taller de Apego, en el mejoramiento del apego madre-bebé. • Comparar el efecto del Taller de Masaje y Taller de Apego, en la mejora sintomatológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres de Masaje para madres: sesiones grupales de entrenamiento en movimientos de masaje. • Luego las madres aplican lo aprendido, estimulándose la conexión afectiva con ellos mientras les hacen el masaje, a través de vocalizaciones, miradas, juegos y cantos. • Talleres de Apego: sesiones grupales para madres y sus bebés, donde trabajan temas relativos a la sensibilidad materna, apego y crianza, de un modo práctico, didáctico y experiencial. • Grupo de control; dos charlas dadas a 	Cuantitativa analítica (con grupo control)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de un tercio de apegos seguros en les 3 primeras fases del estudio. • En el caso del Taller de Masaje se evidencia una mejora del 45,5% desde la fase 1, un 59,1% en la fase 2 y un 68,2% en la fase 3. • Se observan cambios estadísticamente significativos en la proporción de apegos seguros e inseguros observados en el pre-post y el seguimiento. • En el caso del Taller de Apego, se evidencia una disminución de los niveles de depresión. • Analizando las relaciones entre la calidad del apego de las madres evaluadas en la fase de pre-tratamiento, y el nivel de sintomatología psiquiátrica obtenida concurrentemente a

		<p>de la depresión post-parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparar el efecto del Taller de Masaje y Taller de Apego, en la mejora sintomatológica general. • Identificar la relación entre calidad del apego de las madres y presencia de sintomatología psicopatológica en las mismas. 	<p>las madres sobre aspectos básicos de la crianza y la importancia del apego en el desarrollo del bebé y la familia ("dummy treatment").</p>		<p>través de la escala SCL-90 y la Escala de Edimburgo, se encontraron los siguientes resultados significativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las madres con apego inseguro presentan diferencias significativas en sintomatología de depresión post-parto, y en la puntuación en escalas de depresión, obsesividad y compulsión, sensibilidad interpersonal, externalización de la agresión, psicopatología grave y desconfianza interpersonal.
--	--	--	---	--	--

Programa	Población Blanco	Objetivos	Intervención	Tipo de evaluación	Resultados Obtenidos
"Emprende Mamá"	Adolescentes embarazadas y madres que se atienden en centros de salud en la comuna de La Florida	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir la vulneración de derechos educando a la madre en habilidades de cuidado materno desde la gestación. • Promover el desarrollo de un vínculo madre hijo sano, como factor protector de riesgo psicosocial. • Favorecer un proceso de gestación, parto y crianza en un contexto humanizado. • Favorecer la continuidad de los procesos interrumpidos por el embarazo promoviendo la 	<ul style="list-style-type: none"> • La estrategia esencial es el concepto de "doula", una mujer que apoya afectivamente a otra durante la gestación, nacimiento y crianza del hijo. • Para su ejecución establece alianzas entre sector estatal, municipio y sector civil: profesionales (psicólogas, matronas y asistente social) y voluntariado que trabajan en equipo. • Las adolescentes embarazadas usuarias de centros de salud participan en reuniones grupales semanales con voluntarias capacitadas quienes entregan apoyo afectivo durante la 	Cualitativa descriptiva. Cuantitativa analítica (con grupo control).	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor porcentaje de establecimiento de apego seguro en adolescentes participantes del programa. • Mayor porcentaje en la permanencia dentro del sistema escolar y en la reinserción a él después del nacimiento del niño/a. • Reducción de la percepción de dolor durante el trabajo de parto y el índice de temor experimentado, ante la presencia de una dobla. Además se observó una mayor percepción de facilidad del parto.

		<p>reinserción escolar y socialización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar a la restauración y funcionamiento de las redes familiares y sociales. 	<p>gestación y primer año de vida de los niños. Durante el funcionamiento de grupos los adolescentes reciben, además talleres de educación a la maternidad, orientación para reinserción escolar, derivación a redes sociales ante problemáticas específicas y acompañamiento durante el trabajo de parto por un familiar femenino capacitado previamente, además del padre en el parto.</p>		
--	--	--	--	--	--

Programa	Población Blanco	Objetivos	Intervención	Tipo de evaluación	Resultados Obtenidos
<p>“Estudio multicéntrico para la evaluación, intervención y seguimiento en procesos de institucionalización y adopción”.</p>	<p>Bebés de diversas regiones de Chile, que se encuentran en situación de institucionalización o en situación de familias de acogida. Los bebés fueron captados a través de la red Sename, La Fundación San José para la Adopción Cristiana y la Fundación Chilena de la Adopción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un estudio multicéntrico, para evaluar, intervenir y realizar seguimientos, en el proceso de adopción. • Conocer el estado de salud mental y psicoafectiva de los bebés en situación de institucionalización. • Evaluar el impacto de una intervención temprana breve en la salud mental de los bebés institucionalizados. • Analizar las variables familiares, psicosociales e institucionales que puedan incidir en 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación de las cuidadoras sobre aspectos de cómo desarrollar mejores habilidades para relacionarse y conocer a los bebés. • Entrega de un manual donde se explicitaban todos los aspectos tratados en la capacitación (Manual de Intervención Temprana para Bebés en Situaciones de Riesgo). • Evaluación del 	<p>Cuantitativa analítica (estudio antes después)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia más alta hacia el apego inseguro en niños institucionalizados. • 37,2% presenta un apego seguro, el 42,3% un apego evitador, el 1,3% un apego ambivalente, y el 2,6% de apego desorganizado. • Se observan cambios en el apego entre las fases pre y post-tratamiento, pero no hay diferencias estadísticamente significativas. • La intervención no parece tener un efecto en el desarrollo psicomotor de los bebés. • El tratamiento pudo haber influido en alguna mejora de los niveles de respuesta social, orientación,

		el desarrollo sano o alterado y en los posteriores procesos de adopción.	nivel de motivación, aplicación y comprensión del manual, a través de la aplicación de una "Hoja de Registro de Intervención".		<p>actividad y reactividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en salud mental entre las condiciones pre tratamiento. • Asociación entre el apego seguro-inseguro de los niños y su temperamento y conducta general.
--	--	--	--	--	--

Programa	Población Blanco	Objetivos	Intervención	Tipo de evaluación	Resultados Obtenidos
<p>"Estudio multicéntrico para la evaluación, intervención y seguimiento en procesos de institucionalización y adopción: Segunda parte".</p>	<p>Bebés evaluados en la primera etapa del estudio, considerándose primariamente los que han sido adoptados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar del desarrollo de los procesos socio-afectivos de niños adoptados en su segundo año de vida, que han sido institucionalizados. • Determinar variables asociadas de los padres adoptivos (historia de apego y salud mental). • Evaluar efectividad de un programa de intervención para padres adoptivos y sus hijos, en los aspectos relacionados a la conducta del infante y la sensibilidad paternal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención temprana basada en el fomento del apego, para ser aplicado a padres adoptivos junto a sus hijos, desde los 12 meses hasta los 4 años de edad. • Intervención domiciliaria que consiste en 4 sesiones, en donde en cada sesión se trabaja uno de los pilares de la intervención, junto con la entrega de ejercicios prácticos para los padres a realizar durante el curso de la 	<p>Cuantitativa analítica (con grupo control)</p>	<p>Aun no se reportan resultados</p>

			semana.		
“Programa de Visitas Domiciliarias Educativas a la adolescente embarazada”	Madres y padres adolescentes y sus hijos/as.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el nivel de salud mental, estado nutricional y compatibilización entre la maternidad y las tareas propias de la etapa del ciclo vital. • Potenciar el desarrollo del lenguaje en los/as hijos/as de las adolescentes. • Determinar la efectividad del Programa Educativo mediante Visitas Domiciliarias y el programa regular del Centro de Salud Familiar El Roble y el Consultorio Santo Tomás, para adolescentes embarazadas. • Desarrollar y publicar artículos relacionados con el tema. • Evaluar la satisfacción de las adolescentes embarazadas usuarias del programa de visitas domiciliarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas Domiciliarias periódicas llevadas a cabo por monitoras pertenecientes al área de la salud de la comunidad. • Trabajo en conjunto con los consultorios El Roble y Santo Tomás de La Pintana 	Cuantitativa analítica (con grupo control)	No reportados

b.2 Programas internacionales

Programa	Población Blanco	Objetivos	Tipo de Intervención	Tipo de evaluación	Resultados Obtenidos
“Early Head Start”	Familias de bajos recursos económicos con una mujer embarazada o niño menor de un año de edad	Desarrollo físico, emocional, social y emocional del niño	Educación a los padres Cuidado de los niños Cuidados en salud Visitas domiciliarias	Estudio de cohorte	Mayores avances en el jardín infantil Mayores probabilidades de graduarse de educación secundaria Bajo índice de actos delictivos. Madres más contenedoras y sensibles. Madres reportan menos golpes a los hijos Menor nivel de comportamiento agresivo
“The Elmira Prenatal/Early Infancy Project”	Mujeres primigestas, menores de 19 años	Promover el comportamiento prenatal saludable. Prevenir el bajo	Visitas domiciliarias de enfermeras educación a los padres	Estudio de cohorte	Disminución del consumo de tabaco. Disminución de partos prematuros. Niños 400 gr. más

		peso al nacer y los partos prematuros.			pesados. Mejora de la dieta. Menos incidentes de abuso infantil. Menos visitas a la sala de emergencia
"Early Excellence Centre"	Niños menores de 5 años de barrios de bajos ingresos	Invertir en el desarrollo de los futuros estudiantes. Incrementar las oportunidades, el apoyo familiar, reducir la exclusión y la pobreza infantil.	Sistema de cuidado integral de niños y educación de alta calidad. En colaboración con padres, líderes comunitarios y guarderías	Estudio de cohorte	Mejoramiento de: competencias sociales y emocionales, del desarrollo cognitivo y de las habilidades lingüísticas. Intervención temprana en necesidades especiales. Mejoramiento del bienestar físico.

c) Análisis y síntesis de los resultados

Programas nacionales

Los programas nacionales trabajan con niños en el rango etáreo de interés y con sus madres o cuidadoras.

La mayoría de estos programas tienen efectos tanto en el ámbito de la prevención como de la promoción de la salud mental, sólo dos programas se declaran como exclusivamente de acción promocional; estos son Programa de Comunicación Gestual en Lactantes y Promoción de Apego seguro.

La mayoría ha sido objeto de evaluaciones mediante diseños observacionales o experimentales con grupo control o con diseño antes-después. Sólo dos tienen evaluaciones puramente cualitativas o descriptivas.

Algunos programas intervienen desde el embarazo hasta la etapa preescolar y otros sólo en infancia temprana y preescolar, dos programas incluían el momento del nacimiento.

Los programas se realizan en variados tipos de población; programas en población general sin factores de riesgo conocidos (Fonoinfancia y P. Promoción de Apego Seguro), también intervenciones de tipo selectiva en población con factores de riesgo (madres adolescentes, madres embarazadas y niños en contextos de pobreza o con factores de riesgo psicosocial) y otros también en población de alto riesgo o con problemas (niños con retraso del desarrollo psicomotor, niños institucionalizados y en familias de acogida)

El contexto de éstos programas fue hospitalario, educativo, comunitario y/o doméstico.

Las intervenciones son de variado espectro; desde apoyo telefónico especializado, talleres grupales con/sin seguimientos, visitas domiciliarias, entrenamiento y capacitación al personal de jardines, colegios, instituciones de cuidado, educación y capacitación a madres y cuidadoras sustitutas.

La mayoría de los estudios tienen como foco de intervención principal la promoción del apego, el fomento de interacciones más sensibles y responsivas entre el niño y el adulto, la estimulación del desarrollo del niño. Un programa de amplia magnitud tiene varios niveles de foco; "Habilidades para la vida", centrándose en la educación de calidad, salud, competencias psicosociales y habilidades sociales de niños.

Hay dos programas que se llevan a cabo en maternidades de hospitales del sistema nacional del servicio de salud. Uno está enfocado a la "humanización del parto" (H. Félix Bulnes) con alternativas diferentes de modos de dar a luz y centrados en empoderar a la madre como un agente activo en el evento de su parto, incluyendo apoyo familiar. Además fomentan el "bonding" y el contacto piel a piel como un precursor potente para un vínculo diádico inicial. Este programa es de reciente inicio y aún no cuenta con resultados en salud mental, pero reporta alta satisfacción usuaria y disminución rápida de la tasa de parto cesárea. El otro programa cubre de una manera más amplia la promoción de la salud mental en todo el período perinatal, monitoreando a la mujer embarazada en el control del embarazo, parto y durante el primer año de vida; este estudio reporta una satisfacción usuaria, resultados de docencia, pero no detalla efectos directos en salud mental materna ni interacción materno infantil.

Hay 3 programas que trabajan en el fomento de apego seguro en el niño con sus madres adultas, a través de diferentes intervenciones. Un taller de masajes de bebés para que las madres lo repliquen en casa con bebés de 2 a 4 meses, y dos talleres de apego con madres embarazadas, uno de ellos con seguimientos hasta el primer año de vida.

Estos 3 programas muestran efectos positivos de la intervención. El programa Promoción de Apego Seguro obtuvo un efecto positivo pero no significativo, y mostró una tendencia a la interrupción de la transmisión transgeneracional de apego inseguro, puesto que madres con apego inseguro tenían bebés con patrones de apego seguro después de la intervención. Los programas de taller de masaje (UIT) y el taller de apego (UIT) reportan efectos significativos en la proporción de apego seguro en el grupo de intervención, siendo el taller de apego más eficaz que el taller de masaje. Se reporta también disminución de sintomatología depresiva en la madre en la intervención grupal del taller de apego.

Dos programas tienen como foco a la madre adolescente y su pareja (Emprende Mamá y Programa de Visitas Domiciliarias Educativas a la adolescente embarazada). Estos programas realizan apoyo psicosocial e intervenciones psicoeducativas respectivamente desde el embarazo hasta el postparto. Emprende Mamá realiza un acompañamiento por Doblado y el otro programa realiza visitas domiciliarias con monitoras.

El Programa de Visitas Domiciliarias reporta resultados positivos en propiciar un mayor nivel de salud mental de la madre (medido con Escala de Salud de Goldberg), un mejor estado nutricional de la madre, un afrontamiento positivo del presente y la conciliación

más adecuada del rol de madre con las tareas propias del ciclo vital (medición cualitativa), por parte de las jóvenes del grupo experimental, así como un mayor nivel de desarrollo del lenguaje en sus hijos/as, sin diferencias en el desarrollo psicomotor general de los niños.

Emprende mamá mostró un mayor porcentaje de apego seguro en los niños del grupo intervenido 81% vs. 71.4% (medidos por la Situación Extraña de Ainsworth), además una proporción menor de apego desorganizado en comparación con el grupo control, 4.75% vs. 14.3, aunque sin significación estadística. Las adolescentes del programa tuvieron un mayor porcentaje de permanencia y de reinserción en sistema escolar después del nacimiento del niño/a. Otro efecto reportado fue la percepción de reducción de dolor durante el trabajo de parto y el parto y el índice de temor experimentado, ante la presencia de una Doula.

Dos intervenciones trabajaron en el fomento de la sensibilidad del cuidador sustituto; un programa tuvo como foco las cuidadoras de niños institucionalizados (en vías de ser adoptados) y los cuidadores de niños que viven en familia de acogida; el otro estudio trabajó con padres adoptivos. El primer estudio da cuenta de cambios no significativos en la seguridad del apego del niño, así como tampoco en salud mental. La intervención parece no afectar el desarrollo psicomotor del niño.

El programa de Comunicación Gestual en Lactantes, realizado en salas cunas con niños con factores de riesgo menores de un año, reportó un efecto significativo en la mejora de la calidad de la interacción materno infantil, así como también en el desarrollo del lenguaje expresivo y motricidad fina.

El programa Juguemos con nuestros hijos también se realizó en el contexto de sala cuna con niños con factores de riesgo (vulnerabilidad psicosocial y rezago en el desarrollo) entre los 6 y 12 meses. Esta intervención reporta una mejoría de los niños en su desarrollo y aprendizaje, disminuyendo a la mitad los niños con rezago del desarrollo. Además se describe una mejora en el vínculo afectivo y mayor bienestar emocional del niño.

El programa Fonoinfancia de Integra presta apoyo especializado en situaciones de crisis tanto a adultos como a niños y con un énfasis en la promoción de competencias individuales, en los derechos del niño, y es una fuente de apoyo informativo de la red de atención a la familia. Ellos cuentan con una alta satisfacción usuaria que valora la accesibilidad y discreción de la atención, y describen una alta frecuencia de consultas relacionadas con la crianza de niños, manejos de problemas de conducta, maltrato infantil, abuso sexual, etc.

El programa Habilidades para la Vida de la JUNAEB está funcionando con una gran cobertura nacional; 150.000 niños, 8.000 profesores y en 96 comunas, trabajando con niños de 4 a 8 años, sus profesores y padres. Los resultados muestran efectos positivos en la reducción del riesgo de desarrollar conductas desadaptativas en el escolar, y una disminución del riesgo psicosocial en el 64.75 % de los escolares intervenidos. En cuanto al rendimiento escolar se observó en el año 2006 un alza significativa de los puntajes SIMCE para los estudiantes intervenidos.

Programas internacionales

No se ha encontrado en la literatura programas internacionales que se focalicen exclusivamente en la promoción de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años, sin embargo se han seleccionado estos tres programas de prevención con importantes efectos en la promoción de la salud mental; Early Head Star (EHS), Elmira Project (EP) y Early Excellence Center (EEC).

Los tres programas trabajan en el rango etéreo de interés, los dos primeros se realizan en USA y el último en Inglaterra, todos en zonas urbanas.

Estos programas trabajan con población selectiva e indicada, todos incluyen familias de bajos ingresos económicos. Todos son multifocales, es decir intervienen varios ámbitos; de la salud, cuidados de sala cuna/jardín infantil, familias, comunidad, colegio. Sin embargo, tienen intervenciones muy específicas, con respaldo teórico, manualizadas y personal altamente entrenado. Cuentan con centros de formación de profesionales y asesores técnicos que cuidan la calidad de la ejecución de los planes.

El EHS y EP inician la intervención desde el embarazo hasta los 3 y 2 años de vida del niño respectivamente y el EEC trabaja con niños menores de 5 años, el EP trabaja específicamente con madres adolescentes. Los tres tienen en común mejorar el desarrollo del niño considerando comprensivamente el contexto de este, por lo tanto tienen un énfasis en apoyar a los padres en mejorar sus competencias parentales, pero también trabajan específicamente en empoderar a los padres en la definición de metas, participación social, uso de servicios comunitarios y apoyo social.

Las intervenciones realizadas con los padres privilegian una aproximación basada en la construcción de vínculos de calidad con los padres, presentan intervenciones no estigmatizantes y basadas en el buen trato. La meta central de estos es mejorar outcomes en el desarrollo infantil usando como agente de cambio el fomento de la calidad de la relación entre los padres y sus hijos, y el aumento de calidad de los sistemas de cuidados.

Todos los programas muestran resultados positivos importantes, no solo postintervención sino que también en seguimientos a largo plazo. Para mayores detalles ver anexos 5 y 6.

El EHS mostró un mejor desarrollo cognitivo, socioemocional y del lenguaje medidos a los dos años, y una mayor tasa de graduación en secundaria. Las madres mejoraron sus competencias, sensibilidad, conocimientos, y fueron capaces de mejorar la calidad del ambiente doméstico del hogar. La tasa de lactancia en este grupo de aumentó a un 26% comparado con un 16% del GC. Las madres reportan menores tasas de maltrato infantil (47% vs. 54%) comparado con GC y los niños tuvieron menos comportamientos agresivos y delincuencia a largo plazo.

El EP tuvo efectos positivos en outcomes de salud física de la madre y del niño; menos hipertensión arterial en el embarazo, menor consumo de tabaco, mejor nutrición, y los bebés pesaron en promedio 400 grs. mas al nacimiento. Este programa mostró efectos importantes en la disminución del maltrato infantil: de un 19% a un 4% después de la intervención y un 32% menos de consultas a la urgencia, por accidentes o

maltrato/negligencia. Según reportes validos se disminuyó el maltrato y negligencia en un 50% y se redujo la proporción de arrestos a los 15 años desde un 0.27% a un 0.16%.

El EEC tiene un foco predominantemente escolar (sistemas de educación de niños de alta calidad), aunque también comunitario (involucra a padres y a grupos) y familiar (realiza VD). Los resultados son positivos en aumento de competencias sociales, y emocionales en tres de cada cuatro casos, mejora de desarrollo cognitivo, especialmente mejoría en habilidades de lenguaje. Los resultados también se extienden al grupo familiar a pesar de que el foco principal es la competencia escolar y esto se explica porque el programa comprende que el conocimiento se inicia desde el nacimiento y que los padres son los primeros y mejores agentes en el fomento del aprendizaje. Ellos fomentan la participación de los padres, y su entrenamiento, pero además proveen espacios concretos para esto (grupos de juegos, intercambio de libros y de juguetes, paseos, etc.). se observó una mejoría de las relaciones familiares en nueve de diez casos, una mejoría de las competencias parentales y de la salud mental de los padres (50%). Además se observó una mejoría en la exclusión social y aumento de la participación social en dos de tres casos, y un aumento de la empleabilidad.

5 CONCLUSIONES, CRITERIOS DE INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA REVISIÓN, E IMPLICANCIAS PARA LA PRÁCTICA

5.1 Consideraciones metodológicas

a) Estudios primarios y revisiones sistemáticas

La efectividad de las intervenciones promocionales en el ámbito de la salud mental en niños de 0 a 6 años ha sido objeto de revisión desde distintos puntos de vista, que difieren en cuanto al tipo de intervención, la población diana, el contexto en el que se desarrollaron los estudios, o su diseño. Principalmente, los autores han utilizado como criterios de selección o clasificación:

- El tipo de desenlace que se desea estudiar.
- La población que, predominantemente, ha sido objeto de la intervención: padres, madres embarazadas, población general, etc.
- El tipo de intervención: visitas domiciliarias, intervenciones grupales, telefónicas, mediada por pares, por profesionales de salud, etc.

- El contexto en el que se realizó el estudio o la intervención: en escuelas, en la comunidad, a nivel individual, grupal, en medio hospitalario, etc.
- El diseño de la investigación: con o sin grupo control, con sin asignación aleatoria, etc.

Por cierto, los límites entre cada una de estas categorías es poco preciso. Tampoco es fácil precisar cuáles han sido los énfasis de cada forma de intervención, su intensidad o sus componentes específicos, que varían y poseen un grado importante de superposición en muchos casos, o que no han sido descritos con detalle.

Las distintas formas de desenlace de las intervenciones y su interpretación difieren también entre un reporte otro.

Diseño y validez interna

Parte importante de las revisiones pone énfasis en la identificación y selección de estudios aleatorizados o cuasialeatorizados, porque ofrecen el menor potencial de sesgo, particularmente cuando la asignación se realiza a escala individual.

Por otra parte, por tratarse en su mayoría de intervenciones “complejas”, la evaluación de las maniobras promocionales obliga muchas veces a utilizar diseños alternativos, y ello explica que muchas revisiones incorporen dentro de los diseños elegibles otras formas de estudio experimental e inclusive estudios no experimentales, con o sin grupo control. Entre ellos destacan principalmente distintas formas de diseño cuasiexperimental, en los que el(los) grupo(s) control(es) fue(ron) seleccionado(s) por conveniencia práctica, según criterio de los sujetos intervenidos, o sin especificar el modo. En ocasiones se incluyó algunas variedades de estudio menos tradicionales aunque utilizados con alguna frecuencia en investigación psicológica, como los estudios de línea base múltiple.

Criterios tradicionales de análisis de validez interna, como el ciego o el encubrimiento de la asignación, son difícilmente aplicables en muchos casos. De allí que la validez interna de este tipo de investigaciones debe ser mirada con cautela, y nunca en forma aislada de otros criterios de causalidad, que ayudan a formarse una idea más acabada de la efectividad de la intervención, tales como la magnitud de los efectos, la existencia de gradientes dosis respuesta, o la consistencia de los resultados entre estudios de un mismo diseño o entre estudios de diseños distintos.

Validez externa

La aplicabilidad al contexto chileno de los estudios analizados en esta revisión también debe ser cautelosa, por la obvia diferencia entre los perfiles culturales, sociales y económicos de los países. En suma, uno no puede esperar que los efectos de las intervenciones estudiadas se reproduzcan de la misma forma en Chile, porque los contextos en que fueron aplicadas son muy distintos a las que se pudiera encontrar en nuestro país. Como sea, nuestra condición de país “en vías de desarrollo” o de “ingresos medios” hace que, en el mejor de los casos, toda experiencia extranjera sea en algún grado extrapolable a Chile. Restringir el análisis a los estudios realizados en América Latina tampoco parece una opción metodológicamente seria, por la diversidad

cultural de los países implicados. Mientras no exista un cúmulo significativo de estudios nacionales sobre el tema, segregar la revisión a los estudios que satisfacen alguna de dichas categorías es discutible.

Integración y síntesis de resultados

Dada la heterogeneidad de los estudios encontrados en términos del tipo de intervención, la forma de medir los resultados o el contexto en que se han realizado, cualquier intento por obtener estimadores de efecto combinados para una cierta categoría de intervención es cuestionable, aún en escenarios en los que se aprecie homogeneidad desde un punto de vista estadístico. Por otra parte, tampoco es recomendable que las conclusiones sobre la efectividad de las intervenciones se obtengan simplemente mediante un razonamiento aritmético, en el que se asume que los resultados de tres estudios que apuntan en una misma dirección se aproximan más a la realidad que dos que lo hacen en dirección contraria. En muchos casos, no obstante, la proporción de estudios que obtuvo resultados positivos del total de estudios seleccionados termina siendo la mejor aproximación posible a una medida de efecto resumen.

De allí que las conclusiones de este informe sean esencialmente cualitativas, y no debieran tomarse como base para establecer de modo fehaciente el posible comportamiento de una forma de intervención u otra. Lo que se espera de los criterios de agregación usados para integrar los estudios es que el lector puede formarse una idea aproximada sobre:

- La “vulnerabilidad” general del desenlace, es decir, hasta que punto puede esperarse modificaciones significativas en el mismo a través de la aplicación de medidas de intervención.
- Eventuales diferencias en la efectividad relativa de dos o más modalidades de intervención –por ejemplo, según la oportunidad en que se administra- para un mismo desenlace.

Expresamente además, hemos prescindido de las conclusiones de los autores de cada revisión, para evitar introducir potenciales fuentes de sesgo al lector.

Se debe tener presente también que los resultados de las revisiones sistemáticas seleccionadas no son necesariamente “acumulativos”, porque pueden incluir estudios que son comunes a una y otra. Para su interpretación se debe considerar que cada revisión refleja la mejor evidencia disponible a la fecha en que fue realizada, pero dentro de los patrones particulares que en ella se fijó en cuanto al tipo de intervención, población diana y criterios de elegibilidad de los estudios definidos por los autores. Ello permitirá que el lector decida individualmente qué constituye evidencia aceptable o confiable para sí, sin imponer un criterio previamente establecido que pueda ser resultar discutible.

Como se señaló, las revisiones disponibles no permiten sino una aproximación muy general a la efectividad relativa de las estrategias de promoción, según el tipo de intervención estudiada y de desenlaces medidos.

La magnitud de los efectos no se encuentra disponible en muchos casos y ello tampoco resulta demasiado relevante frente a la posibilidad de obtener una apreciación general sobre la dirección de los resultados (ej. la mayoría muestra resultados "positivos", o "ningún estudio demostró efecto de la intervención"), considerando las limitaciones de validez externa ya comentadas.

De todas formas, para la interpretación de los tamaños de efecto reportados es importante puntualizar que el valor de cada TE debe ser analizado en el contexto del estudio y área concreta de investigación que se trate, porque, por ejemplo, pequeños tamaños de efecto pueden ser relevantes desde un punto de vista de salud pública si la vulnerabilidad del desenlace es baja y no existen otras opciones de intervención posibles. Como referencia general, no obstante, se sugiere tener presentes las recomendaciones clásicas de Cohen, que indican que un tamaño de efecto (d) de 0,2 debe ser considerado pequeño, de 0,5 medio y de 0,8 grande.

Sobre la calidad y tamaño muestral de los estudios individuales considerados en las revisiones (más allá del diseño de investigación usado) debe tenerse presente que en general los estudios de diseño menos riguroso tienden a mostrar con mayor frecuencia efectos positivos o de mayor magnitud en favor de la intervención. De ello existe suficiente evidencia empírica en la literatura y en algunas de estas revisiones fue evaluado en forma explícita con resultados que sugieren el mismo fenómeno. Por otra parte, no está demás recordar que no es apropiado asumir que un estudio sólo por el hecho de tener una muestra grande es mejor o más confiable que un estudio de menor tamaño muestral.

b) Programas nacionales e internacionales

La validez de los resultados de estos programas debe ser juzgada en los términos que corresponda, para cada una de las dimensiones incorporadas en el análisis (ej. la efectividad clínica según se haya utilizado o no un diseño experimental controlado, o en su defecto, por otras condiciones metodológicas que afecten el potencial de sesgo; la aceptabilidad o adherencia al programa, según la confiabilidad del instrumento de medición y la representatividad de la muestra analizada; etc.). Las propiedades e impacto de estos programas fueron considerados por el equipo consultor al momento de elaborar las recomendaciones finales.

5.2 Conclusiones sobre la efectividad de las intervenciones

A partir de la evidencia analizada, la efectividad de las intervenciones promocionales en este ámbito puede resumirse como sigue:

TABLA RESUMEN FINAL SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES Y PROGRAMAS DE PROMOCION

Intervenciones / desenlaces	Efectividad	Calidad de la evidencia	Observaciones
Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante el período	Incierta	RS (2) de ECA y estudios cuasiexperimentales	Algunos estudios experimentales y cuasiexperimentales han sido positivos, pero revisión más

prenatal (educación a padres).			reciente y rigurosa (ECA) no muestra efecto.
Intervenciones de CPP dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante el período del nacimiento	Efectivas	RS de ECA	Efecto significativo demostrado al menos hasta los 4 meses pp, al año se atenúa y no se observa diferencia significativa.
Otras intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante el período del nacimiento: rooming in	Efectivas	RS de baja calidad, incluye ECA y estudios cuasiexperimentales	Efecto significativo pero sólo demostrado a corto plazo (1º mes).
Otras intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante el periodo del nacimiento: paquetes promocionales comerciales que incluyen fórmula	Potencialmente perjudiciales	RS de baja calidad, incluye ECA y estudios cuasiexperimentales	Disminuyen frecuencia de lactancia exclusiva.
Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante el período postnatal: VD con o sin apoyo telefónico	Efectivas	RS de buena calidad, ECA y estudios cuasiexperimentales	Magnitud del efecto es discreta.
Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante el período del nacimiento y postnatal	Efectivas	Varias RS de calidad heterogénea	Resultados especialmente positivos (de mayor magnitud) en intervenciones de consejería cara a cara. Resultados son mejores con un mayor número de VD.
Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante la fase de pre y postnatal	Efectivas	RS de buena calidad, ECA y estudios cuasiexperimentales	Resultados son mejores con un mayor número de VD.
Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante las fases de prenatal, parto (hospital) y postnatal	Efectivas	RS de buena calidad, ECA y estudios cuasiexperimentales	Efectos de alta magnitud.
CPP y masajes dirigidos a la promoción de regularización fisiológica del bebé: desenlaces sobre llanto	Efectivas	RS de ECA y estudios cuasialeatorizados	Mejora frecuencia y duración del llanto.
Intervenciones educativas y guías anticipatorias o instrucciones escritas dirigidas a la promoción de regularización fisiológica del bebé: desenlaces sobre sueño.	Efectivas	RS de ECA	La utilización adicional de masajes no parecen afectar este desenlace.
Intervenciones dirigidas a promoción de conductas saludables: nutrición	Incierta	RS de baja calidad.	No se ha evaluado desenlaces de largo plazo.
Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente seguro y prevención de accidentes en el niño	Incierta	RS de baja calidad, estudios heterogéneos en cuanto a diseño.	Estudios en embarazadas mediante visitas domiciliarias parecen ser los con mayor potencial de éxito en cuanto a reducción en la frecuencia de lesiones.
Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente doméstico de calidad en población universal: programas de VD múltiples y de largo plazo por enfermeras	Efectivas	RS de ECA y estudios cuasialeatorizados	Con efectos además en otros desenlaces: competencias maternas, conocimientos, riesgo de maltrato, riesgo de depresión materna.
Intervenciones dirigidas a la	Inefectivas	RS de ECA y estudios	

promoción de ambiente domestico de calidad en población universal: programas de 1 o 2 VD por enfermera en periodo postparto		cuasialeatorizados	
Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente domestico de calidad en población selectiva: VD en niños "de riesgo" (ej. familias vulnerables, niños de bajo peso).	Efectivas	RS de baja calidad.	Además de otros efectos positivos parentales y en el niño.
Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente domestico de calidad en población selectiva: VD en familias de niños prematuros de muy bajo peso.	Efectivas	RS de ECA de calidad moderada.	Con efectos además sobre desarrollo mental y motor.
Intervenciones dirigidas hacia la promoción de la Interacción / relación, aplicadas en padres o madres.	Efectivas	RS heterogéneas en cuanto a calidad y tipo de estudios seleccionados.	Excepto las intervenciones educativas prenatales dirigidas a padres, que no mostraron ser efectivas.
Intervenciones dirigidas a la promoción de conducta de apego, basadas en CPP.	Incierta	RS de ECA y estudios cuasialeatorizados	Resultados heterogéneos, proporción importante de estudios no muestra efecto.
Intervenciones dirigidas a la promoción de competencias parentales en población universal	Efectivas	RS heterogéneas en cuanto a calidad y tipo de estudios seleccionados.	Excepto las intervenciones educativas prenatales dirigidas a padres, que no mostraron ser efectivas.
Intervenciones dirigidas a la promoción de conocimientos de los padres	Incierta	RS heterogéneas en cuanto a calidad y tipo de estudios seleccionados.	Resultados no consistentes, mejoría de conocimientos no necesariamente se correlaciona con desenlaces de desarrollo del niño.
Intervenciones dirigidas a la promoción del rol / identidad materna	Efectivas	RS heterogéneas en cuanto a calidad y tipo de estudios seleccionados.	Excepto en intervenciones no estructuradas (grupos informales en atención primaria) o basadas en un número muy escaso de VD (1 o 2), en las que no se observó efecto.
Intervenciones dirigidas a la promoción de adaptación emocional y conductual de los niños	Efectivas	RS heterogéneas en cuanto a calidad y tipo de estudios seleccionados.	Mayores efectos en intervenciones afectivas y de entrenamiento de resolución de problemas interpersonales en niños de 2 a 7 años. Efectos positivos pero moderados con intervenciones cognitivo-conductuales respecto a otras formas.
Intervenciones con efectos en promoción de autoestima infantil /autoconcepto	Inefectivas	1 ECA	Sin evidencia de efecto.
Intervenciones dirigidas a la promoción de la relación/ interacción: dimensión temperamento	Inefectivas	RS de ECA y ensayos cuasialeatorizados	
Intervenciones dirigidas a la promoción del desarrollo del lenguaje / aprendizaje en población universal	Efectivas	RS de ECA y ensayos cuasialeatorizados	VD y guías anticipatorias han mostrado efectos positivos aunque de moderada magnitud
Intervenciones dirigidas a	Efectivas	RS de ECA	Efectos positivos de

promoción de conductas saludables: actividad física			intervenciones educativas en escuela u hogar sobre nivel de actividad e ingesta calórica (no necesariamente expresadas en cambios en IMC)
Intervenciones con efectos en la promoción del desarrollo social en niños con y sin factores de riesgo	Incierta	RS heterogéneas en cuanto a calidad y tipo de estudios seleccionados	Sólo efectos positivos en algunos programas específicos, alta proporción de estudios con resultados negativos o no concluyentes.
Intervenciones dirigidas a promover la calidad del ambiente del niño: reducción de la exposición al humo de tabaco	Inefectivas	RS de ECA	Ninguna de las formas de intervención evaluadas (sobre RN, preescolares, contexto hospitalario o de atención primaria) parece ser efectiva sobre este desenlace.
Intervenciones con efectos en la educación posterior de la madre.	Efectivas	RS de evaluaciones de programas (varios diseños)	Magnitud baja o moderada en general, alta en madres adolescentes. Efectividad sobreestimada en estudios de menor rigor científico. TE en madres adolescentes mayor que en otros grupos de riesgo o población no seleccionada.

5.3 Recomendaciones e implicancias para la práctica

A partir de la evidencia analizada, los autores de este reporte recomiendan considerar las siguientes categorías de intervenciones de promoción para salud mental en niños de 0 a 6 años:

5.3.1 Intervenciones recomendadas (evidencia de buena calidad, resultados consistentes en general o de alta magnitud):

- Intervenciones para la promoción de la lactancia: aquí hay una variedad de modalidades que mostraron ser efectivas, para favorecer el inicio y la instalación de este proceso natural en el momento del nacimiento a nivel hospitalario se recomienda instalar estrategias de contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido. La consejería cara a cara e individual a la madre y múltiples VD en el periodo del postparto ha mostrado ser efectiva. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante la fase de pre y postnatal o bien durante las fases de prenatal, parto (hospital) y postnatal mediante múltiples visitas domiciliarias (VD).
- Para fomentar la regularización fisiológica temprana del bebé en los ciclos de sueño las intervenciones educativas a la madre y guías anticipatorias o instrucciones escritas han mostrado ser efectivas. La regularización fisiológica del bebé con efectos en la expresión del llanto se ve favorecida por intervenciones de contacto piel a piel que se continúan en casa y la aplicación de masajes al bebé realizado por sus madres.

- Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente doméstico de calidad en población universal: programas de VD múltiples y de largo plazo realizadas por enfermeras.
- Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente doméstico de calidad en población selectiva: VD en niños "de riesgo" (ej. familias vulnerables, niños de bajo peso, niños prematuros de muy bajo peso).
- Intervenciones dirigidas hacia la promoción de la Interacción / relación, aplicadas en padres o madres (excepto las intervenciones educativas prenatales dirigidas a padres). En padres se observan efectos positivos cuando hay un involucramiento temprano con los cuidados del niño, cuando el padre conoce las habilidades del RN, participa en grupos de juego interactivo y en talleres grupales. Las madres se benefician de educación sobre el desarrollo a través de guías anticipatorias.
- Intervenciones dirigidas a la promoción de competencias parentales en población universal (excepto las intervenciones educativas prenatales dirigidas a padres).
- Intervenciones dirigidas a la promoción del rol / identidad materna, excepto intervenciones no estructuradas (grupos informales en atención primaria) o basadas en un número muy escaso de VD (1 o 2)
- Intervenciones dirigidas a la promoción de adaptación emocional y conductual de los niños, especialmente las de tipo afectivas y de entrenamiento de resolución de problemas interpersonales en niños de 2 a 7 años, y las de tipo cognitivo-conductual
- Intervenciones basadas en VD y guías anticipatorias dirigidas a la promoción del desarrollo del lenguaje / aprendizaje en población universal
- Intervenciones educativas dirigidas a promoción de actividad física en escuela u hogar

5.3.2 Intervenciones medianamente recomendadas (evidencia de buena calidad, resultados heterogéneos, o de magnitud baja o incierta):

- Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante el período prenatal (educación a padres). Así como también intervenciones exclusivas de rooming-in dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante el período del nacimiento.
- Intervenciones basadas en VD cortas con o sin apoyo telefónico dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante el período postnatal
- Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente seguro y prevención de accidentes en el niño, especialmente VD durante embarazo
- Intervenciones dirigidas a la promoción de conducta de apego, basadas en CPP.
- Intervenciones dirigidas a la promoción de conocimientos de los padres

5.3.3 Intervenciones no recomendadas excepto bajo condiciones controladas o de investigación (evidencia de daño potencial, ausencia de evidencia concluyente de efectividad extrapolable a Chile):

- Otras intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante el período del nacimiento: paquetes promocionales comerciales que incluyen fórmula artificial que dan un mensaje contradictorio a las madres.
- Intervenciones dirigidas a promoción de conductas saludables en términos de nutrición y dieta sana.
- Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente doméstico de calidad en población universal mediante VD única en período postparto.
- Intervenciones educativas sobre padres (hombres) dirigidas a la promoción de competencias parentales en población universal
- Intervenciones dirigidas a la promoción del rol / identidad materna no estructuradas (grupos informales en atención primaria) o basadas en un número muy escaso de VD (1 o 2)
- Intervenciones dirigidas a promover autoestima infantil /autoconcepto
- Intervenciones dirigidas a la promoción de la relación/ interacción en términos de temperamento
- Intervenciones dirigidas a la promoción del desarrollo social en niños con y sin factores de riesgo.

NOTA: Dadas las limitaciones de la evidencia en torno a este desenlace (ver pág.36), la conclusión de los revisores refleja no un juicio definitivo sobre la efectividad de las intervenciones en este ámbito, sino más bien el volumen y calidad de los estudios controlados existentes al respecto y publicados como tales. Es importante considerar además los programas multimodales internacionales, que constituyen buenas experiencias con resultados positivos en desarrollo social, aunque dado que el enfoque principal de éstos cae en el ámbito de la prevención, se analizaron en el informe respectivo (ver informe paralelo sobre intervenciones preventivas).

- Intervenciones dirigidas a promover la reducción de la exposición al humo de tabaco en el hogar

En general las VD que reportan mayores efectos son aquellas que son parte de programas multicomponentes, con objetivos predeterminados, realizadas por profesionales o personal entrenado, que se centran en la relación con la madre y la comprensión del contexto cultural como moderador de cambio, y las que tienen como foco de atención tanto a la madre como al niño. Las familias con mayor cantidad de factores de riesgo tienen una adherencia menor los programas de "ir", por lo que un programa de VD puede ser efectivo en esta población.

Las VD están ampliamente reconocidas y establecidas en USA, Inglaterra y Canadá, sin embargo hay que considerar las diferencias estructurales y ambientales en la adaptación de esta práctica en poblaciones chilenas.

Chile cuenta con una gran cobertura de salud en el control de niño sano, lo que podría ser una base para la aplicación de recomendaciones relacionadas con la educación a los padres y supervisión del desarrollo.

ANEXO 1: REVISIONES SISTEMATICAS SELECCIONADAS

1. Albernaz, E. and Victoria, C. G. [Impact of face-to-face counseling on duration of exclusive breast-feeding: a review]. *Rev Panam Salud Pública*. 2003 Jul; 14(1):17-24.
2. Barlow, J. and Coren, E. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (1):CD002020.
3. Barlow, J. and Parsons, J. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 year old children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (1):CD003680.
4. Bass, J. L.; Christoffel, K. K.; Widome, M.; Boyle, W.; Scheidt, P.; Stanwick, R., and Roberts, K. Childhood injury prevention counseling in primary care settings: a critical review of the literature. *Pediatrics*. 1993 Oct; 92(4):544-50.
5. Bernard-Bonnin, A. C.; Stachtchenko, S.; Girard, G., and Rousseau, E. Hospital practices and breastfeeding duration: a meta-analysis of controlled trials. *Birth*. 1989 Jun; 16(2):64-6.
6. Coren, E. and Barlow, J. Individual and group-based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001; (3):CD002964.
7. de Oliveira, M. I.; Camacho, L. A., and Tedstone, A. E. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact*. 2001 Nov; 17(4):326-43.
8. Drummond, J. E.; Weir, A. E., and Kysela, G. M. Home visitation programs for at-risk young families. A systematic literature review. *Can J Public Health*. 2002 Mar-2002 Apr 30; 93(2):153-8.
9. Durlak, J. A. and Wells, A. M. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *Am J Community Psychol*. 1997 Apr; 25(2):115-52.
10. Elkan R, Kendrick D Hewitt M Robinson JJA Tolley K Blair M et al. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. 2000; 4, (13).
11. Eshel, N.; Daelmans, B.; de Mello, M. C., and Martines, J. Responsive parenting: interventions and outcomes. *Bull World Health Organ*. 2006 Dec; 84(12):991-8.
12. Gagnon, A. J. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (4):CD002869.
13. Gardner, M. R. and Deatrck, J. A. Understanding interventions and outcomes in mothers of infants. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2006 Jan-2006 Mar 31; 29(1):25-44.

14. Harada Mde, J.; Pedroso, G. C., and Ventura, R. N. [Safe community]. *J Pediatr (Rio J)*. 2005 Nov; 81(5 Suppl):S137-45.
15. Licence, K. Promoting and protecting the health of children and young people. *Child Care Health Dev*. 2004 Nov; 30(6):623-35.
16. Logsdon, M. C. and Davis, D. W. Social and professional support for pregnant and parenting women. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2003 Nov-2003 Dec 31; 28(6):371-6.
17. Magill-Evans, J.; Harrison, M. J.; Rempel, G., and Slater, L. Interventions with fathers of young children: systematic literature review. *J Adv Nurs*. 2006 Jul; 55(2):248-64.
18. Melnyk, B. M.; Feinstein, N. F., and Fairbanks, E. Effectiveness of informational/behavioral interventions with parents of low birth weight (LBW) premature infants: an evidence base to guide clinical practice. *Pediatr Nurs*. 2002 Sep-2002 Oct 31; 28(5):511-6.
19. Moore, E.; Anderson, G., and Bergman, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (3):CD003519.
20. Perez-Escamilla, R.; Pollitt, E.; Lonnerdal, B., and Dewey, K. G. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *Am J Public Health*. 1994 Jan; 84(1):89-97.
21. Regalado, M. and Halfon, N. Primary care services promoting optimal child development from birth to age 3 years: review of the literature. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001 Dec; 155(12):1311-22.
22. Roseby, R.; Waters, E.; Polnay, A.; Campbell, R.; Webster, P., and Spencer, N. Family and caretaker smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (3):CD001746.
23. Shaw, E.; Levitt, C.; Wong, S., and Kaczorowski, J. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*. 2006 Sep; 33(3):210-20.
24. Sikorski, J.; Renfrew, M. J.; Pindoria, S., and Wade, A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2003 Oct; 17(4):407-17.
25. Spiby, H.; McCormick, F.; Wallace, L.; Renfrew, M. J.; D'Souza, L., and Dyson, L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery*. 2007 Apr 4.

26. Sweet, M. A. and Appelbaum, M. I. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Dev.* 2004 Sep-2004 Oct 31; 75(5):1435-56.
27. Tilford S, Delaney F, Vogels M. Effectiveness of mental health promotion interventions: a review. Health Education Authority. 1997.
28. Turley, M. A. A meta-analysis of informing mothers concerning the sensory and perceptual capabilities of their infants: the effects on maternal-infant interaction. *Matern Child Nurs J.* 1985 Fall; 14(3):183-97.
29. Underdown, A.; Barlow, J.; Chung, V., and Stewart-Brown, S. Massage intervention for promoting mental and physical health in infants aged under six months. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; (4):CD005038.
30. van Sluijs EM; McMinn AM, and Griffin SJ. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials.(1468-5833 (Electronic)).

ANEXO 2: ESTUDIOS EXCLUIDOS

#	Referencia	Causal de exclusión
1	Anónimo. Recommendations to reduce violence through early childhood home visitation, therapeutic foster care, and firearms laws. <i>Am J Prev Med.</i> 2005 Feb; 28(2 Suppl 1):6-10.	No corresponde a una RS
2	Andresen, P. A. and Telleen, S. L. The relationship between social support and maternal behaviors and attitudes: a meta-analytic review. <i>Am J Community Psychol.</i> 1992 Dec; 20(6):753-74.	Sin texto completo o abstract informativo disponible
3	Barlow, J.; Parsons, J., and Stewart-Brown, S. Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. <i>Child Care Health Dev.</i> 2005 Jan; 31(1):33-42.	Versión duplicada de RS Cochrane
4	Barlow, J. and Stewart-Brown, S. Behavior problems and group-based parent education programs. <i>J Dev Behav Pediatr.</i> 2000 Oct; 21(5):356-70.	Versión duplicada de RS Cochrane
5	Barlow, J.; Johnston, I.; Kendrick, D.; Polnay, L., and Stewart-Brown, S. Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2006; 3:CD005463.	Rango etario no corresponde
6	Beckwith, Leila and Sigman, Marian D. Preventive interventions in Infancy. <i>Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.</i> 1995 Jul; 4(3):683-700; ISSN: 1056-4993.	Sin texto completo o abstract informativo disponible
7	Berg, F.; Buechner, J., and Parham, E. Guidelines for childhood obesity prevention programs: promoting healthy weight in children. <i>J Nutr Educ Behav.</i> 2003 Jan-2003 Feb 28; 35(1):1-4.	No corresponde a una RS
8	Blank, D. [Well-child care today: an evidence-based view]. <i>J Pediatr (Rio J).</i> 2003 May; 79 Suppl 1:S13-22.	No aporta resultados cuantitativos ni individuales de los estudios
9	Bower, P.; Rowland, N., and Hardy, R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: A systematic review and meta-analysis. <i>Psychological Medicine.</i> 2003 Feb; 33(2):203-215; ISSN: 0033-2917. 1469-8978.	No corresponde a poblaciones diana ni rango de edad del informe
10	Bras Marquillas, J.; Galbe Sanchez-Ventura, J.; Pericas Bosch, J., and Delgado Dominguez, J. J. [Prevention and health promotion in childhood and adolescence. Group for Prevention in Childhood and Adolescence of the PAPPS]. <i>Aten Primaria.</i> 1999 Dec; 24 Suppl 1:20-65.	No corresponde a una RS
11	Charpak, N.; Ruiz-Pelaez, J. G., and Figueroa de Calume, Z. Current knowledge of Kangaroo Mother Intervention. <i>Curr Opin Pediatr.</i> 1996 Apr; 8(2):108-12.	No corresponde a una RS
12	Cusson, R. M. and Lee, A. L. Parental interventions and the development of the preterm infant. <i>J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.</i> 1994 Jan; 23(1):60-8.	No corresponde a una RS
13	Dumaret, A. C. [Early intervention and psycho-educational support: a review of the English language literature]. <i>Arch Pediatr.</i> 2003 May; 10(5):448-61.	Estudio en francés, intervenciones cubiertas por otras RS
14	Haws, R. A.; Thomas, A. L.; Bhutta, Z. A., and Darmstadt, G. L. Impact of packaged interventions on neonatal health: a review of the evidence. <i>Health Policy Plan.</i> 2007 Jul; 22(4):193-215.	No incluye desenlaces de salud mental

- 15 Hoagwood, K. E. Family-based services in children's mental health: a research review and synthesis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005 Jul; 46(7):690-713. Rango etario no especificado
- 16 Hopkins, G. L.; McBride, D.; Marshak, H. H.; Freier, K.; Stevens, J. V. Jr; Kannenberg, W.; Weaver, J. B. 3rd; Sargent Weaver, S. L.; Landless, P. N., and Duffy, J. Developing healthy kids in healthy communities: eight evidence-based strategies for preventing high-risk behaviour. *Med J Aust*. 2007 May 21; 186(10 Suppl):S70-3. No corresponde a una RS
- 17 Horsley, T.; Clifford, T.; Barrowman, N.; Bennett, S.; Yazdi, F.; Sampson, M.; Moher, D.; Dingwall, O.; Schachter, H., and Cote, A. Benefits and harms associated with the practice of bed sharing: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 Mar; 161(3):237-45. No evalúa intervenciones
- 18 Hoyer, P. J. Prenatal and parenting programs for adolescent mothers. *Annu Rev Nurs Res*. 1998; 16:221-49. No corresponde a una RS, desenlaces evaluados no atingentes
- 19 Johnston, M. L. and Esposito, N. Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007 Jan-2007 Feb 28; 36(1):9-20. No evalúa intervenciones
- 20 Kulic, Kevin R.; Horne, Arthur M., and Dagley, John C. A Comprehensive Review of Prevention Groups for Children and Adolescents. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 2004 Jun; 8(2):139-151; ISSN: 1089-2699. No corresponde a una RS
- 21 Malekpour, Mokhtar. Low Birth-weight Infants and the Importance of Early Intervention: Enhancing Mother-Infant Interactions--A Literature Review. *British Journal of Developmental Disabilities*. 2004; 50(99):78-88; ISSN: 0969-7950. No corresponde a una RS
- 22 McBride, Colleen M. and Rimer, Barbara K. Using the telephone to improve health behavior and health service delivery. *Patient Education and Counseling*. 1999 May; 37(1):3-18; ISSN: 0738-3991. No dirigida a salud mental en rango etario de interés
- 23 McGuire, Jacqueline and Earls, Felton. Prevention of psychiatric disorders in early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1991 Jan; 32(1):129-153; ISSN: 0021-9630. 1469-7610. Sin texto completo o abstract informativo disponible
- 24 Melnyk, B. M.; Moldenhauer, Z.; Tuttle, J.; Veenema, T. G.; Jones, D., and Novak, J. Improving child and adolescent mental health. An evidence-based approach. *Adv Nurse Pract*. 2003 Feb; 11(2):47-52. No corresponde a una RS
- 25 Nall, T.; Reynolds, K.; Smith, L., and Steele, C. Evidence-based practices to promote breastfeeding. *Ky Nurse*. 2006 Apr-2006 Jun 30; 54(2):12. No corresponde a una RS
- 26 Nelson, H. D.; Nygren, P.; Walker, M., and Panoscha, R. Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2006 Feb; 117(2):e298-319. No evalúa intervenciones
- 27 Noar, S. M.; Benac, C. N., and Harris, M. S. Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychol Bull*. 2007 Jul; 133(4):673-93. No incluye desenlaces de salud mental
- 28 Notarianni, M. A.; Clements, P. T., and Tillman, H. J. Caring for the future: strategies for promoting violence prevention in pediatric primary care. *J Am Acad Nurse Pract*. 2007 Jun; 19(6):306-14. No corresponde a una RS

- 29 Olds, David L. and Kitzman, Harriet. Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children*. 1993 Winter-1993 Winter 12; 3(3):53-92; ISSN: 1054-8289. Estudios incluidos en RS más actualizadas
- 30 Renfrew, M. J.; Spiby, H.; D'Souza, L.; Wallace, L. M.; Dyson, L., and McCormick, F. Rethinking research in breast-feeding: a critique of the evidence base identified in a systematic review of interventions to promote and support breast-feeding. *Public Health Nutr*. 2007 Jul; 10(7):726-32. No aporta resultados cuantitativos ni individuales de los estudios
- 31 Ritterband, Lee M.; Gonder-Frederick, Linda A.; Cox, Daniel J.; Clifton, Allan D.; West, Rebecca W., and Borowitz, Stephen M. Internet interventions: In review, in use, and into the future. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2003 Oct; 34(5):527-534; ISSN: 0735-7028. No corresponde a rango de edad
- 32 Sellstrom, E. and Bremberg, S. The significance of neighbourhood context to child and adolescent health and well-being: a systematic review of multilevel studies. *Scand J Public Health*. 2006; 34(5):544-54. No evalúa intervenciones
- 33 Stables, G. J.; Young, E. M.; Howerton, M. W.; Yaroch, A. L.; Kuester, S.; Solera, M. K.; Cobb, K., and Nebeling, L. Small school-based effectiveness trials increase vegetable and fruit consumption among youth. *J Am Diet Assoc*. 2005 Feb; 105(2):252-6. No corresponde a rango de edad
- 34 Steiner, H. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Oct; 36(10 Suppl):122S-39S. No corresponde a una RS (practice parameter)
- 35 Thomlison, B. Characteristics of evidence-based child maltreatment interventions. *Child Welfare*. 2003 Sep-2003 Oct 31; 82(5):541-69. Sin texto completo o abstract informativo disponible
- 36 Timperio, A.; Salmon, J., and Ball, K. Evidence-based strategies to promote physical activity among children, adolescents and young adults: review and update. *J Sci Med Sport*. 2004 Apr; 7(1 Suppl):20-9. Reemplazada por RS más actualizada (van Luijs, 2007)
- 37 Turner-Boutle, M.; Sowden, A., and Gilbody, S. Mental health promotion in high-risk groups. *Nurs Times*. 1997 Aug 6-1997 Aug 12; 93(32):42-3. Resumen de RS original de Tilford
- 38 Vuori, I. Does physical activity enhance health? *Patient Educ Couns*. 1998 Apr; 33(1 Suppl):S95-103. No corresponde a una RS
- 39 Weissberg, R. P.; Kumpfer, K. L., and Seligman, M. E. Prevention that works for children and youth. An introduction. *Am Psychol*. 2003 Jun-2003 Jul 31; 58(6-7):425-32. No corresponde a una RS
- 40 Weisz, J. R.; Sandler, I. N.; Durlak, J. A., and Anton, B. S. Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *Am Psychol*. 2005 Sep; 60(6):628-48. No corresponde a una RS
- 41 Wolf, Jessica L. A meta-analysis of primary preventive interventions targeting the mental health of children and adolescents: A review spanning 1992--2003. US: ProQuest Information & Learning; 2005. Resumen de congreso, no se identificó versión publicada a texto completo.

ANEXO 3: CARACTERÍSTICAS DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS SELECCIONADAS

INTERVENCIONES DE PROMOCION EN SALUD MENTAL PARA NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS

Estudio	Intervenciones incluidas en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Cobertura temporal de la búsqueda	Calidad metodológica de la revisión
Albernaz, 2003	Intervenciones de consejería cara a cara para promover lactancia exclusiva. Población con y sin factores de riesgo. Mayoría de los estudios en países no desarrollados	Lactancia exclusiva.	No se aplicaron criterios de inclusión metodológicos.	1990-2001.	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Cochrane Library, Medline, Lilacs. b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : se analizó diversos criterios de calidad metodológicos (método adaptado de "Downs y Black", con escala de puntaje de 1 a 27).
Barlow 2003	Programas de entrenamiento parental grupal para mejorar ajuste emocional y conductual en niños de 0 a 3 años. Programas que tuvieran grupo de control (otra intervención o lista de espera) Dirigido a padres de niños de 0 a 3 años de población general y clínica.	Ajuste emocional y conductual del niño	5 Ensayos aleatorizados	2001	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Amplia búsqueda en MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsychLIT, Sociofile, Social Science Citation Index, ASSIA, Cochrane Library, NRR, ERIC. b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : Análisis crítico según criterios Cochrane.

Estudio	Intervenciones incluidas en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Cobertura temporal de la búsqueda	Calidad metodológica de la revisión
Barlow 2004	<p>Programas parentales grupales efectivos en mejorar la salud psicosocial maternal.</p> <p>Sólo programas con un instrumento estandarizado de medida de salud psicosocial.</p> <p>Se excluyen aquellos individuales, con trabajo directo con niños y que ofrezcan otro tipo de servicios como la visita domiciliaria.</p> <p>Programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conductuales basados en aprendizaje social. • Cognitivo –Conductual, estrategias conductuales básicas y estrategias cognitivas para reestructurar su pensamiento acerca de sí mismos y sus hijos. • Multimodal, otros componentes en adicción a los conductuales o cognitivos como psicoeducación. • Conductual – Humanista. Webster Stratton, serie parental e infantil la cual utiliza el modelado a través de video. • Terapia racional – Emotiva. Reducción del estrés a través de discusión de creencias irracionales y reforzar creencias 	Ansiedad, depresión y autoestima de la madre	ECA	Hasta 2003	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: amplia: bases de dato: MEDLINE, EMBASE CINHAL, PsychLit, ERIC, ASSIA, Sociofile y Social Sciences Citation Index, Cochrane Library y National Research Register. Idioma: inglés, español, alemán, Coreano y japonés.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: Se realizó análisis crítico formal según criterios de la Cochrane Collaboration.</p>

Estudio	Intervenciones incluidas en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Cobertura temporal de la búsqueda	Calidad metodológica de la revisión
Bass, 1993	Intervenciones de consejería en el contexto de la atención primaria, para prevención de injurias no intencionales en niños (accidentes caseros, lesiones asociadas a accidentes automovilísticos, quemaduras, caídas, envenenamientos). Estudios realizados en poblaciones urbanas, suburbanas, rurales y de bases militares. En la mayoría de los casos la consejería a los padres fue realizada por médicos.	Mortalidad, morbilidad, conductuales, educacionales.	No se especifican criterios de inclusión metodológicos. Se seleccionó ECAs, estudios controlados no aleatorizados, series de tiempo y estudios descriptivos.	Hasta 1991	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Limitada a Medline y otros artículos aportados por los propios revisores. Sólo estudios en inglés. b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : se clasificó los estudios según niveles de la US Preventive Services Task Force (USPSTF), y además se aplicó escala de calidad metodológica genérica (máximo puntaje: 31,2, mínimo: 11,2).
Bernard-Bonnin 1989	Prácticas hospitalarias que influyen en la lactancia materna	Duración de lactancia	Metaanálisis de 9 ensayos controlados	No precisado, última referencia del año 1989	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : no hay descripción de la búsqueda. b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : no hay descripción del análisis crítico.
Coren	Programas de paternidad individuales o grupales para fomentar resultados psicosociales y del desarrollo en madres adolescentes y sus hijos(as). Madres menores de 20 años, población clínica y general Se excluyen programas de educación para embarazo, prevención de embarazo, programas no dirigidos exclusivamente a adolescentes y con visitas domiciliarias.	Salud psicosocial materna: autoestima, conocimiento, competencias parentales. Salud Infantil: desarrollo cognitivo, social, mental	4 ensayos aleatorizados	2007	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Amplia búsqueda en MDLINE, ERIC, CINAHL, sychlit, Sociofile, Social Science Citation Index, ASSIA, SPECTR, CENTRAL, NRR, EMBASE b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : Análisis según criterios Cochrane

Estudio	Intervenciones incluidas en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Cobertura temporal de la búsqueda	Calidad metodológica de la revisión
de Oliveira 2001	<p>Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna en el cuidado primario. Estas se realizan durante el embarazo, y/o el cuidado del niño en centros de salud, comunitario, hospitalario.</p> <p>Los estudios presentaban una amplia gama de intervenciones, variedad de profesionales quienes las aplicaban, variaciones culturales y diferentes poblaciones de mujeres. Un estudio en Chile. Se seleccionaron solo diseños experimentales o cuasi experimentales.</p> <p>El setting fue variado: 34% en casa de la mujer, 29% en consultas de salud primarias, 29% en hospitales y el 8% en comunidades</p>	<p>Duración de lactancia, cualquier tipo (exclusiva o parcial entre la semana 4 y el 6° mes postparto)</p>	<p>64 estudios; 33 diseños experimentales y 31 diseños cuasi experimentales. 37 estudios con bajo potencial de sesgo y 27 presentan problemas metodológicos.</p> <p>Se seleccionaron sólo los estudios de mayor validez interna.</p>	1999	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</u> Amplia búsqueda: MEDLINE, Popline, Healthstar, CAB- Health, Cochrane Library, CINAHL, y Lilacs.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico:</u> Se usó una escala de 3 ítems y se clasificaron los estudios en buena, moderada y pobre validez interna.</p>
Drummond, 2002	<p>Programas establecidos de Visitas domiciliarias a familias en riesgo de negligencia y abuso.</p> <p>Realizadas por paraprofesionales y por enfermeras, por más de dos años.</p> <p>Inclusión: familias en riesgo en etapa de maternidad, crianza de niños. Con niños desde la etapa preescolar.</p> <p>Exclusión: recién nacidos de pretérmino con bajo peso</p> <p>Niños con necesidades especiales</p>	Desarrollo del niño	Documentos gubernamentales, reportes de programas y publicaciones bibliográficas.	1995 - 2000	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</u> amplia CINAHL, ERIC, MEDLINE, búsqueda manual y contacto a expertos para identificación de literatura gris.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico:</u> Se evaluaron los componentes del programa (modelo, objetivos, población y metodología), práctica de la visita domiciliaria (tipo de visitante, supervisión, duración, consideración de las condiciones del cliente, herramientas) y confiabilidad de la evaluación (diseño, asignación, tamaño de la muestra, pérdidas, ciego y calidad de las mediciones).</p>

Estudio	Intervenciones incluidas en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Cobertura temporal de la búsqueda	Calidad metodológica de la revisión
Durlak, 1997	Programas de prevención primaria en salud mental para niños y adolescentes: intervenciones en población general, destinadas a disminuir la incidencia futura de problemas de adaptación conductual y social. Incluyendo intervenciones de tipo promocional. Excluye las destinadas sólo a afectar rendimiento académico y a la prevención del uso de drogas.	Problemas de conducta: conductas violentas, autoagresión, ausentismo escolar, maltrato infantil. etc.	Cualquiera que incluya algún tipo de grupo control.	Hasta fines de 1991	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: En Psyc Lit y amplia búsqueda manual en revistas especializadas y de literatura gris.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: se consideró método de asignación, % pérdidas de seguimiento, además de otros aspectos, pero no se detallan para cada estudio, sólo en forma agregada.</p>
Elkan, 2000	Visitas domiciliarias a mujeres en diferentes períodos pre y postnatal	Habilidades parentales en el hogar, problemas conductuales infantiles, desarrollo cognitivo, desarrollo social y desarrollo lingüístico.	Estudios con grupo control (ECA, ensayos no aleatorizados, antes-después con grupo control).	1966 - 1997	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: búsqueda amplia en diversa bases de datos: Medline, Sinal, Embase; revisión de Cochrane Library y de la revista "Health Visitor". Además se contactó a personas y organizaciones claves.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: Se utilizó escala de Reisch adaptada.</p>

Estudio	Intervenciones incluidas en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Cobertura temporal de la búsqueda	Calidad metodológica de la revisión
Eshel, 2006	<p>Visitas domiciliarias, proyectos comunitarios, terapia de familia, educación a través de medios de comunicación y cuidado clínico para aumentar la responsividad maternal en países desarrollados y en desarrollo.</p> <p>Sin criterios de exclusión ni inclusión.</p>	<p>Desarrollo psicosocial</p> <p>Practicas parentales</p> <p>Salud física niño</p>	Estudios de intervención (con énfasis en ECA)	No especifica, última referencia del año 2005	<p><u>A. Calidad de la búsqueda bibliográfica:</u> Búsqueda electrónica en PubMed, WHOLIS, Cochrane Review, the World Bank, LILACS y KoreaMed. Sólo literatura en inglés. Autores señalan que seleccionaron muestra "representativa" de estudios de intervención.</p> <p><u>b. Calidad del análisis crítico:</u> no se realizó análisis crítico formal.</p>
Gagnon, 2007	<p>Programas educativos estructurados entregados durante embarazo a los padres, a través de educador, individuales o grupales, con información sobre el embarazo, nacimiento o paternidad.</p> <p>Excluye intervenciones dirigidas exclusivamente a lactancia materna, depresión postparto, mejoría de salud materna psicosocial (ansiedad, depresión, autoestima), o a disminución de tabaquismo.</p>	Lactancia, apoyo social, adaptación psicológica a la paternidad, habilidades de cuidado del niño, participación del padre, aumento de conocimientos.	Ensayos aleatorizados	Ultima actualización en Mayo 2007	<p>Revisión según estándares de la Colaboración Cochrane.</p> <p><u>a. Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</u> Incluyendo Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register, Medline, CINAHL, ERIC, EMBASE y PsycINFO Búsqueda manual en Journal of Psychosomatic Research y listas de referencias, hasta mayo 2006.</p> <p><u>b. Calidad del análisis crítico:</u> Incluyó método de asignación, encubrimiento de la asignación, ciego y pérdidas de seguimiento.</p>

Estudio	Intervenciones incluidas en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Cobertura temporal de la búsqueda	Calidad metodológica de la revisión
Gardner 2005	Intervenciones de enfermería para promover maternaje efectivo temprano en los dos primeros años de vida (facilitar transición al rol materno y fomentar habilidades maternas). Madres mayores de 20 años	Dimensiones de procesos en maternaje (autopercepción, satisfacción, competencia, stress, ánimo) y dimensiones conductuales del maternaje (Interacción, interpretación de señales, conocimientos, habilidades en el cuidado y desarrollo del niño, provisión ambiente adecuado)	23 estudios: 16 ensayos controlados, 6 ensayos cuasi experimentales y un reporte de caso	2004	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: Búsqueda en MEDLINE, CINAHL, PsychINFO, Sociologic Abstract database, Cochrane Database for Systematics Review</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: Análisis del nivel de evidencia según criterios de Centre for Evidence-Based Medicine.</p>
Harada, 2005	Programas preventivos de injurias intencionales en sujetos de 0 a 18 años, comunitarios, basados en más de una estrategia de "comunidad segura".	Injurias intencionales.	No especifica criterios de inclusión metodológicos.	2000-2005	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: Limitada a Medline y Lilacs. Artículos en inglés, español y portugués.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: No se indica.</p>
Licence 2004	Revisión selectiva de literatura sobre intervenciones de promoción de salud infantil en Inglaterra. No especifica rango de edad de los niños.	Promoción en salud: Prevención de accidentes, promoción de salud mental (incluye apoyo parental), dieta sana y actividad física.	Revisión selectiva de literatura	No especificada, última referencia 2004	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: Cochrane Library, National Health service, Centre for Review and dissemination, Health Development Agency. Diferentes páginas web de instituciones y opiniones de expertos.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: Análisis cualitativo no formal.</p>

Estudio	Intervenciones incluidas en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Cobertura temporal de la búsqueda	Calidad metodológica de la revisión
Logsdon, 2003	Apoyo social y profesional para mujeres embarazadas y hasta dos años de post parto	Apoyo social Salud en el embarazo y parto de la madre y recién nacido	Sin especificación respecto a diseño. Se seleccionó estudios experimentales y un estudio "descriptivo-comparativo". Sólo estudios publicados de EEUU y Canadá.	Koniak-Griffin et al. 1999	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Amplia en bases de datos, búsqueda manual y retrospectiva de referencias. CINAHL, Medline, PsychLit, Social Sciences Abstracts, Social Sciences Citation, and Social Work Abstracts. b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : no hubo análisis crítico formal
Magill-Evans 2006	Intervenciones con papás (hombres) de niños de 0 a 5 años. Intervenciones de masaje, observación y modelamiento de conducta con el niño, uso porta bebé, participación con el niño en programa preescolar, grupos de discusión, programas de entrenamiento parental.	Aspectos de la interacción papá hijo. Los outcomes de los estudios eran muy diferentes entre sí, lo que limita la confiabilidad y validez de la información y dificulta la síntesis de resultados	14 papers: 7 ensayos controlados, 6 estudios de cohortes, un estudio con diseño pre post, dan cuenta de 12 intervenciones y algunos de sus seguimientos.	2003	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Búsqueda en Medline, CINAHL, PsycINFO y lista de referencia manual. b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : Se clasificó los estudios en calidad alta, mediana y baja.

Estudio	Intervenciones incluidas en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Cobertura temporal de la búsqueda	Calidad metodológica de la revisión
Melnyk, 2002	<p>Programas de intervención conductuales y/o informativos focalizados en padres de niños prematuros de muy bajo peso.</p> <p>Intervenciones incluyen: demostración a las madres y aplicación por parte de éstas, de escalas de evaluación conductual en los niños, programas de visitas domiciliarias dirigidas a promover el desarrollo del niño, inducir estimulación auditiva (cantar o hablar al niño), o a masajearlo, sesiones educativas mediadas por enfermera y/o a través de videos. Algunas limitadas a estadía en hospital y otras extendidas por plazo variable, hasta 3 años.</p>	Coping, desarrollo del niño.	Estudios de intervención. No se especifican otros criterios de inclusión metodológicos. Se seleccionó principalmente ECA, además de un estudio cuasialeatorizado y un estudio "experimental" no controlado.	"Últimos 20 años". Referencia seleccionada más reciente corresponde a 2001.	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: Cochrane Database of Systematic Reviews, Medline, CINAHL, PsylInfo, Cochrane Register of Controlled Trials.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: limitado a la identificación del diseño del estudio. No se especifican otros criterios de análisis.</p>
Moore 2007	<p>Intervenciones madre hijo de contacto piel a piel (CPP) temprano (en el nacimiento). Participan madres y sus recién nacidos sanos, de término o de pretérmino tardío (34 a 37 semanas). Inicio de la intervención antes de las 24 hrs. post parto. Ensayos con intervención de CPP y grupo de control con cuidados de rutina de la maternidad. Participantes de varios países desarrollados y en vías de desarrollo, incluido Chile. Las intervenciones presentan una amplia variación en la duración, inicio del contacto, y apoyo de la madre en lactancia.</p>	Lactancia, conducta materno infantil y fisiología del recién nacido.	30: 29 Ensayos aleatorizados y 1cuasi aleatorizado (1925 participantes)	Agosto 2006	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: Medline, Central, y búsqueda manual en revistas especializadas</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: según criterios Cochrane</p>

Estudio	Intervenciones incluidas en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Cobertura temporal de la búsqueda	Calidad metodológica de la revisión
Pérez-Escamilla 1994	Prácticas hospitalarias en la maternidad, en díadas madre hijo, caucásicas y de color, de ingresos medios y bajos, población urbana de Canadá, E.E.U.U. y Filipinas.	Lactancia	18: 16 Ensayos aleatorizados y 2 diseños cuasi experimentales.	1991	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: Búsqueda limitada a MEDLINE y bases de datos personales y contactos personal con investigadores.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: Limitado al diseño, método de asignación, y pérdidas de seguimiento, pero sin precisar criterios y sin detalle por estudio.</p>
Regalado, 2007	<p>Actividades clínicas en atención médica pediátrica primaria en salud para el óptimo desarrollo y prevención de morbilidad en niños de 0 a 3 años:</p> <p>Intervenciones de diagnóstico/evaluación, educación, intervenciones en problemas focalizados y coordinación de servicios.</p>	Outcomes del niño, de los padres y de la interacción. Detección de riesgo y diagnóstico precoz de problemas en el niño.	47 artículos: sólo 30 ensayos clínicos controlados, algunos de ellos aleatorizados, el resto estudios no controlados.	1999	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: Búsqueda en Medline, PsychINFO</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: No se realizó análisis crítico explícito, sólo se constata si hubo grupo control y si o hubo, si la asignación fue aleatorizada.</p>

Estudio	Intervenciones incluidas en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Cobertura temporal de la búsqueda	Calidad metodológica de la revisión
Roseby 2007	<p>Intervenciones para reducir el hábito de fumar en padres, familia, cuidadores y profesores de niños de 0 a 12 años. Sólo se incluyen las del rango etéreo de interés.</p> <p>Se incluyeron todas los mecanismos para la reducción del hábito de fumar: programas de prevención, tratamientos socioconductuales, tecnológicos, educativos e intervenciones clínicas y políticas y legislación en contra del hábito de fumar.</p> <p>Contexto: comunitario, poblacional, atención de salud en el niño sano y en el niño enfermo. USA, Canadá, China, Noruega, Italia, Escocia, Australia.</p>	<p><u>En los niños:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Disminución de la exposición ambiental al humo de tabaco medido por: niveles de nicotina en el aire y otras medidas como cambio en el comportamiento reportado por los padres. Disminución de la absorción del humo medido por niveles de nicotina en orina/sangre/saliva/cabello. <p><u>En los adultos:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Cambios en el comportamiento del hábito de fumar. Cambios en conocimiento y actitudes medidos por tiocianatos, cotinina en sangre/orina/saliva y autorreporte. Hábito de tabaco postparto. Medidas de ansiedad, depresión, culpa relacionada con salud Medidas de funcionamiento familiar. 	ECA y ensayos cuasialeatorizados	Se registran estudios desde 1987 a 2002. No se indica la cobertura temporal que se realizó para toda la búsqueda.	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</u> Registro especializado del Grupo de Adicción al Tabaco, Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, Medline, CINAHL, PsycINFO, EMBASE, ERIC, Healthstar. Se verificaron las listas de referencias de los estudios y se hicieron consultas sobre otros estudios no publicados</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico:</u> Según estándares Cochrane. Dos revisores independientes extrajeron la información. Para el análisis de los resultados se usó la escala de Jaddad 1996.</p>

Estudio	Intervenciones incluidas en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Cobertura temporal de la búsqueda	Calidad metodológica de la revisión
Shaw, 2006	Soporte post parto universal a mujeres de bajo riesgo. Visitas educativas al pediatra en primíparas de bajos ingresos socioeconómico. Visitas de enfermera combinadas con "case conference" en mujeres de alto riesgo de disfunción familiar y abuso infantil. Visitas domiciliarias o soporte de pares en mujeres con riesgo alto de disfunción familiar y depresión post parto	Competencias parentales Mejoras en indicador "home environmental quality". Reducción del puntaje de la escala de Edinburgh para depresión post natal. Embarazos no deseados. Satisfacción materna.	Ensayos aleatorizados de intervenciones realizadas inmediatamente post parto hasta un año después. Se excluyen estudios no randomizados	Búsqueda realizada en 1999, 2003 y 2005. Abarcaron estudios entre 1980 y 2003.	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica:</u> Abarcó MEDLINE, Cinahl, PsycINFO, The Cochrane Library. No incluyó búsqueda de literatura gris y se limitó a estudios realizados en USA, Europa, Nueva Zelandia y Australia b. <u>Calidad del análisis crítico:</u> Los estudios se analizaron mediante la escala de Jadad.
Sikorski, 2003	Intervenciones de apoyo extra a la lactancia, más allá de los cuidados estándar, a mujeres que amamantan para evitar la suspensión de la lactancia materna: exclusiva o parcial. Se usaron visitas domiciliarias, apoyo telefónico realizadas por enfermeras, matronas o profesionales de salud u otros como el curso de entrenamiento OMS para la lactancia o la consejería por pares según el método de La Liga de Leche. Mujeres con intención de amamantar y que aceptaron apoyo pre y/o post natal. Incluyó estudios de 10 países (Brasil, USA, Nigeria, UK, Canadá, México, Suecia, Irán , Bangladesh, Belarus) cuya intervención era mayor a la estándar, aleatorizados y con al menos un 75% de seguimiento y abarcaron 23712 duplas madre-hijo. Intervenciones categorizadas en tres grupos: Provenientes de áreas con tasas de lactancia alta, mediana y baja.	Suspensión de la lactancia materna exclusiva o parcial, antes del mes, a los 2,3,4,6, 9 y 12 meses. Infecciones respiratorias. Eczema por atopia de piel Diarrea del lactante	ECA y cuasialeatorizados	1980 al 2001	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> The Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. The Cochrane Controlled Trials Register. Medline. Embase. Búsqueda de literatura gris de estudios publicados y no publicados b. <u>Calidad del análisis crítico:</u> Artículos analizados por dos revisores independientes. A cada estudio se le asignó un puntaje basado en criterios objetivos. Se comparó resultados de estudios de buena y mala calidad.

Estudio	Intervenciones incluidas en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Cobertura temporal de la búsqueda	Calidad metodológica de la revisión
Spiby, 2007	Intervenciones de entrenamiento, educación u otras para la modificación de prácticas, dirigidas a profesionales de salud y consejeros de lactancia materna. Estudios en países desarrollados.	Duración de la lactancia.	Ensayos aleatorizados, ensayos no aleatorizados con controles concurrentes, y estudios antes después.	1980-2003.	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : Medline, CINAHL y otras 17 bases de datos. Sin restricción de lenguaje. b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : se realizó análisis crítico según diversos criterios pero no se detallan resultados por estudio, sólo en forma agregada.
Sweet 2004	Visitas domiciliarias para familias de niños pequeños (entre el nacimiento y los 3 años de edad) en USA. Se incluyeron programas cuya estrategia de entrega de servicios primarios fuese la visita domiciliaria, y sólo los programas conducidos en Estados Unidos. Se excluyeron programas destinados a niños con enfermedad crónica, con cambios físicos y retraso en el desarrollo	Niño: Desarrollo cognitivo, desarrollo socioemocional y prevención del maltrato (maltrato actual, potencial y estrés parental). Padres: fomento de crianza y del curso de vida materna (educación posterior).	181 Ensayos aleatorizados sobre 60 programas de VD.	Programas llevados a cabo entre de 1965 y 1999	a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u> : amplia: base de datos de MEDLINE, ERIC, PsycInfo, Psychological Abstract y Social Work Research. b. <u>Calidad del análisis crítico</u> : Se realizó análisis crítico formal.

Estudio	Intervenciones incluidas en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Cobertura temporal de la búsqueda	Calidad metodológica de la revisión
Tilford, 1997	Intervenciones de promoción de salud mental de cualquier índole, en todos los grupos de edad, en contextos comunitarios, educacionales y de servicios de salud (excluyendo hospitalizados y sujetos con enfermedades mentales mayores).	Mejoría de salud mental, modificación de sus determinantes, o prevención de enfermedades mentales o sus factores de riesgo.	Ensayos aleatorizados, ensayos cuasialeatorizados, y estudios no controlados en casos seleccionados.	1980-1995.	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: Búsqueda amplia en múltiples bases de datos (Medline, CINAHL, PSYCHLIT, ERIC, entre otras), búsqueda en revistas especializadas y contacto con autores para identificación de literatura gris.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: se realizó análisis crítico considerando existencia o no de grupo control y el método de asignación, ciego, pérdidas de seguimiento.</p>
Turley, 1985	Intervenciones de entrega de información a las madres respecto a las capacidades perceptuales y sensoriales de sus recién nacidos.	Interacción materno-infantil.	Estudios experimentales controlados.	S/I	Sin información (sólo disponibles datos extraídos de revisión de Demott).

Estudio	Intervenciones incluidas en la revisión	Desenlaces evaluados	Tipos de estudios incluidos en la revisión	Cobertura temporal de la búsqueda	Calidad metodológica de la revisión
Underdown, 2006	<p>Masaje a niños de 0 a 6 meses, sanos, de término; realizados por padres o cuidadores, dirigidos a evaluar si la intervención es efectiva en la promoción de salud mental incluyendo la interacción bebé-adulto.</p> <p>Se excluyen estudios en bebés de pretérmino y bajo peso, hospitalizados. Con excepción de un estudio en un orfanato.</p> <p>Se incluyen también intervenciones multimodales que contengan programas de masajes, con evaluación de efectividad.</p>	<p>Relación madre hijo, apego. Temperamento. Desarrollo mental. Sueño. Llanto.</p>	<p>Ensayos aleatorizados y cuasialeatorizados.</p>	<p>Ultima actualización en Agosto 2006</p>	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: amplia búsqueda en Medline, PsycINFO, CINAHL, EMBASE, Chinese S. Journal Database. Incluye literatura gris. Sin restricción de idioma.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: según estándares de la Colaboración Cochrane. Se consideró aleatorización y pérdidas de seguimiento.</p> <p>Nota: en resultados se excluyen 13 estudios realizados en China y considerados con "alto potencial de sesgo" por los autores de la revisión (por uniformidad de resultados positivos, información inadecuada sobre el diseño y conducción y falta de reporte de pérdida de seguimiento).</p>
Van Sluijs 2007	<p>Intervenciones educativas, de modificaciones ambientales y multicomponentes (familia y comunidad), que promueven la actividad física a través de cambios conductuales.</p> <p>Se excluyeron estudios de reducción del sedentarismo o programas ejercicios para prevenir obesidad.</p> <p>Estudios realizados en niños en Canadá, Grecia, Reino Unido y Finlandia.</p>	<p>Índice de masa corporal</p> <p>Ingesta calórica diaria</p> <p>Actividad física motora</p> <p>Destrezas motoras</p>	<p>ECA y ensayos cuasialeatorizados</p>	<p>No se indica el período de búsqueda. Artículos son desde 1990 a diciembre 2006</p>	<p>a. <u>Amplitud de la búsqueda bibliográfica</u>: Pubmed, SCOPUS, Psychlit, Ovid Medline, Sportdiscus, Embase. Listas de referencias.</p> <p>b. <u>Calidad del análisis crítico</u>: 2 revisores independientes aseguraron cumplimiento de los criterios de inclusión e hicieron el análisis. Se evaluó la validez interna con criterios preestablecidos. Las conclusiones se basaron en la consistencia de los resultados, estableciéndose que al menos 2/3 de los estudios tuvieron resultados en una dirección.</p>

ANEXO 4: RESULTADOS DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS SELECCIONADAS

1. Intervenciones dirigidas a la promoción de la lactancia materna

Se encontraron numerosos estudios en esta área, para facilitar el análisis se describirán los resultados según el momento en que se realiza la intervención: sólo durante la fase prenatal, sólo durante la fase postnatal, sólo durante el período del nacimiento/puerperio (en el contexto hospitalario), durante el período de parto y postnatal o bien durante todo este período; prenatal, parto y postnatal. También se presenta una RS según que muestra resultados de intervenciones según el área de prevalencia de lactancia.

La lactancia se midió generalmente por la extensión de su duración en el tiempo, por la prevalencia de mujeres lactando, y en algunos casos se midió también en su intensidad. Esta última puede ser lactancia exclusiva (el bebé recibe sólo leche materna), lactancia completa (el bebé recibe leche materna y puede ser suplementada) y cualquier tipo de lactancia (mayor variedad).

1a. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período prenatal

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. I. sólo en fase Prenatal En mujeres de color, bajo NSE. Sesiones grupales y asesoría individual. Participación de la pareja, se demuestra lactancia, se discuten beneficios, mitos, producción de leche, ingreso al trabajo,	1 ECA, Kistin 1990	Lactancia	Sesiones grupales extienden la duración de la lactancia pero la asesoría individual fue efectiva en aumentar las tasas de iniciación de la lactancia.
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. I. sólo en fase Prenatal En Santiago, en programa de lactancia y método AC de amenorrea lactacional. Educación en grupo para aumentar habilidades en lactancia, matrona, se insta a las mujeres a compartir dudas y experiencias personales. Se discute sobre ventaja de estar con el bebe en sala, se entrena con un pecho de modelo y una muñeca. 3 a 5 sesiones de 20 minutos, en el último trimestre.	1 cuasi experimental; Pugin et al 1996	Lactancia completa a los 6 meses	Se aumentó la lactancia completa hasta los 6 meses a un alto nivel de un 65% a un 80% de todas las madres.
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. I. sólo en fase Prenatal En México, mujeres que no pretendían dar pecho tuvieron 4 clases sobre ventajas y técnicas. 4 sesiones de 30 minutos mas un panfleto	1 cuasi experimental; Vega Franco 1985	Lactancia a las 4 semanas	La intervención fue exitosa. Un 72% de las mujeres inicialmente desmotivadas daban pecho a la cuarta semana comparado con el 16% del grupo control
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. I. sólo en fase Prenatal Australia, grupo especial con mujeres vietnamesas, grupos pequeños, uso video tape y confrontando ideas sobre mamadera y lactancia, 3 sesiones, 2 horas y 25 minutos de video	1 ECA: Rossiter 1994	Lactancia a las 4 semanas	Eficacia el doble de mujeres aumentan lactancia por este tiempo
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. I. sólo en fase Prenatal Australia, una sola sesión grupal de una hora con primíparas que querían dar pecho, en el último mes, foco en posición, apego, cada mujer usó una muñeca en la sesión	1 ECA: Duffy 1997	Lactancia a las 6 semanas	Tres veces más mujeres estaban lactando a las 6 sem. y muy pocas presentaron heridas de pezón en comparación con el GC
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. I. sólo en fase Prenatal USA, una sesión, no se sabe duración en el último trimestre. Primíparas, foco en anatomía, fisiología, ventajas y técnicas,	Wiles 1984	Lactancia a 1 mes	Tres veces mas madres lactando que el GC

	combinación con trabajo.			
Gagnon 2007	Intervenciones educativas prenatales estructuradas dirigidas a padres sobre información de embarazo, parto y paternidad. De carácter grupal o individual	9 estudios	Lactancia, habilidades en cuidados del RN, apoyo social, participación del padre	No se encontraron diferencias significativas
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. I. sólo en fase Prenatal USA, una sesión de 40 minutos de una presentación (lección), 10 min., de preguntas y entrega de panfleto	Hill 1987	Lactancia	No reportan efectos positivos en lactancia
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. I. sólo en fase Prenatal USA, una sola visita al pediatra, entre la semana 32 y 36, en mujeres urbanas, de bajo NSE, se hablaban de otros temas relativos al niño.	Serwint 1996	Lactancia	No reportan efectos positivos en lactancia

1b. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento

Se distinguen dos grupos de estudios, un grupo sobre la técnica del contacto de piel a piel y otro grupo con variadas estrategias para fomentar lactancia en el ámbito hospitalario.

1b.i: Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento (Contacto piel a piel (CPP))

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Moore 2007	Sosa 1976: CPP muy temprana: madre recibe bebé durante 45 minutos después de cerrar episiotomía. Thomson 1979: CPP al nacimiento después de 15 a 30 minutos pp durante 15 a 20 minutos, y contactos subsecuentes hasta 24 hrs, en cada	Sosa 1976, Thomson 1979, Carfoot 2005	Lactancia al 1 mes y lactancia a 4 meses	Efectos significativos para el grupo de intervención, más días estaban aún con lactancia entre el primer y cuarto mes postparto (OR 1.82, 95%, CI 1.08 – 13.07).

	lactancia cada 4 horas. Carfoot 2005 con CPP al nacimiento y apoyo en la primera lactancia			
Moore 2007	Variadas intervenciones de CPP	10 estudios	Lactancia al 1 mes y lactancia a 4 meses	Ocho de 10 estudios mostraron que las mujeres gustaban de dar pecho entre el primer y cuarto mes pero sólo dos de estos estudios alcanzaron resultados estadísticamente significativos. Un estudio sugiere que factores contextuales adversos (a la intimidad) pueden afectar la efectividad de la intervención.
Moore 2007	1 CPP temprana, 1 CPP al nacimiento	2 estudios: De Chateau 1977, Shiau 1992	Lactancia a 1 año	Mas díadas estaban con lactancia al año postparto aunque esta cifra no fue estadísticamente significativa.
Moore 2007	Variados inicios de CPP	8 estudios: De Chateau 1977, Mizuno 2004, Shiau 1992, Sosa 1976b, Soza 1976c, Svejda 1980, Soza 1976a	Lactancia	Un meta análisis de 7 de estos estudios mostró una duración mas larga de la lactancia a favor del grupo de intervención WMD 42,55 días (95%, CI 1.69 – 86.79). Soza 1976a encontró un efecto de mayor duración de lactancia en mujeres del grupo control, lo que se debe interpretar con cautela.
Moore 2007	Carfoot 2004 y 2005 con CPP al nacimiento en RN sanos de mas de 36 semanas, una enfermera apoya primera lactancia. Moore 2005 CPP al nacimiento, promedio de 99 minutos con al madre y apoyo de lactancia por investigadores.	Carfoot 2004, Carfoot 2005, Moore 2005	Lactancia inicial	Estos estudios encuentran una diferencia significativa para el CPP en el éxito de la primera lactancia, Moore agrega que la erección del pezón contribuye a este éxito.
Bernard-Bonnin 1989	Practicas hospitalarias que influyen en la lactancia materna. Contacto temprano madre bebé, con contacto piel a piel por lo menos 15 minutos en la primera hora postparto, con o sin lactancia	4 ECA: Salaria et al 1978, Taylor et al 1985, Thomson et al 1979, Winters 1973	Lactancia	Resultó ser un factor positivo estadísticamente significativo en la duración de lactancia de 6 a 8 semanas. OR 2.96
Pérez-Escamilla 1994	Intervenciones hospitalarias: Paquete comercial de materiales de promoción en lactancia (incluida fórmula), contacto temprano madre	8 estudios (se excluye uno sin seguimiento). Intervención de contacto piel a piel	Lactancia	Intervención muestra un efecto positivo en la motivación de las madres a dar pecho a los dos y tres meses en primíparas. Resultados podrían estar sesgados por

	hijo, permanencia conjunta en sala de la diada y consejería en lactancia, lactancia libre demanda, suplemento con fórmula	(CPP) temprano post parto (a los 39 min. Durante 10 a 45 minutos) (Sosa 1974, de Château 1977, Strachan-Lindenberg 1990, Salariya 1978, Thomson 1979, Ali, Taylor 1985)		confundentes no controladas (padres, consejería)
--	---	--	--	--

1b.ii. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento (varios tipos de intervenciones)

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Pérez-Escamilla 1994	Intervenciones hospitalarias: Paquete comercial de materiales de promoción en lactancia (incluida fórmula), contacto temprano madre hijo, permanencia conjunta en sala de la diada y consejería en lactancia, lactancia libre demanda, suplemento con fórmula	6 estudios sobre impacto de paquetes comerciales de promoción en lactancia (Evans 1986, Feinstein 1986, Guthrie 1985, Bergerin 1983, Dungy 1992, Frank 1987)	Lactancia al 1 mes y lactancia a 4 meses	El grupo que recibió paquete comercial de promoción de lactancia muestra un efecto negativo en lactancia exclusiva medida al mes y al cuarto mes. Se observó también un efecto no significativo en algún tipo de lactancia al primer mes. Guthrie: las mujeres que dan fórmula están menos motivadas de dar pecho en los primeros 8 meses (país en vías de desarrollo). Bergerin sugiere que el impacto negativo es mayor en grupos de alto riesgo (primíparas y mujeres en condición de pobreza).
Pérez-Escamilla 1994	Intervenciones hospitalarias: Paquete comercial de materiales de promoción en lactancia (incluida fórmula), contacto temprano madre hijo, permanencia conjunta en sala de la diada y consejería en lactancia, lactancia libre demanda, suplemento con fórmula	2 Estudios de rooming-in y consejería en lactancia comparado con grupo de diadas que fueron separadas.	Lactancia al 1 mes y lactancia a 4 meses	La intervención de rooming-in tiene un efecto positivo en lactancia a corto y a largo plazo. Grupo de intervención tuvo incidencia más alta en lactancia exclusiva al mes, $p < 0.05$ (63% vs. 32%) y de algún tipo de lactancia al mes (93% vs. 82%). A los 4 meses ambos grupos muestran una tendencia a disminuir la lactancia aunque

				sigue siendo positivo para el grupo de intervención (50% vs. 39%).
Pérez-Escamilla 1994	Intervenciones hospitalarias: Paquete comercial de materiales de promoción en lactancia (incluida fórmula), contacto temprano madre hijo, permanencia conjunta en sala de la diada y consejería en lactancia, lactancia libre demanda, suplemento con fórmula	1 estudio rooming-in comparado con cuidados de enfermería con fórmula. Pérez-Escamilla	Lactancia al 1 mes y lactancia a 4 meses	Rooming-in se asoció a tasas más altas de lactancia exclusiva a corto pero no a largo plazo. No se observan efectos significativos en multiparas.
Pérez-Escamilla 1994	Intervenciones hospitalarias: Paquete comercial de materiales de promoción en lactancia (incluida fórmula), contacto temprano madre hijo, permanencia conjunta en sala de la diada y consejería en lactancia, lactancia libre demanda, suplemento con fórmula	3 estudios cuasi experimentales, intervención libre demanda en lactancia comparado con alimentación cada 4 horas. (Salariya 1978, de Carvalho 1983, Illingworth 1952)	Lactancia	La frecuencia y no restricción del pecho aumenta la producción de leche y la ganancia de peso en los RN. Estos estudios tienen problemas metodológicos.
Pérez-Escamilla 1994	Intervenciones hospitalarias: Paquete comercial de materiales de promoción en lactancia (incluida fórmula), contacto temprano madre hijo, permanencia conjunta en sala de la diada y consejería en lactancia, lactancia libre demanda, suplemento con fórmula	1 estudio intervención alimentación con suplementación fórmula VS suplementación restringida con lactancia (nocturna) (Gray-Donald 1985)	Lactancia a 4 semana y lactancia a 9 semana.	Ambos grupos muestran una similar tasa de lactancia a la cuarta y novena semana.
Bernard-Bonnin 1989	Practicac hospitalarias que influyen en la lactancia materna. Sin suplemento alimenticio; ninguna mamadera de agua, ni leche a ninguna hora.	2 ECA: Gray-Donald et al 1985, Herrera 1984	Lactancia	Mostró un efecto negativo pero NS entre la suplementación y duración de la lactancia de 8 a 12 semanas. OR 0.77
Bernard-Bonnin 1989	Practicac hospitalarias que influyen en la lactancia materna. Apoyo del personal de enfermería; Apoyo de enfermería sin seguimiento telefónico.	Cohen 1980, Hall 1978	Lactancia a 6 semana	Mostró un efecto positivo pero NS alargando la lactancia hasta la sexta semana. OR 2.29

1c. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período postnatal

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. I. sólo en fase Postnatal Brasil, VD al día 5, 10 y 20, realizados por profesionales de salud entrenados y con experiencia positiva en VD (lactancia, cólicos y llanto)	1 ECA; Barros et al 1994	Lactancia a los 2 meses	Las madres del grupo de intervención dieron pecho un promedio de 120 días en comparación con el GC que dio 105 días
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. I. sólo en fase Postnatal USA, entre 5 a 8 VD durante 2 meses y disponibilidad de apoyo telefónico, realizadas en madres que deseaban dar pecho y realizadas por un profesional entrenado. Foco inicial problemas de técnica y confianza, posteriormente temas de lactancia y almacenamiento, cansancio, etc.	1 ECA; Serafino – Cross 1992	Lactancia a los 2 meses	Se observó un aumento en la prevalencia de la lactancia en el grupo de intervención de un 62% versus 35% del GC
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. I. sólo en fase Postnatal Chile, consulta individual al día 7 a 10 y una vez al mes hasta el sexto mes, realizada por obstetras y pediatras, apoyando en problemas de lactancia, recomendando lactancia exclusiva y dando información sobre la amenorrea de lactancia como método de anticoncepción.	1 Ensayo cuasi experimental; Valdés et al 1993	Lactancia 6 meses	Al cabo de seis meses casi el doble de las mujeres del grupo de intervención estaba lactando exclusivamente en comparación con GC.

de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. I. sólo en fase Postnatal Canadá, llamadas de apoyo telefónico al día 10, 17 y 21 por enfermera que habían conocido en hospital previamente y referencia SOS a atención de enfermería, en mujeres primíparas. Foco en conductas del bebé y técnicas de lactancia	1 ECA; Bloom et al 1982	Lactancia	Duración de lactancia se extendió en una semana mas para el grupo de intervención en comparación con el GC
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. I. sólo en fase Postnatal Taiwán, VD a la semana 1, 2, 4 y 8. Taiwán, apoyo telefónico a en las mismas semanas. USA, 2 VD ayudando en tareas domésticas y apoyo telefónico	2 ECA	Lactancia	2 estudios muestran efectos marginales
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. I. sólo en fase Postnatal Canadá, 1 VD en los primeros cinco días del alta y llamadas telefónicas hasta los 6 meses. Italia y Australia con intervenciones semejantes con apoyo material escrito	3 ECA	Lactancia	3 estudios no muestran efectos sobre la lactancia
Gardner 2005	Intervenciones que promueven maternaje. VD postparto, realizadas por enfermeras dos días después del alta con foco en salud materno infantil. Una o dos visitas.	3 ensayos controlados; Escobar et al 2001, Lieu et al 2000, Steel O'Connor et al 2003	Rol materno, ambiente doméstico, lactancia, ánimo	VD son importantes para la evaluación de la salud pero sus efectos positivos no se pueden extender al proceso de la maternidad. Las VD no favorecen autoconfianza, conocimientos o lactancia en madres que ya estaban lactando antes del alta, no hay efectos en el ánimo, ni rol materno, ni ambiente doméstico

Gardner 2005	Intervenciones que promueven maternaje. Programas multicomponentes, VD realizadas por otro personal con foco en entrega de conocimientos del niño, acceso a salud.	1 ensayo cuasi experimental; Johnston et al 2004	Rol materno, ánimo, lactancia, conocimientos	Mejoría significativa en ánimo materno, satisfacción con rol materno, conocimientos sobre el cuidado y el desarrollo del niño y tasas de lactancia. No hay información acerca que tipo de intervención se relacionó mas con qué tipo de outcomes.
--------------	--	--	--	--

1d. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante el período del nacimiento/puerperio (hospital) y postnatal

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones durante la hospitalización (parto) y postnatal USA, tres estrategias: sesión de 20 a 40 minutos en sala realizada por un consejero entrenado más 8 llamadas telefónicas de seguimiento. Otra fue el reemplazo de la entrega de paquetes con mamadera y chupetes y la otra estrategia consideraba el uso de ambas.	1 ECA, Frank et al 1987,	Lactancia a 3 meses	La intervención que combinó ambas estrategias tuvo un mayor efecto, aumentando al triple la prevalencia de lactancia exclusiva a los 3 meses (20% vs. 6%), mientras que la sesión en sala y seguimientos sin intervención no mostró efectos.
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones durante la hospitalización (parto) y postnatal Reino Unido, dos intervenciones usan a matrona o enfermera experta en lactancia para apoyar y motivar a las madres ayudando a establecer la lactancia y a resolver problemas en el hospital y en casa	1 ECA, Jones & West 1985, y 1 cuasi experimental, Houston et al 1981	Lactancia a 6 semanas y lactancia a 20 semanas	Ambas presentaron un efecto de 27% (attributable fraction) en la extensión de lactancia a los 6 y a las 20 semanas. 38% vs. 28%, y 89% vs. 65% respectivamente

de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones durante la hospitalización (parto) y postnatal. Irán, sesión educativa en hospital público, asesoría individual en clínica o en casa hasta los 4 meses, foco lactancia exclusiva, pecho según demanda, anatomía y fisiología, posición.	1 EC, Froozani et al 1999	Lactancia	Se observó que la duración promedio de la lactancia exclusiva fue tres veces mas larga en el grupo experimental que en el GC.
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones durante la hospitalización (parto) y postnatal Turquía, sesión educativa grupal en hospital con 10 minutos de video, 1 VD entre en día 5 y 7 pp. y material escrito. Foco en ventajas y práctica de la lactancia	1 ECA, Neyzi et al 1991	Lactancia a 2 meses	La prevalencia de lactancia exclusiva a los dos meses aumentó de un 2% a un 4%, pero continuaba siendo muy baja.
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones durante la hospitalización (parto) y postnatal Nepal, sesión individual de 20 minutos, tres tipos diferentes de tiempo, al nacimiento y a los 3 meses, sólo al nacimiento y sólo a los tres meses. Foco en lactancia exclusiva, inmunización, planificación familiar y conducta ante diarrea e infecciones respiratorias.	1 ECA, Bolam et al 1998	Lactancia	Ninguna forma de intervención mostró efectos.
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones durante la hospitalización (parto) y postnatal USA, sesión individual en sala (30 o 45 minutos), foco en técnica de lactancia y desventajas de suplementos;	Grossman et al 1990	Lactancia	No se observaron efectos en lactancia.

	material escrito, número de urgencia para asistencia en lactancia, llamada telefónica entre el 7 – 10 días, y a la tercera semana. Clínica de lactancia disponible			
Bernard-Bonnin 1989	Prácticas hospitalarias que influyen en la lactancia materna. Apoyo del personal de enfermería; Apoyo de enfermería con seguimiento telefónico.	Hall 1978, Jones et al 1986	Lactancia a 4 semanas	Mostró un efecto positivo estadísticamente significativo alargando la lactancia hasta la cuarta a sexta semana. OR 2.01
Albernaz, 2003	Intervenciones de consejería cara a cara para promover lactancia exclusiva Visitas en hospital asociadas o no a visitas domiciliarias. Población con y sin factores de riesgo	9 ECAs (Morrow 1999, Haider 1996, Kramer 2001, Haider 2000, Froozani 1999, Bolam 1998, Davies-Adetugbo 1997, Neyzi 1991, Sciacca 1995). Nota: Se excluyó de esta síntesis los estudios no aleatorizados.	Proporción de madres que realiza lactancia exclusiva.	Efecto estadísticamente significativo y de alta magnitud en 8 de los 9 ensayos. La mayoría de los estudios exhibe un RR≈10 de lactancia exclusiva en los grupos intervenidos respecto de los controles, en los seguimientos a 4-6 meses . Dos estudios encontraron además relación dosis respuesta entre número de visitas y la frecuencia de lactancia exclusiva.
Sikorsky 2003	Intervenciones de apoyo extra a la lactancia, más allá de los cuidados estándar, a mujeres que amamantan para evitar la suspensión de la lactancia materna: exclusiva o parcial. Programa de visitas domiciliarias, apoyo telefónico realizado por enfermeras, matronas o profesionales de salud u otros. Intervenciones en hospital guante puerperio y postnatal Estudios que miden el efecto del apoyo realizado por profesionales vs. no profesionales.	20 estudios de la RS identifican por quien fue dado el apoyo: Barros 1994, Brent 1995, Davies 1997, Frank 1987, Froozani 1999, Grossman 1990, Haider 1996, 2000, Jenner 1988, Jones 1985, Kramer 2001, Leite 1998, Lynch 1986, Mongeon 1995, Morrell 2000, Morrow 1999, Porteous 2000, Sjolín 1979.	Duración de lactancia	Apoyo por profesionales vs. cuidado estándar mostró un efecto protector para la lactancia global hasta los 9 meses: RR 0.89 (IC 0,81-0,97) en 10 estudios con 19692 mujeres. No fue significativo para la lactancia exclusiva. El apoyo por no profesionales mostró un efecto protector para la suspensión de la lactancia exclusiva: OR 0,67 (IC 0,54-0,84) en 5 estudios con 2530 mujeres. No fue significativo para la lactancia global.
Spiby, 2007	Intervenciones de entrenamiento, educación u otras para la modificación de prácticas, dirigidas a profesionales de salud. En la mayoría de los estudios	9 estudios antes-después.	Duración de la lactancia.	5 estudios mostraron algún grado de efecto estadísticamente significativo pero de baja magnitud, o que desaparecía a corto plazo durante el seguimiento, y en 4 no hubo

	<p>los profesionales se encontraban trabajando con las madres y bebés en el medio hospitalario, y en otros casos se encontraban a nivel comunitario. Estudios en países desarrollados. La mayoría de los contextos son hospitalarios</p>			diferencias entre los grupos.
--	--	--	--	-------------------------------

1e. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante la fase de pre y postnatal

Estudio	Características	N° y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
de Oliveira 2001	<p>Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones en fase prenatal y postnatal Bangladesh, 15 VD desde último trimestre hasta 5 meses post parto (pp.). Incluían otros miembros de la familia, foco en beneficios de lactancia exclusiva, posición, apego, y apoyo en problemas de lactancia.</p>	1 ECA, Haider 1998	Lactancia exclusiva y lactancia completa a los 5 meses	Lactancia exclusiva aumentó desde un 6% a un 70% al quinto mes.
de Oliveira 2001	<p>Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones en fase prenatal y postnatal. México, 6 VD hasta semana 8. Incluían otros miembros de la familia, foco en beneficios de lactancia exclusiva, posición, apego, y apoyo en problemas de lactancia.</p>	1 ECA, Morrow et al 1999	Lactancia exclusiva a los 3 meses	Se observó un mayor incremento de lactancia en la intervención que fue más intensiva, que incluyó 6 VD desde la mitad del embarazo hasta la semana 8 pp. respecto de la intervención que realizaba sólo 3 VD desde el último período del embarazo hasta la semana 2 pp. 67% vs. obtuvo un 50%.
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la	1 ensayo cuasi experimental, Akram	Lactancia completa a los 4 meses	Un 94% de las madres del grupo de intervención estaban lactando a los 4 meses

	duración de la lactancia materna. Intervenciones en fase prenatal y postnatal Pakistán, frecuentes VD y discusiones grupales desde el último mes de embarazo hasta 6 meses pp., uso de fotos, personal de salud entrenado, foco en inicio temprano de lactancia, calostro, lactancia exclusiva y peligro de rellenos con mamadera de producir diarrea.	et al 1997		comparado con el 7% del GC.
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones en fase prenatal y postnatal Nigeria, asesoría individual, posters, VD mensual hasta los 4 meses incluyendo a miembros de la familia, contexto rural, foco en inicio temprano, lactancia exclusiva y prolongada, demanda de alimentación. VD pp. para reforzar información y ayudar a resolver problemas. De lactancia	1 ensayo cuasi experimental, Davies 1996	Lactancia completa a los 4 meses	Se observaron efectos positivos para el grupo de intervención con un 40% de las madres lactando en comparación con el 14% del GC.
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones en fase prenatal y postnatal Israel, sesiones individuales desde el 7° mes de embarazo hasta el 6 mes pp. Enfermeras con foco en ventajas de lactancia, cuidados del pecho, prevención y tratamiento precoz de pb de lactancia. Apoyo en empoderar y reasegurar a la madre en la continuación de la lactancia	1 ensayo cuasi experimental, Palti et al 1988	Lactancia completa a las 13 semanas, cualquier lactancia a las 26 semanas	La duración de la lactancia completa se extendió en dos semanas para el grupo de intervención en comparación con el GC.
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones en fase prenatal y	1 ECA, Jakobsen et al 1999	Lactancia completa a los 4 meses	Se observó un incremento de lactancia de un 31% para el grupo de intervención en comparación con al GC 25%

	<p>postnatal Guinea Bissau, sesiones individuales, 1 visita prenatal hasta 9 meses pp. Mujeres del área salud con experiencia positiva en lactancia empoderan a madres a evitar la introducción de alimentación suplementaria antes del 4 a 5 meses y promueven lactancia prolongada hasta los 2 años de vida. Se agrega información de planificación familiar y se aprovechan las sesiones en las fechas de vacunación</p>			
de Oliveira 2001	<p>Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones en fase prenatal y postnatal USA, conversaciones prenatales con consejeros de pareja y frecuentes llamadas telefónicas cada dos semanas hasta 3 meses pp.</p>	1 ensayo cuasi experimental, Kistin et al 1994	Varias medidas de lactancia	Se observó el doble en promedio de duración para las mujeres del grupo de intervención en lactancia completa y cualquier tipo de lactancia comparada con el GC
de Oliveira 2001	<p>Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones en fase prenatal y postnatal Canadá, 1 VD prenatal en el último mes de embarazo y llamadas telefónicas hasta el 5 mes pp. Realizada por voluntarios para prevenir y tratar pb de lactancia</p>	1 ECA, Mongeon et al 1995	Varias medidas de lactancia	No se observaron efectos en los primeros 6 meses
de Oliveira 2001	<p>Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones en fase prenatal y postnatal Bangladesh, VD, conversaciones, canciones radiales y material impreso, proyecto comunitario destinado a motivar a las madres a lactar hasta los dos años y promoviendo lactancia de calostro en el pp. inmediato</p>	1 ensayo cuasi experimental, Greiner 1999	Varias medidas de lactancia	No se observaron efectos durante los 6 primeros años de vida

<p>Sikorsky 2003</p>	<p>Intervenciones de apoyo extra a la lactancia, más allá de los cuidados estándar, a mujeres que amamantan para evitar la suspensión de la lactancia materna: exclusiva o parcial. Programa de visitas domiciliarias, apoyo telefónico realizado por enfermeras, matronas o profesionales de salud u otros consejeros en lactancia</p> <p>Estos estudios incluyen intervenciones en el período prenatal (VD desde el último trimestre de embarazo) y postparto; 0 a 3 meses, con énfasis en el apoyo durante el primer mes (VD o clínica de lactancia)</p> <p>Intervenciones cara a cara o por teléfono. Contexto hospitalario, comunitario, telefónico.</p> <p>Estudios que miden el apoyo a la lactancia exclusiva</p>	<p>11 estudios con 29.788 mujeres: Frank 1987, Froozani 1999, Haider 2000, Jenner 1988, Kramer 2001, Leite 1998, Moore 1985, Morrell 2000, Morrow 1999, Porteous 2000, Sjolín 1979</p>	<p>Suspensión de lactancia</p>	<p>Efecto protector global: RR 0,78 (IC 0,69-0,89). No se reporta la duración de los períodos de lactancia.</p>
----------------------	---	--	--------------------------------	---

1f. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas durante las fases de prenatal, parto (hospital) y postnatal

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
<p>de Oliveira 2001</p>	<p>Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones en fases prenatal, hospital, y postnatal USA, visita diaria en hospital, foco en práctica de lactancia (iniciación temprana, demanda, posición, evitar</p>	<p>1 ECA, Brent et al 1995</p>	<p>Lactancia</p>	<p>La duración media de la lactancia fue casi 3 veces más alta en el grupo de intervención que en el GC</p>

	chupetes artificiales) basado en la necesidad e interés de la madre. Una llamada telefónica a las 48 hrs. pp., y asesorías postnatales hasta 1 año pp.			
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones en fases prenatal, hospital, y postnatal Inglaterra, se usó una aproximación de tipo psicológica; asesoría individual, VD pre y postnatal hasta los 3 meses, cuyo foco fue escuchar las preocupaciones de las madres, premiar persistencia y tratar pb prácticos. También se usó material escrito	1 ECA, Jenner 1988	Lactancia a 3 meses	La prevalencia de lactancia exclusiva a los 3 meses fue tres veces más alta en el grupo de intervención que en el GC
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones en fases prenatal, hospital, y postnatal Chile, promotores locales de salud realizaron VD prenatal, visita hospitalaria por profesionales de salud, sesiones grupales mensuales, asesorías individuales hasta los 6 meses, posters y panfletos. Foco en lactancia exclusiva hasta los 6 meses, nutrición materna, técnicas de lactancia y resolución de pb	1 cuasi experimental, Alvarado et al 1996	Lactancia Y lactancia a 5 meses	Lactancia completa fue de 42% en el grupo de intervención vs. 0% en GC, la medición a los 5 meses arrojó un resultado también favorable de 53% vs. 3%.
de Oliveira 2001	Intervenciones, estrategias y procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna. Intervenciones en fases prenatal, hospital, y postnatal Canadá, VD prenatales a las 34 y 38 semanas de embarazo, realizadas por enfermeras, alta precoz, llamadas telefónicas a las 48 hrs. Postalta y al día 10 pp., además VD en los días 3 y 5 pp.	1 ECA, Gagnon et al 1997	Lactancia al 1 mes	RR 1.41 - 1.25 favorable a tener una lactancia "predominante" al mes de vida.

1g. Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia: intervenciones realizadas en distintas áreas de prevalencia de lactancia

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Sikorski 2003	Intervenciones de apoyo extra a la lactancia, más allá de los cuidados estándar, a mujeres que amamantan para evitar la suspensión de la lactancia materna: exclusiva o parcial. Programas de visitas domiciliarias, apoyo telefónico realizado por enfermeras, matronas o profesionales de salud u otros. Estudios realizados en áreas con tasas de prevalencia de lactancia alta: > 80%	5 estudios: Barros (1994), Froozani (1999), Kreamer (2001), Leite (1998), Morrow (1999)	Suspensión de la lactancia	Efecto protector estadísticamente significativo. RR 0,84 IC (0,74-0,96) medido en 5 estudios con 19.223 mujeres.
Sikorski 2003	Intervenciones de apoyo extra a la lactancia, más allá de los cuidados estándar, a mujeres que amamantan para evitar la suspensión de la lactancia materna: exclusiva o parcial. Programa de visitas domiciliarias, apoyo telefónico realizado por enfermeras, matronas o profesionales de salud u otros. Estudios realizados en áreas con tasas de prevalencia de lactancia intermedia (60-80%)	6 estudios: Dennis (1999), Jones (1985), Lynch (1986), Mongeon (1995), Morrell (2000), Porteous (2000)	Suspensión de la lactancia	Efecto protector no significativo estadísticamente. RR 0.91 (IC 0,80-1,03), medido en 6 estudios con 1.986 mujeres.
Sikorski 2003	Intervenciones de apoyo extra a la lactancia, más allá de los cuidados estándar, a mujeres que amamantan para evitar la suspensión de la	3 estudios: Brent (1995), Frank (1987), Grossman (1990)	Suspensión de la lactancia	Efecto protector no significativo estadísticamente. RR 0.88 (IC 0,69-1.12), medido en 3 estudios con 555 mujeres.

	<p>lactancia materna: exclusiva o parcial. Apoyo a las madres amamantando para evitar que suspendan la lactancia, a través de visitas domiciliarias, apoyo telefónico realizado por enfermeras, matronas o profesionales de salud u otros.</p> <p>Estudios realizados en áreas con tasas de prevalencia de lactancia baja < 40%</p>			
--	--	--	--	--

2. Intervenciones dirigidas a la promoción de regularización fisiológica del bebé: desenlaces sobre llanto.

Estudio	Características	N° y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Moore 2007	CPP al nacimiento: madre hijo durante 80 minutos después del parto, se motiva lactancia.	1 ensayo controlado: Christerson 1992	Llanto del RN	Se encuentran diferencias muy significativas a favor del grupo de intervención. Ningún niño lloraba a la hora postparto y en el grupo de control lloraban 10 de 18 RN (OR 29,95, 95% CI 1.57 – 572.87). Los RN del grupo de intervención lloran períodos mas cortos, no más de un minuto durante 90 minutos de observación (OR 21.89, 95% CI 5.19 – 92.29)
Moore 2007	CPP al nacimiento: desde los 6 a 8 minutos pp hasta 75 minutos pp. Contexto hospitalario	Mazurek 1999	Llanto del RN	Los niños del grupo de intervención lloran significativamente tiempos más cortos (-8 minutos) en 75 minutos de observación que los RN del grupo control.
Underdown, 2006	Masaje a niños/as de madres adolescentes depresivas, con bebés menores de 6 meses. Los niños/as recibieron masajes de 15 minutos, dos veces a la semana, durante 6 semanas.	1 Field 1996	Llanto	Se observó disminución significativa en el llanto en el grupo intervenido.

3. Intervenciones dirigidas a la promoción de regularización fisiológica del bebé: desenlaces sobre sueño

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Licence 2004	Programas grupales a padres. No específica rango de edad de los niños. Programas de entrenamiento parental, grupales, para mejorar adaptación emocional y conductual en niños de 0 a 3 años.	1 estudio: Barlow & Parson 2004	Ajuste/adaptación emocional y conductual, patrones de sueño	Hay evidencia positiva en mejoramiento de estos desenlaces
Magill-Evans 2006	Intervenciones con papás (hombres) de niños de 0 a 5 años. Entrenamiento a padres en habilidades de masaje infantil.	1 ECA: Cullen et al 2000	Sueño, tiempo de latencia	Resultados NS entre GI y GC
Regalado 2007	Actividades clínicas en atención médica pediátrica primaria en salud: Actividades de educación para promoción del desarrollo en atención clínica (Guías anticipatorias) Sesiones de asesoría preventiva e instrucciones escritas, bebés de 0 a 2 meses	1 ECA: Wolfson et al 1992	Hábitos de sueño	Efectiva en promocionar mejores patrones de sueño en el niño y en reducir stress y aumentar confianza parental.
Regalado 2007	Actividades clínicas en atención médica pediátrica primaria en salud: Actividades de educación para promoción del desarrollo en atención clínica (Guías anticipatorias) Guía anticipatoria sobre prácticas de hábitos de sueño, bebés de 4 a 9 meses	1 ECA: Adair et al 1992	Hábitos de sueño	Efectivas en reducir levantadas nocturnas en infantes.
Regalado 2007	Actividades clínicas en atención médica	1 ECA: Pinilla & Birch 1993	Hábitos de sueño	Efectiva en promocionar mejores patrones de sueño en el niño.

	<p>pediátrica primaria en salud:</p> <p>Actividades de educación para promoción del desarrollo en atención clínica (Guías anticipatorias)</p> <p>Sesiones de asesoría preventiva e instrucciones escritas, bebés de 0 a 2 meses.</p>			
Underdown, 2006	Aplicación de masajes a niños/as menores de 6 meses, para la evaluación de outcomes físicos.	2 (Field 1996, Argawal 2000)	Sueño	1 estudio sin diferencias significativas y otro en que se observó aumento de "sueño activo" en el grupo intervenido.

4. Intervenciones dirigidas a promoción de conductas saludables; nutrición

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Licence 2004	<p>Programas educacionales con padres y niños. No especifica rango de edad de los niños. Promoción de dieta sana en niños de 1 a 5 años</p> <p>Promoción de alimentación saludable en niños de 1 a 5 años</p>	1 Tedstone et al 1998	Dieta sana	Aumenta conocimiento e intenciones dietarias.
Licence 2004	<p>Medios de comunicación de masas. No especifica rango de edad de los niños. Promoción de alimentación.</p> <p>Efectos de la promoción de alimentación en niños.</p>	1 Hastings et al 1998	Actitud dieta sana, ejercicio, imagen corporal	Hallazgos sugieren que los medios son importantes para los desenlaces mencionados pero no es claro cómo pueden ser más efectivos para promover alternativas saludables en estas áreas en niños.
Licence 2004	Programas escolares no selectivos para la prevención y el manejo de la obesidad infantil. No especifica rango de edad de los	1 Campbell et al 2004	Obesidad	Programas que incluyen educación en dieta y actividad física son más exitosos que aquellos que tienen sólo actividad física.

	niños/as. Prevención de obesidad infantil			
--	--	--	--	--

5. Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente seguro y prevención de accidentes en el niño

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Licence 2004	Revisión de intervenciones destinadas a la modificación del ambiente doméstico (intervenciones educacionales, distribución gratuita de información) para la prevención de accidentes. No especifica rango de edad de los niños.	Lyons et al 2004	Prevención de accidentes	Mostró algún efecto en reducción de accidentes domésticos pero no hay evidencia que demuestre relación con la reducción de tasa de accidentes.
Licence 2004	Programas de entrenamiento al niño/a peatón. No especifica rango de edad de los niños. Programas de prevención de daño/injury al niño. Programas de minimización de accidentes en colegios.	Frederick et al 2000, Towner et al 2001	Prevención de accidentes	Los programas mas efectivos son los que incluyen metodología didáctica, experiencia práctica y enfrentamiento en situaciones de peligro.
Harada, 2005	Intervención en mujeres embarazadas y sus hijos < de 2 años. Involucró 2 a 4 visitas domiciliarias mensuales durante embarazo y hasta primer año de vida, entrenamiento en prevención de lesiones y disciplina, a través de educador infantil y enfermera.	1 serie de tiempo (Margolis 2001)	Injurias o intoxicaciones agudas.	Se observó menor número de hospitalizaciones por lesiones o intoxicaciones agudas post intervención (no se aportan cifras). No se observó casos de negligencia o abuso.
Bass, 1993	Intervenciones de consejería en el contexto de la atención primaria, para prevención de injurias no intencionales en niños. La consejería fue realizada por médicos tratantes o por asistentes del investigador.	5 ECAs (Kelly 1987, Dershewitz 1977-1979, Thomas 1984, Katcher 1989)	Seguridad en el hogar	Riesgo quemaduras: 2 estudios, en ambos se observó disminución de Tº del agua caliente de la llave. Riesgos observables en el hogar: 2 estudios, uno reportó resultados positivos y otro no demostró efecto.

Logsdon, 2003	Apoyo social y profesional para mujeres embarazadas, adolescentes y adultas, y hasta dos años de post parto Soporte profesional: Visitas domiciliarias de enfermeras a mujeres embarazadas Educación parental y afiliación con los servicios de la comunidad	Kitzman et al., 1997 Olds, Henderson y Kitzman, 1994	Salud durante el embarazo y el parto Prácticas parentales	Reducción del parto inducido por hipertensión. Reducción daños (maltratos) en la infancia. Reducción de embarazos subsecuentes. Mejoría en la seguridad del hogar. Menos visitas a emergencia. Menos problemas conductuales y de afrontamiento parental.
---------------	---	--	--	---

6. Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente domestico de calidad

6.a Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente domestico de calidad en población universal

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Gardner 2005	Intervenciones que promueven maternaje. Vistas domiciliarias (VD), realizadas por otro por personal del área salud mental. Programas estructurado por varios meses	1 ensayo	Interacción madre hijo, Ánimo, Ambiente doméstico	Presentan una mejoría en la relación madre hijo pero no hay influencia en el ánimo materno ni en la calidad del ambiente doméstico.
Gardner 2005	Intervenciones que promueven maternaje. VD realizadas por enfermeras, programa de mínimo 20 VD, 18 meses, focalizada en el desarrollo de relación entre la madre y la enfermera durante el primer año de vida del niño	3 ensayos controlados, Amstrong et al 1999, 2000 y Fraser et al 2000	Promoción salud niño, riesgo de maltrato, ánimo, ambiente doméstico	Efectos altamente significativos para el grupo de intervención en depresión, competencias maternas, conocimientos, ambiente doméstico y riesgo de abuso infantil.
Gardner 2005	Intervenciones que promueven maternaje. VD postparto,	3 ensayos controlados; Escobar et al 2001,	Rol materno, ambiente doméstico, lactancia,	VD son importantes para la evaluación de la salud pero sus efectos positivos

	realizadas por enfermeras dos días después del alta con foco en salud materno infantil. Una o dos visitas	Lieu et al 2000, Steel O'Connor et al 2003	ánimo	no se pueden extender al proceso de la maternidad. Las VD no favorecen autoconfianza, conocimientos o lactancia en madres que ya estaban lactando antes del alta, no hay efectos en el ánimo, ni rol materno, ni ambiente doméstico.
--	---	--	-------	--

6.b Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente domestico de calidad en población selectiva

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Licence 2004	Apoyo parental a través de visitas domiciliarias dirigidas a padres en desventaja o con niños en "riesgo". No especifica rango de edad de los niños. Visitas domiciliarias	Elkan et al 2000	Interacción madre hijo, calidad del ambiente	Se mostró un efecto positivo altamente significativo en el mejoramiento de la calidad del ambiente y en la interacción de la relación madre hijo.
Regalado 2007	Actividades clínicas en atención médica pediátrica primaria en salud: Actividades de diagnóstico/evaluación Uso de versión modificada del HOME (Home Observation for Measurement of the Environment).	Frankenburg & Cons 1986.	Detección de Calidad del ambiente doméstico	Uso del Home Screening Questionnaire para niños de 0 a 3 años mostró una alta correlación en comparación con HOME.
Regalado 2007	Actividades clínicas en atención médica pediátrica primaria en salud: Actividades de diagnóstico/evaluación	Casey et al 1988	Calidad del ambiente doméstico	Mostró una correlación significativa con Inventario HOME, con una evaluación de la interacción padres hijos, seguridad e ingresos.

	Combinación de Inventario HOME y observación de interacción padres hijos			
Melnyk, 2002	Programas de intervención conductuales y/o informativos focalizados en padres de niños prematuros de muy bajo peso: intervenciones basadas en la instrucción a las madres y aplicación por parte de éstas, de escalas de evaluación conductual en los niños.	3 ECAs (Wiedmayer & Field 1981, Harrison 1991, Zahr 1992)	Interacción, calidad del ambiente (HOME), desarrollo mental y motor. Conductas maternas.	En uno de los estudios se observó mejoría en puntajes de interacción y desarrollo mental (aproximadamente a un año de seguimiento), pero no en desarrollo motor. El otro estudio no encontró diferencias a los 2 meses del alta. Y el tercero, que incluyó sesiones semanales con experto en desarrollo encontró efectos positivos en desarrollo motor, mental y HOME.
Melnyk, 2002	Programas de intervención conductuales y/o informativos focalizados en padres de niños prematuros de muy bajo peso: intervenciones basadas en visitas domiciliarias dirigidas a promover el desarrollo del niño.	3 ECAs (Barrera 1986, Resnick 1987, McCarton 1997) 1 estudio "experimental no controlado" (Barnard 1984).	Interacción, calidad del ambiente (HOME), desarrollo mental y motor.	Visitas se han asociado consistentemente a efectos positivos en HOME, desarrollo mental y motor, respecto de grupos no sometidos a visitas.
Eshel, 2006	Visitas domiciliarias, proyectos comunitarios, terapia de familia, educación a través de medios de comunicación y cuidado clínico para aumentar la responsividad maternal en países desarrollados y en desarrollo. Visitas domiciliarias en países desarrollados en población infantil en riesgo.	Kendrick 2000 Análisis de 34 estudios de visitas domiciliarias	Competencias parentales Ambiente hogareño	Mejoría de habilidades parentales Mejoría de medioambiente hogareño
Eshel, 2006	Visitas domiciliarias, proyectos comunitarios, terapia de familia, educación a través de medios de comunicación y cuidado clínico para aumentar la responsividad maternal en países desarrollados y en desarrollo.	Gardner et al., 2003 Walter, 2004 (diseño no especificado)	Competencias parentales, ambiente hogareño	A los 7 meses, hay un efecto beneficioso sobre la conducta del niño y sobre la resolución de problemas. Mejoría medioambiente hogareño

<p>Visitas domiciliarias en países en desarrollo.</p> <p>Intervención en dos etapas:</p> <p>1) 0 a 8 semanas</p> <p>2) 7 a 24 meses</p> <p>Infantes de bajo peso</p>			
--	--	--	--

7. Intervenciones dirigidas hacia la promoción de la Interacción / relación

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Magill-Evans 2006	Intervenciones con padres de niños de 0 a 5 años insertos en el programa Head Start durante 8 meses. Las intervenciones incluyen la participación en grupos con otros padres y oportunidades para la interacción padre-hijo en un ambiente de juego o recreación. Además de lo anterior, se realiza entrenamiento sobre paternidad a los miembros del equipo Head Start.	1 Fagan & Iglesias 1999	Interacción y exposición a la intervención	Mayor efectividad en relación a múltiples exposiciones del papá, aquellos papás que participaron más de 8 meses tenían mayores cambios en el comportamiento en la interacción con el bebé, un mayor aumento de la accesibilidad hacia el niño, y un mayor incremento en apoyar al niño en el aprendizaje (alta dosis: mas de 21, 5 hrs.)
Magill-Evans 2006	Intervenciones con papás (hombres) de niños de 0 a 5 años. Demostración de Masaje del niño y de la técnica de baño relajante de Burleigh.	Scholz & Samuels 1992, Cullen et al. 2000	Interacción, conducta del papá	Intervenciones muestran una influencia significativa favorable al grupo de intervención. Padres interactúan más con sus bebés durante el estudio y muestran conductas más positivas.

	Dirigida a papas y mamas primerizos			
Magill-Evans 2006	Intervenciones con papás (hombres) de niños de 0 a 5 años. Grupo de discusión para papás con juego interactivo Población universal	1 estudio de cohorte: McBride 1991	Competencia parental, interacción	Padres del grupo de intervención reportan mayores niveles de autoeficacia (en habilidades y agrado), y mayor tiempo y accesibilidad para interactuar con su hijo
Magill-Evans 2006	Intervenciones con papás (hombres) de niños de 0 a 5 años. Grupo de masaje infantil. Demostración de Masaje del niño y de la técnica de baño relajante de Burleigh. Dirigida a papas y mamas primerizos	1 ECA: Scholz & Samuels 1992	Interacción	Los niños del grupo de intervención presentaron mejor ánimo y conducta y una mayor apertura al papá y sus padres un mayor involucramiento.
Regalado 2007	Actividades clínicas en atención médica pediátrica primaria en salud: Actividades de educación para promoción del desarrollo en atención clínica (Guías anticipatorias) Discusiones con madres durante la visita médica, en bebés de 0 a 6 meses.	1 ECA: Casey & Whitt 1980	Interacción madre hijo	Se demostró efectividad en las intervenciones, estas madres mostraron una conducta mas favorable en la interacción, y sus niños estaban más avanzados en el seguimiento en medidas de lenguaje
Regalado 2007	Actividades clínicas en atención médica pediátrica primaria en salud: Actividades de educación para promoción del desarrollo en atención clínica (Guías anticipatorias)	1 Estudio no controlado: Bristol et al 1984	Interacción madre hijo	Se demostró efectividad en las intervenciones, con una calidad más alta de la interacción.

	Madres recibían un programa de entrenamiento de habilidades diseñado para enseñar competencias del RN, en bebés de 0 a 1 mes			
Gardner 2005	Intervenciones que promueven maternaje. Vistas domiciliarias (VD), realizadas por otro por personal del área salud mental. Programas estructurado por varios meses	1 ensayo	Interacción madre hijo, Ánimo, Ambiente doméstico	Presentan una mejoría en la relación madre hijo pero no hay influencia en el ánimo materno ni en la calidad del ambiente doméstico.
Underdown 2006	Entrenamiento en técnica de masajes a madres de niños menores de 6 meses. El entrenamiento se llevo a cabo de manera grupal, con sesiones semanales de 1 hora cada una, durante 4 semanas.	2 (Onozawa 2001; Jump 1998).	Relación madre hijo, apego.	Resultados NS.
Underdown 2006	Evaluación del impacto en la interacción madre – hijo, de la aplicación de masajes a niños menores de 6 meses	Koniak-Griffin 1995	Interacción madre hijo, seguimiento	Medidas a los 2 años no se muestran diferencias en el puntaje total para ningún grupo, sólo un pequeño progreso en la interacción para la madre 0.18 (-0.61 a 0.96) y el niño -0.35 (-1.14 a 0.44) medidos por Nursing Child Assesment Teaching Scale (Barnard 1978)
Gagnon, 2007	Intervenciones educativas prenatales estructuradas dirigidas a padres sobre información de embarazo, parto y paternidad. De carácter grupal o individual.	9 estudios	Lactancia, habilidades en cuidados del RN, apoyo social, participación del padre	No se encontraron diferencias significativas.
Turley, 1985	Intervenciones de entrega de información a las madres respecto a las capacidades	Estudios experimentales controlados. Sin detalle (sólo disponibles datos	Responsividad materna y del niño, conocimiento materno, confianza, actitud y	Intervenciones se asociaron a tamaños de efecto positivos en todos los desenlaces evaluados.

perceptuales y sensoriales de sus recién nacidos.	extraídos de revisión de Demott)	sensibilidad.	Las intervenciones realizadas en el hogar fueron las que presentaron efectos mayores sobre la interacción madre hijo ($p=0,009$).
---	----------------------------------	---------------	---

8. Intervenciones dirigidas a la promoción de conducta de apego

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Moore 2007	CPP al nacimiento durante 35 minutos, CPP temprana durante 30 min. Y en cada lactancia. CPP al nacimiento o 15 min. y en sala 45 min y en cada lactancia.	3 estudios: Curry 1982, Punthmatharith 2001, Svejda 1980	Conductas de apego materno	Tres estudios no encuentran diferencias significativas para CPP. Estos estudios tenían como grupo control madres que sostenían a sus bebés.
Moore 2007	3 CPP al nacimiento, y uno no especifica inicio de CPP	5 estudios: (Anisfeld 1983, Carlsson 1978, Hales 1977, McClellan 1980)	Conductas de apego materno	De cinco estudios, 4 muestran diferencias significativas a favor del CPP. Dos de estos estudios se realizaron con madres de bajo nivel socioeconómico
Moore 2007	4 CPP al nacimiento	4 estudios: Carlsson 1978, McClellan 1980, Curry 1982, Svejda 1980.	Conductas de apego materno	De estos cuatro estudios en madres de nivel socioeconómico medio, dos de ellos muestran diferencias significativas para CPP y dos de ellos no.
Moore 2007	Variadas intervenciones de CPP	10 estudios	Conductas de apego materno	La gran variabilidad del contexto y de las variables de las observaciones dificulta la combinación de outcomes en el análisis.
Underdown, 2006	Entrenamiento de madres de niños menores de 6 meses, en el uso de masajes infantiles. Se realizaron sesiones grupales de entrenamiento y se brindó información sobre el desarrollo infantil. El grupo control recibió solo esta última intervención.	Jump 1998	Apego	No se observa efecto significativo en seguridad del apego medido al año de vida con Attachment Q set (Waters 1985)
Gagnon 2007	Educación individual a madres durante embarazo.	2 ECA pequeños (Carter-Jessop 1981; Davis 1987).	Conductas de apego materno	Efectos positivos de baja magnitud en favor de la intervención. Estudios con alto potencial de sesgo.

9. Intervenciones dirigidas a la promoción de competencias parentales en población universal

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Licence 2004	Educación prenatal. No especifica rango de edad de los niños. Educación prenatal individual o grupal sobre temas de preparación para el parto y parentalidad.	1 estudio (RS): Gagnon 2004	Parentalidad (y parto)	A pesar de la gran difusión y provisión de este servicio hay poca evidencia de resultados positivos. El tamaño, la heterogeneidad y la calidad de los estudios impiden identificar desenlaces importantes.
Magill-Evans 2006	Intervenciones con papás (hombres) de niños de 0 a 5 años. Observación de la conducta del RN por ambos padres juntos durante el examen físico estructurado (aplicación por personal entrenado de la Escala de Brazelton BNBAS. Los padres recibieron clases prenatales, el papa asistió al parto.	1 estudio de cohorte: Beal 1989	Conducta del papá	Intervenciones muestran una influencia significativa favorable al grupo de intervención. El padre recibió sólo una interacción guiada a los 2 0 3 días postparto y se observó mayor mutualidad y contacto visual a las 8 semanas de seguimiento.
Magill-Evans 2006	Intervenciones con papás (hombres) de niños de 0 a 5 años. Actividades del Head Start Program, participación del padre en programa, grupo de apoyo mensual, actividades recreativas papá hijo, duración 8 meses.	1 estudio de cohorte: Fagan & Iglesias 1999	Conducta del papá	Intervenciones muestran una influencia significativa favorable al grupo de intervención.

Magill-Evans 2006	Intervenciones con papás (hombres) de niños de 0 a 5 años. Grupo de discusión y de juego interactivo para padres de niños que ya caminan, preescolares. Duración una sesión de 2 horas por 10 semanas. Población universal	1 estudio de cohorte: McBride 1991	Conducta del papá	Intervenciones muestran una influencia significativa favorable al grupo de intervención.
Magill-Evans 2006	Intervenciones con papás (hombres) de niños de 0 a 5 años. Grupo de discusión para papás con juego interactivo. Población universal.	1 estudio de cohorte: McBride 1991	Competencia parental, interacción	Padres del grupo de intervención reportan mayores niveles de autoeficacia (en habilidades y agrado), y mayor tiempo y accesibilidad para interactuar con su hijo
Gagnon, 2007	Intervenciones educativas prenatales estructuradas dirigidas a padres sobre información de embarazo, parto y paternidad. De carácter grupal o individual.	9 estudios	Lactancia, habilidades en cuidados del RN, apoyo social, participación del padre	No se encontraron diferencias significativas
Logsdon, 2003	Apoyo social y profesional para mujeres embarazadas, adolescentes y adultas, y hasta dos años de post parto Soporte profesional: Visitas domiciliarias de enfermeras a mujeres embarazadas. Educación parental y afiliación con los servicios de la comunidad.	Kitzman et al., 1997 Olds, Henderson y Kitzman, 1994	Salud durante el embarazo y el parto Prácticas parentales	Reducción del parto inducido por hipertensión Reducción daños (maltratos) en la infancia Reducción de embarazos subsecuentes Mejoría en la seguridad del hogar Menos visitas a emergencia Menos problemas conductuales y de afrontamiento parental

10. Intervenciones dirigidas a la promoción de conocimientos de los padres

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Gagnon 2007	Intervenciones educativas prenatales estructuradas dirigidas a padres sobre información de embarazo, parto y paternidad. De carácter grupal o individual. Amplia variedad de los programas en cuanto a: marco teórico, objetivos, contenidos, duración, frecuencia, setting grupal o individual, lugar, mujeres con parejas, con otro acompañante o solas. Amplia variedad en metodología: autoaprendizaje, presentaciones didácticas, videos, discusiones grupales, programas individuales.	9 estudios: sólo 3 estudios: Corwin 1999, Westney 1988, Klerman 2001 muestran efectos	Nivel de conocimientos (padres)	Estos tres estudios muestran efectos beneficiosos para el grupo de intervención educativa en el aumento de conocimiento en tópicos específicos.
Coren 2001	Programas de paternidad, individuales o grupales, para fomentar resultados psicosociales y del desarrollo en madres adolescentes y sus hijos(as). Madres menores de 20 años, población clínica y general Esta Intervención fue entrenamiento parental, grupal, breve	1 estudio: Larges & Gordon 1999.	Actitudes parentales, conocimientos	Efecto NS a favor del grupo de intervención. En conocimientos se observó un efecto significativo a favor del grupo de intervención, pero medidos con instrumento no validado.
Magill-Evans 2006	Intervenciones con papás (hombres) de niños de 0 a 5 años. Educación prenatal sobre conducta del recién nacido dirigida a papás y modelamiento de la conducta con el bebé.	1 ECA: Pfannenstiel & Honig 1995	Conocimientos del papá	Intervenciones muestran una influencia significativa favorable al grupo de intervención (conocimientos sobre las capacidades de los niños)
Magill-Evans 2006	Intervenciones con papás (hombres) de niños de 0 a 5 años. Papá observa	1 estudio de cohorte: Beal 1989	Percepciones y conocimientos del	La intervención ayuda a los padres a percibir a su hijo mas positivamente o a sentir mas

	examen físico		papá	autoconfianza en su paternidad comparado con grupo control a la semana 8
Magill-Evans 2006	Intervenciones con papás (hombres) de niños de 0 a 5 años. Actividades del Head Start Program, participación del padre en programa, grupo de apoyo mensual, actividades recreativas papá hijo, duración 8 meses.	1 estudio de cohorte: Fagan & Iglesias 1999	Percepciones y conocimientos del papá	Padres del grupo de pequeña dosis del HS reportan mayores problemas de conducta en sus hijos
Regalado 2007	Actividades clínicas en atención médica pediátrica primaria en salud: Actividades de educación para promoción del desarrollo en atención clínica (Guías anticipatorias) En madres con niños de 0 a 18 meses, 0 a 30 meses y 6 meses a 6 años respectivamente	3 estudios no aleatorizados: Chamberlin et al 1979, Chamberlin & Szumowski 1980, Dworkin et al 1987	Conocimientos maternos y desarrollo del niño	Se observó un aumento en el conocimiento de la madre sobre el desarrollo y sensación de apoyo materno pero no se observaron resultados en outcomes del desarrollo del niño
Gardner 2005	Intervenciones que promueven maternaje. VD realizados por no profesionales. Programas estructurado por varios meses	2 ensayos	Interacción madre hijo, Conocimientos parentales,	No hay efecto en autoestima materna, conocimientos parentales, riesgo de abuso del niño, ni interacción padres hijos
Gardner 2005	Intervenciones que promueven maternaje. Programas multicomponentes, VD realizadas por enfermeras con foco en entrega de conocimientos, acceso a salud y recursos sociales mas apoyo telefónico	1 ensayo cuasi experimental; Johnston et al 2004	Rol materno, ánimo, lactancia, conocimientos	Mejoría significativa en ánimo materno, satisfacción con rol materno, conocimientos sobre el cuidado y el desarrollo del niño y tasas de lactancia. No hay información acerca que tipo de intervención se relacionó mas con qué tipo de outcomes.
Shaw 2006	Soporte post parto universal a mujeres de bajo riesgo. Visitas educativas al pediatra en primíparas de bajos ingresos socioeconómico. Visitas de enfermera combinadas con "case conference" en mujeres de alto riesgo de disfunción familiar y abuso infantil. Visitas domiciliarias o soporte de pares	3 ECA	Mejora en conocimiento, destrezas y competencias parentales	No se observó efecto

	en mujeres con riesgo alto de disfunción familiar y depresión post parto Mujeres no seleccionadas. Visita a los 21 días post parto, acceso libre a consulta telefónica			
Turley, 1985	Intervenciones de entrega de información a las madres respecto a las capacidades perceptuales y sensoriales de sus recién nacidos.	Estudios experimentales controlados. Sin detalle (sólo disponibles datos extraídos de revisión de Demott)	Responsividad materna y del niño, conocimiento materno, confianza, actitud y sensibilidad.	Intervenciones se asociaron a tamaños de efecto positivos en todos los desenlaces evaluados. Las intervenciones realizadas en el hogar fueron las que presentaron efectos mayores sobre la interacción madre hijo ($p=0,009$).

11. Intervenciones dirigidas a la promoción del rol / identidad materna

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Gagnon, 2007	Programa educativo a madres durante embarazo por terapeutas ocupacionales.	1 ECA pequeño (Hamilton-Dodd 1989).	Satisfacción respecto a la preparación para el rol maternal.	Efecto positivo en favor de la intervención. Estudio con alto potencial de sesgo.
Coren 2001	Programas de paternidad, individuales o grupales, para fomentar resultados psicosociales y del desarrollo en madres adolescentes y sus hijos(as). Madres menores de 20 años, población clínica y general	1 estudio: Koniak-Griffin 1992,	Rol materno, creencias y actitudes sobre el hijo	Se encontró una diferencia significativa a favor del grupo de intervención en autoconcepto del rol materno. Y en creencias y actitudes maternas sobre su hijo.
Gardner 2005	Intervenciones que promueven maternaje. Educación individual y apoyo, educación individual	3 ensayos, 1 ECA y 2 cuasi experimentales	Rol materno	La educación puede mejorar el fortalecimiento del rol, la autoconfianza, autoestima materna.
Gardner	Intervenciones que promueven	2 ensayos cuasi	Interacción, rol,	Mejoría en autoestima y disminución de

2005	maternaje. Programas grupales, intervenciones de educación grupal en madres con alto riesgo social	experimentales	ánimo	síntomas depresivos, también aumento de habilidades de cuidado y mejor adaptación al rol materno. No se observaron mejorías en mediciones de vínculo pero se reportó menor frecuencia de abuso infantil
Gardner 2005	Intervenciones que promueven maternaje. Programas grupales, grupos informales en madres de alto riesgo.	2 ensayos controlados	Rol materno, ánimo	Grupos que se conforman informalmente en la atención primaria parecen ser menos efectivos, no se observan efectos en competencia materna, percepción de apoyo, autoestima, ansiedad o depresión.
Gardner 2005	Intervenciones que promueven maternaje. VD postparto, realizadas por enfermeras dos días después del alta con foco en salud materno infantil. Una o dos visitas	3 ensayos controlados; Escobar et al 2001, Lieu et al 2000, Steel O'Connor et al 2003	Rol materno, ambiente doméstico, lactancia, ánimo	VD son importantes para la evaluación de la salud pero sus efectos positivos no se pueden extender al proceso de la maternidad. Las VD no favorecen autoconfianza, conocimientos o lactancia en madres que ya estaban lactando antes del alta, no hay efectos en el ánimo, ni rol materno, ni ambiente doméstico
Gardner 2005	Intervenciones que promueven maternaje. Programa de VD realizadas por enfermeras, desde el prenatal hasta el primer año de vida del niño, focalizadas en la relación interpersonal.	2 ensayos controlados; Olds 2002, Olds et al 1999	Interacción materno infantil, rol materno, uso de sustancias	Se encontraron efectos significativamente positivos en interacción madre hijo y desarrollo maternal, así como también en baja del consumo de sustancias.
Gardner 2005	Intervenciones que promueven maternaje. Programas multicomponentes, VD realizadas por enfermeras con foco en entrega de conocimientos, acceso a salud y recursos sociales mas apoyo telefónico	1 ensayo cuasi experimental; Johnston et al 2004	Rol materno, ánimo, lactancia, conocimientos	Mejoría significativa en ánimo materno, satisfacción con rol materno, conocimientos sobre el cuidado y el desarrollo del niño y tasas de lactancia. No hay información acerca que tipo de intervención se relacionó mas con qué tipo de outcomes.
Turley, 1985	Intervenciones de entrega de información a las madres respecto a las capacidades perceptuales y sensoriales de sus recién nacidos.	Estudios experimentales controlados. Sin detalle (sólo disponibles datos extraídos de revisión de Demott)	Responsividad materna y del niño, conocimiento materno, confianza, actitud y sensibilidad.	Intervenciones se asociaron a tamaños de efecto positivos en todos los desenlaces evaluados. Las intervenciones realizadas en el hogar fueron las que presentaron efectos mayores sobre la interacción madre hijo ($p=0,009$).
Melnyk, 2002	Programas de intervención	3 ECAs (Rauh 1988,	Rol materno	Mayor confianza y satisfacción con la

	<p>conductuales y/o informativos focalizados en padres de niños prematuros de muy bajo peso:</p> <p>Intervenciones educativas individuales o grupales mediadas por enfermera y/o a través de videos.</p>	<p>Cobiella 1990, Melnyk 2001)</p>	<p>(Confianza y satisfacción con la maternidad), ansiedad materna. Desarrollo mental y motor.</p>	<p>maternidad (2 estudios), menor ansiedad materna (2 estudios). Sin efecto en desarrollo mental en un estudio y positivo en otro.</p>
<p>Elkan, 2000</p>	<p>Visitas domiciliarias a mujeres en diferentes períodos pre y postnatal</p> <p>Visitas domiciliarias a familias de bajo nivel socioeconómico con aislamiento social.</p>	<p>Brown, 1997</p>	<p>Confianza y Autoestima parental</p>	<p>Puntaje promedio – severidad del comportamiento: Antes= 11.00 (3.09) Después= 8.47 (2.92) P< 0.001</p> <p>Puntaje promedio – preocupación de los padres por el comportamiento: Antes= 8.19 (3.31) Después= 5.50 (2.51) P< 0.001</p>
<p>Barlow 2004</p>	<p>Programas parentales grupales para mejorar salud mental maternal: Tipo Conductual.</p> <p>Padres de clase media que por primera vez toman clases de prenatal y post natal</p>	<p>Wolfson, 1992</p>	<p>Autoestima maternal</p>	<p>Menos fastidios comparado con el grupo control (-0.6) El grupo control experimentó más elevaciones (tomadas) (NS) que el grupo de intervención (0.5)</p>

12. Intervenciones dirigidas a la promoción de adaptación emocional y conductual de los niños

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Barlow 2003	Evaluación de la efectividad de los programas parentales en el mejoramiento del ajuste emocional y conductual en niños de 0 a 3 años, mediante la aplicación de instrumentos de reporte parental estandarizados (Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI), Behaviour Screening Questionnaire (BSQ), Child Behaviour Questionnaire (CBQ) y Dyadic Parent - Child Interaction Coding System (DPICS).	2 estudios: Gross et al in Press, Gross 1995	Adaptación emocional y conductual de niños	La evidencia es limitada sobre la extensión de estos resultados en el tiempo. Ambos estudios muestran diferencias NS a favor del grupo de intervención
Barlow 2003	Evaluación de efectividad de programas parentales cognitivo-conductuales grupales (10 semanas), en la prevención de problemas emocionales y conductuales en niños de 0 a 3 años.	3 estudios: Gross et al in Press, Gross et al 1995, Nicholson in Press.	Adaptación emocional y conductual de niños	Metaanálisis de los resultados de la observación independiente del ajuste emocional y conductual de los niños muestra evidencia favorable a la intervención. Estos tres estudios mostraron diferencias significativas a favor de la intervención.
Barlow 2003	Programas de entrenamiento parental grupal para mejorar ajuste emocional y conductual en niños de 0 a 3 años. Países desarrollados	5 estudios mencionados	Adaptación emocional y conductual de niños	Metaanálisis del reporte de los padres sobre el ajuste emocional y conductual de los niños no muestra efectos significativos para el grupo de intervención (se detallan a continuación)
Licence 2004	Programas grupales a padres. No especifica rango de edad de los niños. Programas de entrenamiento parental, grupales, para mejorar adaptación emocional y	1 estudio: Barlow & Parson 2004	Ajuste/adaptación emocional y conductual, patrones de sueño	Hay evidencia positiva en mejoramiento de estos outcomes

	conductual en niños de 0 a 3 años.			
Durlak, 1997	Programas de prevención primaria en salud mental para niños y adolescentes: intervenciones en población general, destinadas a disminuir la incidencia futura de problemas de adaptación conductual y social. Incluyendo intervenciones de tipo promocional: intervenciones de entrenamiento parental (educación y modificación de actitudes).	10 estudios controlados (no precisa diseño)	Problemas de adaptación (No precisados).	NS= Tamaño de efecto 0,16 (IC 95% -0,016-0,36) Resultados orientados a disminución de problemas (ej. ansiedad, problemas conductuales, síntomas depresivos): Tamaño de efecto NS Resultados orientados a mejoría de competencias (ej. asertividad, destrezas comunicacionales, sentimientos, autoestima): Tamaño de efecto NS
Durlak, 1997	Programas de prevención primaria en salud mental para niños y adolescentes: intervenciones en población general, destinadas a disminuir la incidencia futura de problemas de adaptación conductual y social. Incluyendo intervenciones de tipo promocional. Programas de transición: dirigidos a niños en situación de divorcio paterno.	7 estudios controlados (no precisa diseño)	Problemas de adaptación (No precisados).	Tamaño de efecto 0,36 (IC 95% 0,15-0,56) Resultados orientados a disminución de problemas (ej. ansiedad, problemas conductuales, síntomas depresivos): Tamaño de efecto 0,38 Resultados orientados a mejoría de competencias (ej. asertividad, destrezas comunicacionales, sentimientos, autoestima): Tamaño de efecto 0,33
Durlak, 1997	Programas de prevención primaria en salud mental para niños y adolescentes: intervenciones en población general, destinadas a disminuir la incidencia futura de problemas de adaptación conductual y social. Incluyendo intervenciones de tipo promocional. Programas dirigidos a niños en etapa de transición escolar (ej.	8 estudios controlados (no precisa diseño)	Problemas de adaptación (No precisados).	Tamaño de efecto 0,39 (IC 95% 0,27-0,58) Resultados orientados a disminución de problemas (ej. ansiedad, problemas conductuales, síntomas depresivos): Tamaño de efecto 0,36 Resultados orientados a mejoría de competencias (ej. asertividad, destrezas comunicacionales, sentimientos, autoestima): Tamaño de efecto 0,41

	ingreso o cambio de escuela).			
Durlak, 1997	Programas de prevención primaria en salud mental para niños y adolescentes: intervenciones en población general, destinadas a disminuir la incidencia futura de problemas de adaptación conductual y social. Incluyendo intervenciones de tipo promocional. Programas de promoción de salud centrados en las personas: educación afectiva en niños de 2 a 7 años.	8 estudios controlados (no precisa diseño)	Problemas de adaptación (No precisados).	Tamaño de efecto 0,70 (IC 95% 0,49-0,91) Resultados orientados a disminución de problemas (ej. ansiedad, problemas conductuales, síntomas depresivos): Tamaño de efecto 0,85 Resultados orientados a mejoría de competencias (ej. asertividad, destrezas comunicacionales, sentimientos, autoestima): Tamaño de efecto 0,69
Durlak, 1997	Programas de prevención primaria en salud mental para niños y adolescentes: intervenciones en población general, destinadas a disminuir la incidencia futura de problemas de adaptación conductual y social. Incluyendo intervenciones de tipo promocional. Programas de promoción de salud centrados en las personas: entrenamiento en resolución de problemas interpersonales en niños de 2 a 7 años.	6 estudios controlados (no precisa diseño)	Problemas de adaptación (No precisados).	Tamaño de efecto 0,93 (IC 95% 0,66-1,19) Resultados orientados a disminución de problemas (ej. ansiedad, problemas conductuales, síntomas depresivos): Tamaño de efecto NS Resultados orientados a mejoría de competencias (ej. asertividad, destrezas comunicacionales, sentimientos, autoestima): Tamaño de efecto 1,11
Durlak, 1997	Programas de prevención primaria en salud mental para niños y adolescentes: intervenciones en población general, destinadas a disminuir la incidencia futura de problemas de adaptación conductual y social. Incluyendo intervenciones de tipo promocional: intervenciones cognitivas o conductuales (ej. modelamiento, juegos de rol seguidos de	26 estudios controlados (no precisa diseño)	Problemas de adaptación (No precisados).	Tamaño de efecto 0,49 (IC 95% 0,38-0,59) Resultados orientados a disminución de problemas (ej. ansiedad, problemas conductuales, síntomas depresivos): Tamaño de efecto 0,34 Resultados orientados a mejoría de competencias (ej. asertividad, destrezas comunicacionales, sentimientos, autoestima): Tamaño de efecto 0,50

	retroalimentación y reforzamiento, estrategias de autocontrol).			
Durlak, 1997	Programas de prevención primaria en salud mental para niños y adolescentes: intervenciones en población general, destinadas a disminuir la incidencia futura de problemas de adaptación conductual y social. Incluyendo intervenciones de tipo promocional. intervenciones no conductuales (ej. consejería y discusión grupal).	16 estudios controlados (no precisa diseño)	Problemas de adaptación (No precisados).	Tamaño de efecto 0,25 (IC 95% 0,06-0,44) Resultados orientados a disminución de problemas (ej. ansiedad, problemas conductuales, síntomas depresivos): Tamaño de efecto 0,33 Resultados orientados a mejora de competencias (ej. asertividad, destrezas comunicacionales, sentimientos, autoestima): Tamaño de efecto 0,22

13. Intervenciones dirigidas a la promoción de habilidades de enfrentamiento en situaciones de crisis

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Licence 2004	Programas escolares de prevención primaria orientados a la adaptación a eventos de vidas adversos. No específica rango de edad de los niños.	NHS CRD 1997, Tilford et al 1997	Habilidades de enfrentamiento	Programas demuestran ayuda efectiva en enfrentamiento de eventos de vida adversos como separación y divorcio de los padres, y duelo.

14. Intervenciones con efectos en promoción de autoestima infantil/autoconcepto

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Licence 2004	Programas de promoción de salud mental positiva y actividad física Programas de promoción. No especifica rango de edad de los niños.	2 estudios: Tilford et al 1997, Ekeland et al 2004	Autoestima infantil	Hay alguna evidencia que programas puedan contribuir a corto plazo al mejoramiento de este outcome. Con riesgo de sesgo por heterogeneidad y tamaño de los estudios.
Tilford, 1997	Intervenciones de promoción de salud mental en niños de 1er grado (6 años): intervención de -6 a 20 sesiones de 45 min.- para prevención de problemas de ajuste, mediada por padres entrenados, basada en juegos, en niños de riesgo según un dispositivo de tamizaje rápido ("AML").	1 ECA (Suter 1988)	Concepto de sí mismo, logro académico, conducta en clases, ajuste y vocabulario.	No se encontró diferencias entre los grupos.

15. Intervenciones dirigidas a la promoción de la relación/ interacción: dimensión temperamento

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Regalado 2007	<p>Actividades clínicas en atención médica pediátrica primaria en salud:</p> <p>Actividades de educación para promoción del desarrollo en atención clínica (Guías anticipatorias)</p> <p>Uso de materiales guía anticipatorio sobre temperamento de bebés de 6 a 8 meses</p>	1 Ensayo no controlado: Little 1983	Percepción del temperamento	Padres reportan utilidad de información sobre temperamento y en la interacción, sobre todo en el "fit"
Regalado 2007	<p>Actividades clínicas en atención médica pediátrica primaria en salud:</p> <p>Actividades de educación para promoción del desarrollo en atención clínica (Guías anticipatorias)</p> <p>Uso rutinario de guía anticipatoria sobre temperamento en el primer año de vida, para madres de bebés de 4 a 12 meses en la atención clínica</p>	1 ECA: Cameron & Rice 1896, (n: 602)	Percepción del temperamento	Padres reportan utilidad de información sobre temperamento y en la interacción (fit) sobre todo con niños "cambiantes" (energéticos)
Underdown, 2006	Entrenamiento en técnicas de masaje infantil a madres de niños menores de 6 meses.	4 (Elliott 2002; Jump 1998; Field 1996)	Temperamento	Resultados NS en general.

16. Intervenciones dirigidas a la promoción del desarrollo del lenguaje / aprendizaje en población universal

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Coren 2001	<p>Programas de paternidad individuales o grupales para fomentar resultados psicosociales y del desarrollo en madres adolescentes y sus hijos(as). Madres menores de 20 años, población clínica y general</p> <p>Intervención foco en promoción del desarrollo infantil, grupal, 10 a 12 sesiones, entrega de librillos sobre la vida del niño para fomentar interacción madre hijo, cada 2 meses durante 48 meses.</p>	1 estudio: Truss 1977.	Lenguaje infantil	Se observó un efecto no significativo a favor del grupo de intervención del lenguaje expresivo y receptivo del niño, medido a través de 3 escalas
Regalado 2007	<p>Actividades clínicas en atención médica pediátrica primaria en salud:</p> <p>Actividades de educación para promoción del desarrollo en atención clínica (Guías anticipatorias)</p> <p>Programa pediátrico de compartir un libro para promover alfabetización</p>	3 estudios, solo un ECA	Lenguaje	Efectivo en compartir un libro con los niños, especialmente en minorías étnicas y uno de estos estudios demostró una asociación con mayor desarrollo de lenguaje receptivo.
Tilford, 1997	Intervenciones de promoción de salud mental en niños de 1er grado (6	1 ECA (Suter 1988)	Concepto de sí mismo, logro académico,	No se encontró diferencias entre los grupos.

	años): intervención de -6 a 20 sesiones de 45 min.- para prevención de problemas de ajuste, mediada por padres entrenados, basada en juegos, en niños de riesgo según un dispositivo de tamizaje rápido ("AML").		conducta en clases, ajuste y vocabulario.	
Elkan, 2000	Visitas domiciliarias a mujeres en diferentes períodos pre y postnatal Visitas domiciliarias	Barker, 1994	Desarrollo del lenguaje y la lectura. Estado nutricional.	Sin diferencias significativas en ninguno de los desenlaces medidos: Ambiente de lectura: Int= 41 vs. Cont= 44 Porcentaje de lectura: Int= 88 vs. Cont= 86 Frecuencia de lectura, dado como porcentaje de máxima frecuencia: Int= 79 vs. Con= 77 Interés en libros: Int= 56 vs. Con= 55
Elkan, 2000	Visitas domiciliarias a mujeres en diferentes períodos pre y postnatal Visitas domiciliarias. Niños/as de entre 3 y 7 meses.	Barker, 1988.	Desarrollo del lenguaje y la escritura, estado nutricional.	% de niños/as con retraso en el lenguaje: Grupo nivel socioeconómico bajo Int= 21 vs. Con= 34 Grupo nivel socioeconómico alto Int= 9 vs. Con= 14
Elkan, 2000	Visitas domiciliarias a mujeres en diferentes períodos pre y postnatal Visitas domiciliarias. Niños/as de entre 3 y 7 meses.	Barker, 1988.	Desarrollo del lenguaje y la escritura, estado nutricional.	% de niños/as con retraso en el lenguaje: Grupo nivel socioeconómico bajo Int= 21 vs. Con= 34 Grupo nivel socioeconómico alto Int= 9 vs. Con= 14
Elkan, 2000	Visitas domiciliarias a mujeres en diferentes	Barker, 1994.	Desarrollo del lenguaje, cognitivo, social	Diferencias en los niveles de desarrollo dado en meses de retraso o adelanto:

	<p>períodos pre y postnatal</p> <p>Visitas domiciliarias.</p> <p>Niños/as de entre 3 y 27 meses.</p>			<p>Lenguaje: Int= -0.15 vs. Con= -0.01</p> <p>Socialización: Int= 0.17 vs. Con= 0.48</p> <p>Cognitivo: Int= 0.91 vs. Con= 0.96</p>
Elkan, 2000	<p>Visitas domiciliarias a mujeres en diferentes períodos pre y postnatal</p> <p>Visitas domiciliarias</p>	Madden, 1984	<p>Desarrollo lingüístico,</p> <p>Interacción verbal madre – hijo/a</p>	<p>Interacción maternal promedio:</p> <p>Año Int Con</p> <p>1974 324 216</p> <p>P< 0.001</p> <p>1975 352 178</p> <p>P < 0.1</p> <p>1976 267 156</p> <p>P<0.001</p>

17. Intervenciones dirigidas a promoción de conductas saludables; actividad física

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Van Sluijs, 2007	<p>Intervenciones educativas, de modificaciones ambientales y multicomponentes (escuela, familia y comunidad), que promueven la actividad física a través de cambios conductuales.</p> <p>Intervenciones educacionales que promueven la actividad física. 579 niños de 5,5 a 6,5 años en Grecia, cohorte de 6 años. 45 min 2 v/sem con 6 horas de clase y componente de salud y alimentación. Más tarea para la casa e información impresa a los padres.</p> <p>545 preescolares de 36 salas cuna-jardín, promedio edad 4,2 años (ds 0,3) en de Reino Unido. 3 v/sem 30 min de actividad física por 24 sem. Motivación. Información a la familia sobre cómo aumentar la actividad física y disminuir el tiempo de TV.</p>	2 ECA Manios 2006, Reilly 2006	Actividad física: IMC y actividad física motora	<p>Reilly. No hubo cambios en IMC comparados con los controles. A los 6 meses el grupo intervenido tenía mejores resultados en los test de actividad motora, $p=0,0027$ con IC 0,3-1,3.</p> <p>No se reportan los resultados de la intervención de Manios</p>
Van Sluijs, 2007	<p>Intervenciones educativas, de modificaciones ambientales y multicomponentes (escuela, familia y comunidad), que promueven la actividad física a través de cambios conductuales.</p> <p>Intervenciones en la familia que promueven la actividad física y la ingesta calórica adecuada en los niños.</p> <p>228 niños en Finlandia, edad promedio 4,5 años. 3 años de seguimiento. 1 hora al año con los padres para información y motivación más material impreso dos veces</p>	2 ECA Sääkslahti 2004 Harvey-Berino 2003	Actividad física: Índice peso/talla Ingesta calórica diaria Actividad física Destrezas motoras	<p>Las intervenciones muestran un efecto positivo en el aumento de actividad física y en cambios de ingesta calórica</p> <p>Sääkslahti: Aumentó la actividad física en juegos dentro y fuera de la casa en el grupo intervenido en mediciones a los 1 y 2 años: + 0,18 vs -0,24 en los controles. Las destrezas motoras: balance estático $r=0,41$ a 0,46, balance dinámico $r=-0,21$ a -0,41 y destrezas locomotoras $r=0,48$ a 0,56 se correlacionaron positivamente con el aumento de la actividad física ($p>0,001$)</p>

	<p>al año.</p> <p>43 niños de 9 meses a 3 años, nativos americanos con madres IMC > 25 en USA, Canadá. 16 sem de apoyo a padres para prevención de obesidad. Sesiones en las casas dadas por un par educador enseñando destrezas en alimentación y promoción de la actividad física en los niños.</p>			<p>Harvey-Berino: el apoyo a los padres más la participación de la madre tuvo efectos significativos en los niños de familias intervenidas: Índice peso/talla -0,27 vs 0,31 (p=0,06) Ingesta calórica diaria -316 +/- 835 kcal/d vs. 197 +/- 608 kcal/d, (p < 0.05).</p>
--	--	--	--	---

18. Intervenciones con efectos en la promoción del desarrollo social en niños con y sin factores de riesgo niños

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Tilford, 1997	Intervenciones de promoción de salud mental en preescolares: intervención para el desarrollo mediada por terapeuta, agregada a la experiencia habitual de escuela, grupal y de juegos, en niños de riesgo según Cooperative Preschool Inventory (CPI).	1 estudio antes-después con controles concurrentes, sin asignación aleatoria (George 1982),	Desarrollo personal, social y sensoriomotor.	Diferencias significativas en favor de grupo intervenido en % cumplimiento CPI (100% vs. 80%) en medición postintervención, pese a que puntajes basales eran menores en ese grupo.
Elkan, 2000	Visitas domiciliarias a mujeres en diferentes períodos pre y postnatal Visitas domiciliarias a niños/as con falla del crecimiento.	Casey, 1994	Desarrollo conductual, social y lingüístico, habilidades parentales.	Puntuación en HOME a los 36 meses: Int=38.1 (9.1) Con= 35.6 (9.5)
Elkan, 2000	Visitas domiciliarias a mujeres en diferentes períodos pre y postnatal Visitas domiciliarias a niños/as prematuros de <1800 g al nacer.	Resnick, 1993	Desarrollo lingüístico, social y motor. Habilidades parentales.	Mediciones interaccionales usando "Greenspan-Lieberman Observation Scale": Promedio puntaje positivo verbal: Int= 2.91 Con= 2.08 P= 0.002 Promedio puntaje positivo no verbal:

				<p>Int= 7.22 Con= 8.93 NS</p> <p>Promedio puntaje negativo verbal: Int= 0.08 Con= 0.08 NS</p> <p>Promedio puntaje negativo no verbal: Int= 0.07 Con= 0.17 P=0.03</p>
Elkan, 2000	<p>Visitas domiciliarias a mujeres en diferentes períodos pre y postnatal</p> <p>Visitas domiciliarias. Niños/as de entre 3 y 27 meses.</p>	Barker, 1994.	Desarrollo del lenguaje, cognitivo, social	<p>Diferencias en los niveles de desarrollo dado en meses de retraso o adelanto</p> <p>Lenguaje: Int= -0.15 Con= -0.01</p> <p>Socialización: Int= 0.17 Con= 0.48</p> <p>Cognitivo Int= 0.91 Con= 0.96</p>
Drummond, 2002	<p>Programas establecidos de Visitas domiciliarias a familias en riesgo de negligencia y abuso.</p> <p>Programas de visitas domiciliarias cuyos objetivos son: la salud de la madre, habilidades parentales, maltrato infantil, servicios de salud primario y soporte social. Realizadas por paraprofesionales y por enfermeras, por más de dos años</p> <p>Visita domiciliaria cuyo objetivo es mejorar el desarrollo del niño</p>	<p>Todos los programas</p> <p>ST Pierre, 1999 Lutzker, 1998 Duggan, 2000 Davenport DK, 2000 Edmonton, 2000 Tessaro, 1997 Olds, 1999 Wagner, 1999 Baker, 1999 Daro, 1999 Korfmacher, 2000 Elnitsky, 2000 Center Chile abuse, 1996</p>	Desarrollo del niño	<p>Resultados mixtos en desarrollo físico, cognitivo y social.</p> <p>Magnitud de efectos no reportada en RS.</p>

Magill-Evans 2006	Intervenciones con papás (hombres) de niños de 0 a 5 años. Observación del examen físico al 2 0 3 día del RN, escala BNBAS	1 estudio de cohorte: Beal 1989	Conducta del niño, desarrollo del niño (social)	Los niños del grupo de intervención presentaron mayor contacto visual
Durlak, 1997	Programas de prevención primaria en salud mental para niños y adolescentes: intervenciones en poblaciones normales, destinadas a disminuir la incidencia futura de problemas de adaptación, incluyendo los de tipo promocional. Resultados agregados por tipo de desenlace.	15 estudios controlados (no precisa diseño)	Estado sociométrico (reflejando aceptación o rechazo de pares)	Tamaño de efecto 0,07 (IC 95% 0,00-0,20)

19. Intervenciones dirigidas a promover la calidad del ambiente del niño: reducción de la exposición al humo de tabaco

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Roseby 2007	Intervenciones para reducir el hábito de fumar, en padres, familia, cuidadores y profesores de niños de 0 a 12 años. Dirigidas a contexto: poblacional, comunitario y escuelas: Apoyo telefónico a 639 mujeres con niños preescolares, hasta 6 años que solicitaron ayuda post campaña publicitaria del Instituto Nacional del Cáncer USA. Se envió una de tres tipos guías escritas de apoyo. Medición a los 6 meses.	ECA Davis 1992	Disminución del hábito de tabaco	No hubo variaciones en el hábito entre los grupos.
Roseby, 2007	En el contexto de atención de salud del niño sano Intervenciones para reducir el hábito de fumar en padres de niños recién nacidos, reclutados en los hospitales de maternidad.	2, ECA , 1 cuasialeatorizado. Chilmonczyc 1992,, Woodward 1987, Greenberg 1994	Niveles de cotinina urinaria	Ninguno de los estudios mostró efecto en la disminución de los niveles de cotinina comparados con los controles. Chilmonczic: 2,06 vs 2,17 (p=0,26 ns). Woodward: 11 vs 10 ns

	<p>Carta a 103 madres (≥ 10 cig/día) y una llamada telefónica explicando el nivel de cotinina urinaria en el recién nacido y formas de reducir la exposición del niño. 184 madres fumadoras en Australia, con información y carta personalizada.</p> <p>933 madres (191 fumadoras) en USA, con visita domiciliaria por enfermera, 4 veces por 45 min para información y desarrollo de destrezas en la madre para reducir la exposición.</p>			Greenberg 107 vs 98 ns para cotinina/creatinina urinaria.
Roseby, 2007	<p>En el contexto de atención de salud del niño sano Intervenciones para reducir el hábito de fumar en padres de niños recién nacidos, reclutados en los hospitales de maternidad.</p> <p>2901 madres (1875 fumadoras) en USA con información y carta del pediatra y educación por éste en los controles de salud.</p> <p>Vineis. 1015 padres/madres/fumadores y no fumadores en Italia. Consejería por enfermera e información.</p>	1ECA, Severson 1997 1 cuasialeatorizado. Vineis 1993,	Disminución del hábito de tabaco	<p>Resultados por autorreporte No hubo disminución comparados con los controles.</p> <p>Severson.: abandono a los 12 meses 5,5% vs 4,7% ($p > 0.05$ ns)</p> <p>Vineis: abandono del hábito en las madres OR 1,4 (IC 0,6-3,5)</p> <p>Abandono del hábito en los padres OR 1,0</p>
Roseby, 2007	<p>En el contexto de atención de salud del niño sano Intervenciones para reducir el hábito de fumar en padres de niños preescolares.</p> <p>108 madres fumadoras en USA con niños < 4 años usando un programa nutricional suplementario. 7 sesiones de consejería presencial y telefónica por 3 meses, más afiches de no fumar para el hogar y reforzamiento positivo.</p>	ECA Hovell 2000	Niveles de cotinina urinaria	No hubo cambios en los niveles. Hovell: 10.93 bajó a 10.47
Roseby, 2007	En el contexto de atención de salud del niño sano o intervención familiar Intervenciones para reducir el hábito de	ECA Hovell 2000, Emmons 2001,	Disminución del hábito de tabaco	No hubo efectos en la disminución del hábito en los padres.

	<p>fumar en padres de niños preescolares.</p> <p>Hovell. 108 madres fumadoras en USA con niños < 4 años usando un programa nutricional suplementario. 7 sesiones de consejería presencial y telefónica por 3 meses, más afiches de no fumar para el hogar y reforzamiento positivo. Resultados por autorreporte.</p> <p>Emmons. 291 padres o abuelos fumadores en USA. 45 min de entrevista motivacional por educador de la salud, 4 consejerías telefónicas motivadoras para el cambio y materiales de autoayuda. Se midió nicotina en el aire y autorreporte por padres.</p> <p>Ericksen. 443 familias en Noruega, con una consejería de 5 min y material impreso sobre los daños del fumar pasivo, medidas de prevención, autoayuda y lista de cursos para detener el hábito. Medición por autorreporte.</p>	<p>Ericksen 1996</p>		<p>Hovell: De 3.9 cig/día bajó a 0,52 cig/día vs 3,51 a 1,20 cig/día en los controles. Pero no se correlacionó con los niveles de cotinina en los niños.</p> <p>Emmons: Tasa de abandono del hábito 7,5% vs 10,1% en controles (p>0,05 ns).</p> <p>Ericksen: cualquier cambio positivo en el abandono de fumar: 14% vs 15% en los controles.</p>
<p>Roseby, 2007</p>	<p>En el contexto de atención de salud del niño sano o intervención familiar Intervenciones para reducir el hábito de fumar en padres de niños preescolares.</p> <p>291 padres o abuelos fumadores en USA. 45 min de entrevista motivacional por educador de la salud, 4 consejerías telefónicas motivadoras para el cambio y materiales de autoayuda. Se midió nicotina en el aire y autorreporte por padres.</p>	<p>ECA Emmons 2001</p>	<p>Niveles de nicotina en el aire domiciliario</p>	<p>Hubo efecto en las medidas para disminuir la exposición al humo de tabaco en el hogar.</p> <p>Aire de la cocina y habitación de TV: 3,7 y 3,1 bajó a 2,6 y 2,3 vs 3,0 y 3,5 de los controles que cambió a 6,9 y 3,5 (p<0,05)</p>

20. Intervenciones con efectos en la educación posterior de la madre

Estudio	Características	Nº y Tipos de estudios seleccionados	Variable de resultado	Síntesis de resultados
Sweet 2004	<p>Visitas domiciliarias para familias de niños pequeños (entre el nacimiento y los 3 años de edad) en USA.</p> <p>Diseño de los programas</p> <p>Forma de asignación familiar según las condiciones: asignación a grupo, cuasi experimental, y contraste sin grupo de comparación.</p>	181 estudios sobre 60 programas de VD.	Educación materna posterior	Estudios cuasiexperimentales (TE 0.640), en promedio, alcanzaron un tamaño del efecto mayor que aquellos que usaron un método de asignación aleatoria.
Sweet 2004	<p>Visitas domiciliarias para familias de niños pequeños (entre el nacimiento y los 3 años de edad) en USA.</p> <p>Población objetivo: familias con factores de riesgo medioambiental</p>	181 estudios sobre 60 programas de VD.	Educación maternal	Los programas dirigidos a familias específicas contrastadas con familias genéricas (sin selección), muestra que las familias con factores de riesgo medioambiental no difieren significativamente de las familias genéricas.
Sweet 2004	<p>Visitas domiciliarias para familias de niños pequeños (entre el nacimiento y los 3 años de edad) en USA.</p> <p>Población objetivo: madres adolescentes</p>	181 estudios sobre 60 programas de VD.	Educación maternal	Estudios dirigidos a madres adolescentes tienen tamaño del efecto significativamente mayor (TE 1.15) que las familias genéricas.
Sweet 2004	<p>Visitas domiciliarias para familias de niños pequeños (entre el nacimiento y los 3 años de edad) en USA.</p> <p>Población objetivo: familias con bajo ingreso</p>	181 estudios sobre 60 programas de VD.	Educación materna posterior	Los estudios dirigidos a familias con bajos ingresos no difieren de los otros grupos.
Sweet 2004	<p>Visitas domiciliarias para familias de niños pequeños (entre el nacimiento y los 3 años de edad) en USA.</p> <p>Objetivos primarios del programa: desarrollo</p>	181 estudios sobre 60 programas de VD.	Educación maternal posterior	Estudios que tienen como objetivo primario el desarrollo del niño no difieren de los otros estudios

	del niño			
Sweet 2004	<p>Visitas domiciliarias para familias de niños pequeños (entre el nacimiento y los 3 años de edad) en USA.</p> <p>Objetivos primarios del programa: prevención del abuso</p>	181 estudios sobre 60 programas de VD.	Educación maternal	Estudios que tienen como objetivo primario la prevención del abuso del niño no difieren de los otros estudios

ANEXO 5: PROGRAMAS NACIONALES EN SALUD MENTAL EN FAMILIAS CON NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS

1. PROGRAMA: SERVICIO FONOIINFANCIA DE FUNDACIÓN INTEGRRA

1. Área de la intervención	Prevención en salud mental	X	Promoción en salud mental	X
2. Nombre de la intervención/programa	Servicio Fonoinfancia de Fundación Integra			
3. Población blanco	Familias de niños y niñas menores de 6 años y otros adultos significativos, como educadoras.			
4. Objetivos	Entregar un espacio de escucha y orientación a padres, madres y otros adultos para fortalecer en ellos competencias que promuevan el bienestar y desarrollo integral de niños y niñas, bajo un enfoque de respeto y promoción de sus derechos.			
5. Breve resumen de la intervención				
<p>Servicio telefónico gratuito, confidencial y de cobertura nacional que desde el año 2001 a la fecha ha brindado más de 45 mil orientaciones (adultos y niños). Con una demanda que el año 2006 fue de 15.006 llamados.</p> <p>Cuenta con un modelo de intervención con fundamentos en el modelo sistémico ecológico y aportes de otras teorías afines (teoría del apego, modelo de competencias, intervención en crisis, etc.). Con esto se busca co-construir con él o la consultante una mirada comprensiva de la situación que motiva el llamado, lo que permite elaborar desde y con el consultante estrategias alternativas para su abordaje.</p> <p>Gran parte de las consultas pueden ser abordadas por los profesionales del servicio, pero también muchas otras requieren derivación a especialistas, fundamentalmente en el área de salud mental infantil y de adultos (la mayoría a programas especializados en violencia intrafamiliar, depresión y maltrato y abuso sexual infantil), de ahí que el trabajo en red resulta fundamental para un proyecto de estas características.</p>				
6. Palabras claves	Ayuda telefónica, apoyo crianza, primera infancia			
7. Contexto de la intervención				
<p>Fonoinfancia cuenta con una central de llamados que tiene 3 líneas que funcionan de lunes a viernes en horario continuado desde las 9:00 a las 17:30 hrs. El equipo está conformado por una coordinadora (psicóloga), una secretaria (apoyo administrativo) y 5 profesionales que contestan los llamados y realizan otras labores relacionadas con la gestión (4 psicólogos y una educadora de párvulos).</p> <p>Fonoinfancia es un proyecto abierto a la comunidad, sin embargo contamos con un perfil de consultante que se ha mantenido relativamente estable a lo largo de los años. Quienes consultan son mayoritariamente mujeres (madres dueñas de casa y trabajadoras casi en igual proporción), que principalmente tienen entre 18 y 29 años y un 60% de los llamados provienen de la región metropolitana.</p>				
8. ¿La intervención ha sido replicada?	SI		NO	X
9. ¿La intervención está manualizada?	SI	X	NO	
10. El manual de la intervención tiene...	Derechos reservados	X	Domino público	
11. ¿Presentó la intervención efectos no esperados?				
<p>Si bien Fonoinfancia se planteó como una línea de apoyo para adultos, desde sus comienzos niños y niñas de todo el país comenzaron también a llamar a la línea, desde ese año hasta julio del 2007 hemos recibido 15.989 llamados de niños, la mayor cantidad de estos consultantes (a diferencia de los adultos) nos llaman desde las regiones VII, IX y X, son mayoritariamente niñas que tienen entre 10 y 12 años que principalmente se conectan con el servicio para compartir aspectos de su experiencia.</p>				
12. Breve historia de la implementación				
<p>(describa brevemente) En mayo del año 2001 se abren las líneas telefónicas a la comunidad, esto implicó un proceso previo de implementación que implicó los siguientes pasos: Diseño de software informático para el</p>				

<p>registro y análisis de los llamados, elaboración de un catastro nacional de redes relacionadas con infancia, conocimiento de otras líneas de ayuda existentes en nuestro país en ese momento (Al Habla, Fono Conace), selección y capacitación de los profesionales en diversas temáticas relacionadas a la parentalidad, violencia, redes, atención al cliente, etc. Además de lo anterior, se diseñó un primer modelo de intervención al teléfono que cumplía la función de sustento teórico de las intervenciones y se implementó un periodo de marcha blanca que precedió la apertura de las líneas a la comunidad.</p> <p>Posteriormente se han incorporado otros aspectos en esta implementación: Diseño de un Modelo de Intervención Telefónico (que además del sustento teórico incluye un protocolo y sustento operativo de intervención), diseño de un Modelo de Intervención Telefónico en Crisis para casos de maltrato y abuso sexual infantil, incorporación sistemática de supervisiones y análisis de casos y procesos anuales de cuidado de equipo a cargo de profesionales externos.</p>							
13. Costos de la intervención (monto estimativo en pesos)							
1. Costos estimados totales: Datos año 2006: \$64.000.000 aprox. (incluye pago tráfico de llamados, recursos humanos, difusión y capacitación)							
2. Costos por unidad de intervención (Individual, familiar, grupal):							
14. Financiamiento de la intervención							
1. Público	<input checked="" type="checkbox"/>						
2. Privado	<input type="checkbox"/>						
15. Categoría IOM , la intervención fue aplicada a grupos según factores de riesgo:							
Nivel Universal (población general, comunidad o escuela)	<input checked="" type="checkbox"/>	Proyecto abierto a la comunidad en general, no obstante, en la actualidad la difusión se ha focalizado en la comunidad educativa de Fundación Integra.					
Nivel Selectivo (población que presenta factores de riesgo conocidos)	<input type="checkbox"/>						
Nivel Indicado (población que presenta un alto riesgo o problemas/enfermedad)	<input type="checkbox"/>						
16. Fechas de la intervención							
1. fecha de la primera aplicación	Intervención continua desde el 2001 a la fecha						
2. fecha de la última aplicación							
17. Evaluación de impacto de la intervención (cuenta con algún estudio de resultados)				SI	X	NO	
18. Tipo de diseño de evaluación							
Cualitativo	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuantitativo	<input type="checkbox"/>				
Estudio experimental							
Estudio cuasiexperimental							
Estudio de cohortes							
Estudio de asociación o correlación							
Estudio descriptivos			X				
Otro...							
19. ¿Cuentan con publicaciones de resultados?							
	SI	X	NO				

20. Referencia de la publicación (si marcó si en anterior): Fundación Integra (2002): "Fonoinfancia: Informe de Evaluación de Usuarios". Weiss C. (2003): "Fonoinfancia: Sistematización de una Modalidad de Intervención Telefónica de Ayuda", Revista Psykhe, vol. N° 14, n° j, 89 – 105. Fundación Integra (2007): "Fonoinfancia: Informe Anual 2006"				
21. ¿Anexa copia?	SI	X	NO	
22. Breve resumen de resultados principales - <u>Alta satisfacción de los usuarios de Fonoinfancia:</u> "Satisfacción caracterizada por la alta valoración de las intervenciones realizadas por los orientadores, tanto por el éxito del consultante en la aplicación de la orientación entregada y la remisión de síntomas, como por las características de los orientadores" (Weiss, 2203). - <u>Alta valoración de la modalidad de intervención:</u> "Los consultantes destacan la accesibilidad al servicio, la gratuidad de éste, el anonimato y la posibilidad de ser derivados a centros especializados en la solución de su problemática" (Weiss, op. cit.) - <u>Ventajas de las intervenciones telefónicas reportadas por consultantes:</u> Alternativa de fácil acceso y de mayor confidencialidad que una entrevista cara a cara, lo que permite la revelación de problemáticas con mayor rapidez (Weiss, op. cit.) - <u>Sugerencias de consultantes:</u> Mayor difusión del servicio, ampliar el horario de atención y ampliar las temáticas abordadas por el servicio. (Weiss, op.cit.) - <u>Antecedentes de las intervenciones:</u> (Fundación Integra, 2007) <i>Las necesidades de los adultos</i> (análisis motivos de consulta sobre un total de 6366 llamados de adultos) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Información y acceso a redes (50%): Jardines infantiles, orientación legal en temas de familia, derivaciones en el área de salud mental ▪ Temáticas relacionadas a la crianza (37%): Manejo conductual (32%), conflictos familiares (22%), Dificultades en el contexto escolar (13%), consultas en relación al desarrollo (7%), maltrato infantil (8%), dificultades emocionales (8%), sexualidad (5%). ▪ Otras consultas (13%). <i>Temáticas que emergen de las intervenciones en temas relacionados a la crianza</i> (correspondientes al 37% de los llamados de los adultos). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes previos o actuales de conductas maltratadoras o maltrato hacia niños y niñas, 32% ▪ Antecedentes o indicadores de abuso, 8% ▪ Inestabilidad relación padre – madre / hij@, 33% ▪ Dificultades en la puesta de límites / Desacuerdo en las pautas de crianza, 25% ▪ Antecedentes actuales o pasados de depresión o dificultades emocionales en padre/madre, 28% 				
22. Nombre de persona de contacto de la intervención			Valeska Krishna Vera Vera	
Mail	vvera@integra.cl			
Teléfonos	02-707.51.20			

2. PROGRAMA: PROGRAMA DE COMUNICACIÓN GESTUAL EN LACTANTES

1. Área de la intervención	Prevención en salud mental		Promoción en salud mental	X
2. Nombre de la intervención/programa	Programa de Comunicación Gestual en Lactantes			
3. Población blanco	Niños menores de un año, pertenecientes a familias en riesgo psicosocial y que asisten a salas cunas de la JUNJI			
4. Objetivos	<p>El objetivo general del proyecto de investigación es diseñar, implementar y evaluar los efectos de un Programa de Comunicación Gestual en niños menores de un año que asisten a sala cuna, en sus padres y en las educadoras.</p> <p>Los objetivos específicos son estudiar los efectos del Programa de Comunicación Gestual en:</p> <ol style="list-style-type: none"> En relación al niño: <ul style="list-style-type: none"> En algunos aspectos del habla, representativos del léxico y la sintaxis. En los patrones de organización cerebral relacionados con representaciones conceptuales en formato lingüístico y gestual. En el desarrollo cognitivo, motor y socioafectivo En relación a los padres: <ul style="list-style-type: none"> En las expectativas de eficacia y satisfacción respecto al rol En su percepción respecto del niño En relación a las educadoras: <ul style="list-style-type: none"> En su percepción respecto del niño 			
5. Breve resumen de la intervención				
<p>Etapas de la intervención:</p> <ol style="list-style-type: none"> Capacitación educadoras: Taller psicoeducativo de dos sesiones. En la primera se explican los objetivos del proyecto, indicaciones de cómo fomentar la comunicación gestual en los niños y se entrega material escrito y gráfico de apoyo. En la segunda se aclaran dudas en relación a la sesión anterior y se realizan actividades prácticas para ejercitar los gestos. Monitoreo educadoras: Posteriormente al taller, se implementa un monitoreo de las educadoras y auxiliares en la sala cuna, durante un período de 6 meses. Consiste en la observación de la interacción de la educadora con el grupo de niños, dar retroalimentación sobre su uso de la comunicación gestual y entregar indicaciones. Capacitación padres: En paralelo al monitoreo, se da una charla explicativa (en conjunto con las educadoras) a los padres, se entrega el mismo material de apoyo y se orienta a las educadoras para que continúen apoyando a las familias. 				
6. Palabras claves	Gestos simbólicos - Infancia temprana - Comunicación			
7. Contexto de la intervención				
<p>La intervención se realiza en salas cuna de la JUNJI, las cuales reciben niños de extrema pobreza y en riesgo social (vulnerabilidad social). Los niños que postulan son evaluados y seleccionados en base a los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> Línea de pobreza: Tener un índice CAS bajo el índice de pobreza (bajo 550). Prioridades institucionales: Párvulos en riesgo nutricional, hijos o hijas de mujeres jefas de hogar, o de madres adolescentes, provenientes de red SENAME, hijos o hijas de madres que trabajan remuneradamente, con discapacidad o pertenecientes a pueblos originarios Factores de vulnerabilidad social: Drogadicción, alcoholismo, maltrato infantil y/o violencia intrafamiliar, presencia de factores de alto riesgo para el normal desarrollo del niño/niña en el entorno inmediato, entre otros. 				
8. ¿La intervención ha sido replicada?	SI	X Pero no de la misma manera	NO	
9. ¿La intervención está manualizada?	SI	X	NO	

10. El manual de la intervención tiene...		Derechos reservados	X	Domino público		
11. ¿Presentó la intervención efectos no esperados?						
No. La primera etapa (estudio piloto) se comportó dentro de lo esperado, y en la segunda etapa (estudio principal) estamos en fase de evaluación de los resultados.						
12. Breve historia de la implementación						
Inicialmente se realizó un estudio piloto (2003-2004) con niños y sus madres de nivel socioeconómico medio. En esta fase se chequearon los materiales, los gestos a implementar, características de esta cultura, etc. (considerando que este programa es una adaptación del Programa Baby Signs©). Además se evaluaron los efectos en algunos aspectos por ejemplo la interacción madre-bebé. A continuación comenzó la implementación en el estudio mayor en salas cuna de la JUNJI (2006-2008, proyecto FONDECYT N° 1060778). El año pasado se realizaron los talleres de capacitación y seguimiento, lo cual terminó en marzo de este año. Actualmente mientras continúa el estudio se realizan talleres o reuniones de actualización.						
13. Costos de la intervención (monto estimativo en pesos)						
3. Costos estimados totales: El costo de proyecto FONDECYT es de \$40.505.000						
4. Costos por unidad de intervención (Individual, familiar, grupal): No disponemos de esa información.						
14. Financiamiento de la intervención						
1. Público	FONDECYT					
2. Privado						
15. Categoría IOM , la intervención fue aplicada a grupos según factores de riesgo:						
Nivel Universal (población general, comunidad o escuela)						
Nivel Selectivo (población que presenta factores de riesgo conocidos)						
Nivel Indicado (población que presenta un alto riesgo o problemas/enfermedad)	X	Niños pertenecientes a familias de alto riesgo psicosocial, NSE bajo, que asisten a salas cunas de la JUNJI				
16. Fechas de la intervención						
3. fecha de la primera aplicación		Julio 2007				
4. fecha de la última aplicación		En curso				
17. Evaluación de impacto de la intervención (cuenta con algún estudio de resultados)				SI	X	NO
18. Tipo de diseño de evaluación						
Cualitativo		Cuantitativo		X		
Estudio experimental		X				
Estudio cuasiexperimental						
Estudio de cohortes						
Estudio de asociación o correlación		X				
Estudio descriptivos						

Otro...			
19. ¿Cuentan con publicaciones de resultados?		SI	NO X (un paper está en proceso de traducción al inglés, los otros están en proceso)
20. Referencia de la publicación (si marcó si en anterior):			
21. ¿Anexa copia?	SI	NO	
22. Breve resumen de resultados principales			
<p>Los niños que participaron de un programa de Comunicación gestual, en relación a aquellos que no lo hicieron, presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diferencias significativas en las interacciones madre-bebé en las interacciones sincrónicas vocales, visuales y táctiles (Grilla A.I.T.) a los 18 meses de edad. - Correlaciones significativas entre vocabulario gestual y verbal (expresivo y comprensivo) (CDI-SF) a los 12 y 18 meses de edad. - Diferencias significativas en escalas de lenguaje y motricidad del Bayley a los 12 meses (específicamente lenguaje expresivo y motricidad fina). 			
22. Nombre de persona de contacto de la intervención		Chamarrita Farkas Klein	
Mail	chfarkas@uc.cl		
Teléfonos	354 7067		

3. PROGRAMA: PROMOCION DE APEGO SEGURO (P.A.S.)

1. Área de la intervención	Prevención en salud mental		Promoción en salud mental	X
2. Nombre de la intervención/programa	Promoción de Apego Seguro (P.A.S.)			
3. Población blanco	Embarazadas primigestas consultantes regulares de Centros de Salud			
4. Objetivos	Fomentar la sensibilidad materna Fomentar la mentalización en la madre Promover un vínculo seguro madre-bebé			
5. Breve resumen de la intervención				
<p>El Programa P.A.S. tuvo dos fases:</p> <p><u>Fase 1:</u> Esta primera fase consistió en la implementación de un Taller grupal denominado "Construyendo el primer vínculo", que tuvo como objetivo central crear un espacio de contención y reflexión que facilitara en las embarazadas el proceso de construcción del vínculo con su bebé, así como una relación de apego más segura.</p> <p><u>Fase 2:</u> La segunda fase del programa consistió en la realización de 4 sesiones de Acompañamiento Psicoeducativo a la diada madre-hijo (a), de una hora de duración realizadas en 4 momentos durante el primer año de vida del bebé. Dichos acompañamientos tenían como objetivo observar el proceso de construcción del vínculo y efectuar una intervención que promoviera un vínculo seguro, usando como base un manual diseñado para tal efecto.</p>				
6. Palabras claves	Promoción de Apego - Intervención temprana - madres primigestas			
7. Contexto de la intervención				
<p>Las participantes de este estudio fueron 100 mujeres embarazadas, de nivel socioeconómico medio y bajo que asistían a control obstétrico en diversos centros médicos de la ciudad de Santiago. Durante el estudio hubo una pérdida o deserción equivalente el 28% de la muestra (7% grupo experimental y 21% grupo control).</p> <p>Los criterios de inclusión a la muestra fueron: ser primigestas, tener entre 18 y 40 años de edad, estar cercanas al sexto mes de embarazo, no presentar diagnóstico psiquiátrico grave y acceder voluntariamente a participar.</p> <p>El grupo experimental estuvo compuesto por 43 mujeres, mientras que 29 mujeres conformaron el grupo control.</p> <p>El rango de edad de las madres fluctuó entre los 18 y los 39 años de edad (M= 26,4 , SD= 4,82), no existiendo diferencias significativas entre los grupos experimental y control respecto a esta variable (t=- 1,114, gl=70, p= 0,269).</p>				
8. ¿La intervención ha sido replicada?	SI	X	NO	
9. ¿La intervención está manualizada?	SI	X	NO	
10. El manual de la intervención tiene...	Derechos reservados		Domino público	
11. ¿Presentó la intervención efectos no esperados?				
<p>Se esperaba encontrar diferencias significativas entre el grupo experimental y control respecto a observar mayor frecuencia de apego seguro en los bebés del grupo experimental. Al respecto sólo se observaron tendencias, no estadísticamente significativas, en la presencia bebés con apego seguro en el grupo experimental versus el control (se observó un 72.1% de bebés con apego seguro en el grupo experimental y un 55.2% en el grupo control, lo que no es estadísticamente significativo para una muestra pequeña (72 bebés) y considerando que se analizaron los datos con un alto nivel de exigencias, a través de pruebas paramétricas y no paramétricas, analizando las diferencias entre ambos grupos en términos inferenciales con un error de tipo I máximo tolerado del 1%)</p>				
12. Breve historia de la implementación				
<p>La implementación de este programa fue dividida en dos fases: la primera llevada a cabo durante la gestación (a partir del segundo trimestre de embarazo) y la segunda durante el primer año de vida del bebé.</p> <p><u>Fase 1:</u> Taller de Apego:</p>				

En esta fase se trabajó en grupos de 6 mujeres en promedio, durante 6 sesiones de 2 horas cada una, sobre la base de un manual diseñado para tal efecto. Estos talleres fueron llevados a cabo por duplas del equipo de investigación, profesionales y/o licenciados en psicología que recibieron supervisión durante el proceso. La intervención se llevó a cabo en diversos centros de salud de la ciudad de Santiago de Chile.

Fase 2: Acompañamiento Psicoeducativo:

Las 4 sesiones fueron llevadas a cabo en los centros de salud o bien en los domicilios de las participantes. Respecto al grupo control, se realizaron charlas que fueron efectuadas en los diferentes centros médicos de la red de salud por psicólogos del equipo de investigación.

13. Costos de la intervención (monto estimativo en pesos)

5. Costos estimados totales:
35.000.000 (tres años)
6. Costos por unidad de intervención (Individual, familiar, grupal):

14. Financiamiento de la intervención

1. Público	Proyecto FONDECYT N° 1040760
2. Privado	

15. Categoría IOM, la intervención fue aplicada a grupos según factores de riesgo:

Nivel Universal (población general, comunidad o escuela)	<input checked="" type="checkbox"/>	Consultantes regulares de control de embarazo y luego de control del niño sano
Nivel Selectivo (población que presenta factores de riesgo conocidos)	<input type="checkbox"/>	
Nivel Indicado (población que presenta un alto riesgo o problemas/enfermedad)	<input type="checkbox"/>	

16. Fechas de la intervención

5. fecha de la primera aplicación	Septiembre 2004
6. fecha de la última aplicación	Diciembre 2005

17. Evaluación de impacto de la intervención (cuenta con algún estudio de resultados)

SI X NO

18. Tipo de diseño de evaluación

Cualitativo	<input type="checkbox"/>	Cuantitativo	<input checked="" type="checkbox"/>
Estudio experimental	<input type="checkbox"/>	Estudio longitudinal ya que las participantes se evaluaron y siguieron durante un período de un año y medio, puesto que el propósito fue explorar los efectos que esta intervención tendría en la muestra en el patrón de apego de la madre y el apego del bebé, además de compararla con un grupo control.	<input type="checkbox"/>
Estudio cuasiexperimental	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Estudio de cohortes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Estudio de asociación o correlación	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Estudio descriptivos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Otro...	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

19. ¿Cuentan con publicaciones de resultados?

SI NO **X (3 artículos sometidos a publicación)**

20. Referencia de la publicación

21. ¿Anexa copia?	SI		NO	X
22. Breve resumen de resultados principales <p>El propósito de este estudio fue evaluar la efectividad de un programa de intervención temprana destinado a promover un vínculo de apego seguro en díadas madre-hijo(a) pertenecientes a población regular consultante en centros de salud urbanos de Santiago de Chile. A partir de un diseño longitudinal cuasi-experimental mixto, se asignó aleatoriamente a madres primigestas a dos condiciones de intervención: programa de promoción de apego seguro (Grupo experimental=43), o charla educativa (Grupo control=29). Se obtuvo información acerca de los patrones de apego de los bebés con el paradigma de la Situación Extraña (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) y del estilo de apego de las madres en 3 momentos del estudio con el instrumento CaMir (Pierrehumbert et al., 1996).</p> <p>Los resultados obtenidos muestran que tras la intervención realizada, hubo mayor presencia de bebés con apego seguro en el grupo experimental que en el control, no encontrándose diferencias significativas. Respecto del estilo de apego de las madres, no se observó cambio en los grupos y se observó una tendencia, no estadísticamente significativa, en el grupo experimental a formar díadas de madre insegura y bebé seguro, interrumpiendo la transmisión intergeneracional de patrones de apego inadecuados.</p>				
22. Nombre de persona de contacto de la intervención			María Pía Santelices	
Mail	Msanteli@uc.cl			
Teléfonos	354 76 64			

4. PROGRAMA: ATENCIÓN PARTO HUMANIZADO-EN VERTICAL Y/O CON MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS DE ANALGESIA EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL SERVICIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL C. FÉLIX BULNES.

1. Área de la intervención	Prevención en salud mental	x	Promoción en salud mental	x
2. Nombre de la intervención/programa	Atención Parto Humanizado-en Vertical y/o con medidas no farmacológicas de analgesia en el trabajo de parto en el Servicio Obstetricia y Ginecología del Hospital C. Félix Bulnes.			
3. Población blanco	Población femenina en edad fértil, embarazada que cumpla con los requisitos del protocolo de inclusión, y se controle en los Consultorios de atención Primaria asignados al Hospital Clínico Félix Bulnes			
4. Objetivos	Cambio de modelo de atención del Parto: Nacer de manera diferente, acorde al planteamiento de CHILE CRECE CONTIGO.			
5. Breve resumen de la intervención				
<p>Adaptación de la posición vertical de la madre en el momento del expulsivo, de manera que se facilite el nacimiento del hijo por gravedad, (fisiológico)en compañía de su pareja o adulto significativo, donde la tríada madre-hijo-padre sea la protagonista del evento.</p> <p>Uso de la Hidroterapia como medida alternativa de analgesia del trabajo de parto y eventual parto en el agua.</p> <p>Uso de masoterapia, aromaterapia, musicoterapia, reflexología, reiki y calor local como medidas analgésicas en el trabajo de parto.</p> <p>Contacto piel a piel inmediato entre la diada</p> <p>EN MUJERES QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DEL PROTOCOLO DE INCLUSION, CON CONSENTIMIENTO INFORMADO.</p>				
6. Palabras claves	Triada protagonista del " Nacer en forma diferente"			
7. Contexto de la intervención				
Parto de las mujeres cuyos embarazos son controlados en Consultorios de Municipalidades y /o SSMOCC , de bajos recursos socioeconómicos , beneficiarias del Servicio de Salud Metropolitana Occidente.				
8. ¿La intervención ha sido replicada?	SI		NO	x
9. ¿La intervención está manualizada?	SI	x	NO	
10. El manual de la intervención tiene...	Derechos reservados		Domino público	x
11. ¿Presentó la intervención efectos no esperados? Hasta el momento no.				
12. Breve historia de la implementación				
<p>La silla de parto, la piscina, sistemas de drenaje y de sanitización del agua se implementó con recursos privados: en comodato.</p> <p>Los boxes de atención integrales con mesa triangular, balones Kinestésicos están en proceso de implementación.</p>				

13. Costos de la intervención (monto estimativo en pesos)			
7. Costos estimados totales: \$10.000.000.- box de hidroterapia.			
8. Costos por unidad de intervención (Individual, familiar, grupal)			
14. Financiamiento de la intervención			
1. Público	<input checked="" type="checkbox"/>		
2. Privado	<input type="checkbox"/>		
15. Categoría IOM , la intervención fue aplicada a grupos según factores de riesgo:			
Nivel Universal (población general, comunidad o escuela)	<input type="checkbox"/>		
Nivel Selectivo (población que presenta factores de riesgo conocidos)	<input type="checkbox"/>	Población usuaria que presenta riesgo bio sico social y violencia intrafamiliar	
Nivel Indicado (población que presenta un alto riesgo o problemas/enfermedad)	<input type="checkbox"/>		
16. Fechas de la intervención			
7. fecha de la primera aplicación	Julio 2007		
8. fecha de la última aplicación	Octubre 2007		
17. Evaluación de impacto de la intervención (cuenta con algún estudio de resultados)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
18. Tipo de diseño de evaluación			
Cualitativo	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuantitativo	<input checked="" type="checkbox"/>
Estudio experimental	<input type="checkbox"/>		
Estudio cuasiexperimental	<input type="checkbox"/>		
Estudio de cohortes	<input type="checkbox"/>		
Estudio de asociación o correlación	<input type="checkbox"/>		
Estudio descriptivos	<input type="checkbox"/>		
Otro...	<input checked="" type="checkbox"/>		
19. ¿Cuentan con publicaciones de resultados?			SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
20. Referencia de la publicación:			
21. ¿Anexa copia?		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
22. Breve resumen de resultados principales			
Descenso en número de cesáreas, integración de la familia al nacimiento, acercamiento del Hospital a la Comunidad, disminución de los costos de las prestaciones al Hospital y lo más importante : dar posibilidad a las parturientas de tener una opción de "nacer de forma diferente" para sus hijos.			
22. Nombre de persona de contacto de la intervención		Nieves Bravo C. Matrona Coordinadora Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Félix Bulnes	

	Dra Maria Cecilia Arias Escárate Jefa Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Félix Bulnes Mariacecilia.arias@redsalud.gov.cl
Mail	Nieves.Bravo@redsalud.gov.cl
Teléfonos	5744578-55744469-5744557

5. PROGRAMA: PROGRAMA HABILIDADES PARA LA VIDA

1. Área de la intervención	Prevención en salud mental	X	Promoción en salud mental	X
2. Nombre de la intervención/programa	Programa Habilidades para la Vida			
3. Población blanco	Escolares desde 4 a 8 años Sus padres Sus educadoras de párvulos y profesores			
4. Objetivos	<p>OBJETIVO GENERAL Desarrollar en la comunidad educativa con altos índices de vulnerabilidad socioeconómica y riesgo psicosocial, Programas de Habilidades para la Vida que permitan, a corto plazo, aumentar el éxito en el desempeño escolar, y disminuir abandono escolar y, a largo plazo, elevar el bienestar psicosocial, las competencias personales (relacionales, afectivas y sociales) y disminuir daños en salud (depresión, suicidio, alcohol, drogas, conductas violentas).</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar en la comunidad educativa, incorporada al Programa comportamientos y relaciones efectivas, promotoras de la salud mental y el auto cuidado. • Proporcionar a la Educadora de Párvulos y al Profesor competencias y estrategias metodológicas que le permitan detectar, de manera efectiva, la diversidad de necesidades y estilos de sus alumnos y sus ambientes familiares. • Detectar precozmente a niños escolares que presentan factores y condiciones de riesgo psicosocial en el hogar y escuela, y derivar a una atención oportuna a aquellos que presenten trastornos de salud mental. • Modificar factores de riesgo psicosocial y comportamientos desadaptativos, a través de acciones preventivas hacia los niños, las que incorporan a sus padres y profesores. • Articular y desarrollar la Red de Apoyo Comunal a la salud mental en la Escuela que permita una coordinación eficaz y regular entre el Programa, las organizaciones comunitarias, los centros de salud y otras instituciones de apoyo a la infancia, existentes a nivel local. • Promover la instalación de competencias psicosociales en las escuelas, que favorezcan el bienestar psicosocial de los escolares y de la comunidad educativa, fomentando la resolución no violenta de conflictos e interacciones saludables y positivas. 			
5. Breve resumen de la intervención				

PROGRAMA HABILIDADES PARA LA VIDA JUNAEB CHILE 2007

En el contexto de la Reforma Educacional, se ha definido como una de sus áreas de acción la Salud Escolar.

En este marco, JUNAEB está impulsando la línea de desarrollo Psicosocial, a través de la ejecución del **Programa de Habilidades para la Vida**, (PHV) con el fin de colaborar al éxito del niño en la escuela.

Los profesores y la escuela como sistema tienen la capacidad de influir positivamente en el desarrollo y la salud mental de los niños. La coordinación intersectorial efectiva, potencia esta labor. Por otra parte, en la etapa evolutiva en que el niño entra a la escuela, existe una mayor sensibilidad de la persona a su entorno, así como una mayor vinculación de los padres a la escuela, por lo que se pueden lograr cambios positivos, con intervenciones simples y breves.

La priorización de esta área se basa en el hecho que para un desarrollo humano integral, la persona requiere interactuar con un adecuado entorno psicosocial y afectivo. En la etapa escolar infantil, la falta de un entorno potenciador y nutritivo cobra mayor relevancia, ya que en esta etapa se constituyen las habilidades, destrezas y conocimientos esenciales para el desarrollo en las etapas posteriores de la vida.

La investigación epidemiológica aplicada en USA (Shepard Kellam, 1980-1997) identifica predictores tempranos (agresividad, timidez, bajos logros académicos) de trastornos psiquiátricos en adolescentes (depresión, delincuencia, adicción)

Al inicio de la escolaridad, las conductas desadaptativas que traducen alteraciones del desarrollo psicosocial, están presentes en un 18.7% de los niños, según sus profesores, y el 14.9%, según sus padres. Las conductas agresivas con hiperactividad corresponden al perfil de riesgo más frecuente de los niños de este estudio.

La evidencia ha demostrado que intervenciones tempranas y continuas en el tiempo en poblaciones vulnerables (antes de los 8-10 años) mejoran el desarrollo biológico afectivo y social de los niños, lo que produce en ellos una mejor salud, mejores habilidades y mayor bienestar social, observable en toda la vida futura.

La validación del modelo de Habilidades para la Vida, demostró una disminución significativa de conductas desadaptativas, de los niños que participaron en la intervención, en relación al grupo de niños sin programa. Esto implica la superación de conductas relacionadas con hiperactividad, problemas de aprendizaje y de habilidades sociales, en los niños que participaron de las actividades promocionales y preventivas programadas. El estudio además entrega resultados relacionados con cambios hacia una percepción más favorable y positiva de los niños tanto por parte de los padres como de los profesores, luego de finalizado el ciclo de intervención.

Bases de la intervención

- En la construcción del comportamiento infantil son preponderantes el rol y el sentido que tienen las interacciones con los adultos significativos en los ámbitos cotidianos: hogar y escuela.
- Las intervenciones psicosociales son más efectivas y eficientes si se insertan en los contextos naturales en los que crecen y se desarrollan los niños: en el hogar y la comunidad educativa.
- El jardín infantil y la escuela son la mejor alternativa para proteger a niños vulnerables, minimizar daños en su desarrollo biopsicosocial y disminuir así problemas psicosociales futuros.
- El desarrollo de intervenciones protectoras y preventivas constituyen una eficiente "vacuna" psicosocial que protege, en el largo plazo, a los niños más vulnerables.
- Las intervenciones preventivas focalizadas, requieren la detección de riesgo psicosocial específico en la población a intervenir, para garantizar los resultados de estas acciones.
- Los programas de intervención psicosocial, para su instalación a nivel comunal, requieren de una Red local que facilite y asegure una coordinación eficiente entre la escuela y los servicios de apoyo psicosocial requeridos.
- Está dirigido a niños y niñas preescolares y escolares del primer ciclo básico de escuelas municipales y particulares subvencionadas, ubicadas en comunas con elevados índices de riesgo psicosocial
- Busca al corto plazo disminuir riesgo psicosocial y aumentar el éxito en el desempeño y permanencia escolar.
- Al largo plazo, busca y al largo plazo elevar el bienestar, las competencias personales (relacionales, afectivas y sociales) y esperanza de vida, y disminuir daños en salud (depresión suicidio, alcohol, drogas, conductas violentas).

Sus Objetivos Específicos son:

- Desarrollar en la comunidad educativa, comportamientos y relaciones efectivas, promotoras de la salud mental y el auto cuidado.

- Proporcionar al Profesor competencias y estrategias metodológicas que le permitan detectar y enfrentar, de manera efectiva, la diversidad de necesidades y estilos de sus alumnos y sus ambientes familiares.
- Detectar precozmente a niños que presentan factores y condiciones de riesgo psicosocial y comportamientos desadaptativos y promover el acceso a una atención oportuna de los niños que presenten trastornos de salud mental.
- Modificar factores de riesgo psicosocial y comportamientos desadaptativos, en niños identificados con perfiles de riesgo, a través de acciones preventivas hacia los niños, que incorporen a sus padres y profesores.
- Articular y desarrollar la Red de Apoyo Comunal a la salud mental en la Escuela que permita una coordinación eficaz y regular entre el Programa, los centros de apoyo y atención psicosocial existentes.
- Apoyar la instalación en la comunidad educativa de competencias psicosociales que permitan la optimización del desarrollo de habilidades para la vida.
- Evaluar pertinencia, efectividad del modelo Habilidades para la Vida, en sus diferentes componentes, etapas y niveles de acción.

Coberturas 2007 : Estamos en 96 comunas del país (total de comunas 345) . en 800 establecimientos. Con 8.000 profesores.
150.000 escolares . 112 profesores y educadoras.

ACTIVIDADES RELEVANTES POR UNIDADES DE INTERVENCIÓN.

- a. Transversal a los niveles de intervención, se desarrollan actividades orientadas a promover el bienestar y desarrollo psicosocial de Profesores, niños y padres, tales como:
 - Taller de Autocuidado de la Salud Mental del Profesor
 - capacitación y asesoría a educadoras y profesores jefes de 1° EB, para el área de trabajo de factores protectores psicosociales en el aula.
 - Planificación y asesoría a la escuela para la realización de acciones con la comunidad educativa, en la promoción de un clima o convivencia saludable u otro ámbito de acción relacionado.
- b. En el área de Prevención de problemas psicosociales y conductas de riesgo, en primer año básico, se realiza la detección individual de problemas psicosociales y conductas no logradas, de los niños. A través de una batería de pruebas, desarrolladas y validadas, que permite orientar la intervención. JUNAEB orienta su metodología de aplicación, procesamiento y análisis.
- c. Con ello se desarrolla y planifica para segundo básico las correspondientes intervenciones, orientadas al trabajo con los profesores y padres de los niños con factores de riesgo, con el objetivo de entregar herramientas para el acompañamiento al menor, colaborando así en un mejor resultado. En especial, trabajo en talleres orientados a fortalecer conductas y factores protectores y disminuir conductas y factores de riesgo, en las áreas de autoestima, autocontrol, habilidades sociales y logros cognitivos
- d. Respecto a la Derivación, atención y seguimiento de niños, detectados con problemas de salud mental y/o psicosociales. Tiene como objetivo optimizar la utilización de la red de servicios de salud mental local, para que los niños que presentan trastornos del desarrollo, emocionales y de conducta accedan en forma oportuna y adecuada a la atención neuropsiquiatría, atención terapéutica individual y familiar, atención en red de apoyo social.
- e. En el área de Desarrollo de Red de Apoyo Local al Programa de Habilidades para la Vida, se realizan reuniones y coordinaciones con el objetivo promover el funcionamiento de una Red de Apoyo al Programa de Habilidades para la Vida inserto en las escuelas.

6. Palabras claves

Promoción de factores protectores Prevención factores de riesgo

7. Contexto de la intervención

Focalización de la población objetivo: entre todas las comunas del país , ya sean urbanas o rurales, en la licitación , se da prioridad a propuestas orientadas a sectores de comunas ,con mayor nivel de vulnerabilidad socioeconómica y riesgo psicosocial, según los siguientes criterios:

- Escuelas con bajo resultado SIMCE de 4° E. Básica, respecto a su grupo socioeconómico
- Escuelas con alto Índice de Vulnerabilidad Escolar – JUNAEB (IVE)
- Escuelas con alta concentración de niños en prioridad del SISTEMA NACIONAL DE ASIGNACIÓN CON EQUIDAD - JUNAEB (SINAE).
- Escuelas con alta concentración de niños pertenecientes a familias en el Sistema de Protección del Programa Chile Solidario.

8. ¿La intervención ha sido replicada?	SI	X	NO	
9. ¿La intervención está manualizada?	SI	X	NO	
10. El manual de la intervención tiene...	Derechos reservados X		Domino público	
11. ¿Presentó la intervención efectos no esperados?				
<p>Creo que lo mas destacable , es la confirmación de la ausencia de oferta en nuestro país y servicios de salud pública ,de intervenciones en salud mental infantil. Por lo tanto se crea una gran expectativa y demandas agregadas.</p>				
12. Breve historia de la implementación				
<p>Desde 1998 a la fecha, ha habido un crecimiento en cobertura progresivo, iniciando el trabajo en 8 comunas. Hoy en 96 comunas, de 12 regiones del país. En la implementación misma las variaciones han sido el avanzar a una intervención mas temprana , bajando a los 4 años. Junto a ello un mayor desarrollo del área promocional y de la participación fue de los padres.</p> <p>Asimismo en la evolución se han elaborado apoyos para la implementación en terreno como guías y capacitación periódica a los equipos y apoyos de los equipos.</p> <p>Año a año se realiza una evaluación y retroalimentación ,de la calidad de la gestión con indicadores de eficacia ,eficiencia, calidad de recurso humano, adhesión o continuidad de población objetivo entre otros, construidos con equipo de Jesús Redondo de Escuela de Psicología de la U. de Chile</p> <p>Otro 2 pilares centrales han sido invertir en desarrollo informático para apoyar la gestión ,seguimiento y evaluación de lo que hacemos y el contacto permanente con Universidades para ir revisando y realizando las preguntas que se requieren para seguir mejorando día a día</p> <p>Finalmente el tener contacto estable con centros extranjeros vinculados al área e interesados en lo que estamos haciendo y colaborar ha sido muy importante. (Equipo de Jellinek - Boston)</p> <p>Actualmente estamos haciendo un trabajo conjunto.</p>				
13. Costos de la intervención (monto estimativo en pesos)				
<p>Costos estimados totales: \$ M1.200.000 año 2007</p> <p>Costos por unidad de intervención (Individual, familiar, grupal): \$ 10.500 por escolar al año</p>				
14. Financiamiento de la intervención				
1. Público	X			
2. Privado				
15. Categoría IOM, la intervención fue aplicada a grupos según factores de riesgo:				
Nivel Universal (población general, comunidad o escuela)	Actividades de promoción para a) padres de prekinder y Kinder. b) Escolares de 1° a 3° básico. c) Profesores de prekinder a cuarto básico. d) padres y profesores de escolares con riesgo e) equipos de gestión de escuelas básicas			
Nivel Selectivo (población que presenta factores de riesgo conocidos)	Actividades de prevención – al 18.5% de la población objetivo, levantada por instrumento TOCA			
Nivel Indicado (población que presenta un alto riesgo o problemas/enfermedad)				
16. Fechas de la intervención				

Fecha de la primera aplicación	1998		
Fecha de la última aplicación	En aplicación hoy		
17. Evaluación de impacto de la intervención (cuenta con algún estudio de resultados)	SI X		NO
18. Tipo de diseño de evaluación			
Cualitativo		Cuantitativo	
Estudio experimental			
Estudio cuasiexperimental	X		
Estudio de cohortes	X		
Estudio de asociación o correlación			
Estudio descriptivo			
Otro...			
19. ¿Cuentan con publicaciones de resultados?	SI X		NO
20. Referencia de la publicación (si marcó si en anterior):			
21. ¿Anexa copia?	SI		NO
22. Breve resumen de resultados principales			
Resultados de Efectividad del Programa HpV:			
1. Efectividad en reducir riesgo de conductas desadaptativas en el escolar: en 2004 Rolando Zapata, profesor universitario de Universidad Diego Portales, mediante investigación prueba que la intervención disminuye el riesgo psicosocial encontrado, en un 64.75 %de los escolares intervenidos. Esto se comparó con un grupo de riesgo que no asistió al programa.			
2. Efectividad del programa HpV en el rendimiento escolar: un grupo precedido por la Dra. Lily Jadue, de la Universidad del Desarrollo, en el 2006, estudió los resultados de los escolares del programa HpV en el SIMCE (prueba nacional de evaluación de aprendizajes) Se usó grupo control que no tiene programa HpV y los resultados mostraron un alza significativa de los puntajes para los estudiantes intervenidos.			
22. Nombre de persona de contacto de la intervención			
Mail	mpguzman@junaeb.cl		
Teléfonos	5950572		

6. PROGRAMA: PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO “JUGUEMOS CON NUESTROS HIJOS”

1. Área de la intervención	Prevención en salud mental X		Promoción en salud mental X		
2. Nombre de la intervención/programa	Programa de estimulación del desarrollo “Juguemos con nuestros hijos”				
3. Población blanco	Niños de 1 a 3 años junto a sus madres, padres o cuidadores significativos				
4. Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer a madres y padres como promotores de la salud integral de sus hijos, potenciando su rol educativo y apoyando sus labores de estimulación del desarrollo y crianza Fortalecer el desarrollo psicomotor, cognitivo, social y afectivo de los niños participantes 				
5. Breve resumen de la intervención					
<p>El Programa “Juguemos con nuestros Hijos” se desarrolla en un Centro de Salud Familiar (CESFAM) ubicado en la comuna de Puente Alto. Busca principalmente estimular el desarrollo integral de niños y niñas entre 18 y 36 meses y apoyar a madres, padres y cuidadores en la estimulación temprana y educación de sus hijos, fortaleciéndolos como principales agentes educativos y promotores de la salud integral de sus hijos.</p> <p>La propuesta consiste en una sala de estimulación donde diariamente se acoge a un grupo de 12-14 padres/madres o cuidadores que asisten, durante 6 meses a un año, una vez por semana a sesiones grupales de juego con sus hijos/as y donde además existe un espacio de conversación entre los adultos en torno a temas de crianza y estimulación del desarrollo. El total de beneficiarios son alrededor de 80-100 familias anualmente.</p> <p>Participan niños derivados por profesionales del Centro de salud con diagnóstico de rezago y riesgo de rezago del desarrollo psicomotor y/o con condiciones de vulnerabilidad psicosocial que implican un riesgo para el desarrollo del niño en cualquiera de sus áreas. Así como también niños con un desarrollo normal para su edad, que se inscriben espontáneamente en el Centro de Salud.</p>					
6. Palabras claves	Promoción de la salud Desarrollo infantil				
7. Contexto de la intervención					
El Centro de salud donde se instala el programa se ubica en una localidad urbana de la comuna de Puente Alto. Los grupos familiares participantes eran de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo. De las madres participantes, el 70% tenía nivel de escolaridad de 4° medio o más y 75% no trabajaba. Un 80% de las familias participantes estaban formadas por padre y madre, mientras un 15% por madre sola ó padre solo.					
8. ¿La intervención ha sido replicada?	SI		NO	Aún no, será replicada a partir de marzo 2008 en un CESFAM de la comuna de La Pintana	
9. ¿La intervención está manualizada?	SI	Existe una sistematización de la experiencia	NO		
10. El manual de la intervención tiene...	Derechos reservados			Domino público	X
11. ¿Presentó la intervención efectos no esperados?					
En atención primaria de salud, aquellas intervenciones con estrategias grupales tienen muy mala adherencia.					

Esta experiencia logró una importante adherencia pese a su estrategia grupal, pues comienza con un total de 70 familias participantes y termina, tras 6 meses de intervención, con la participación regular del 70% de estas mismas familias.

12. Breve historia de la implementación

El programa se lleva a cabo mediante sesiones de grupos de juego semanales, con grupos de 12-14 diadas, guiadas por una educadora y dos monitoras comunitarias. Estas diadas asisten una vez por semana durante 6 meses a un año, logrando una participación de 80 -100 diadas anualmente. Las sesiones se realizan en una sala multiuso del CESFAM implementada como sala de estimulación que se arma y desarma diariamente. La coordinación con el CESFAM, llevada a cabo por un profesional del mismo Centro, implica coordinar las derivaciones y seguimiento de aquellos niños/as derivados al programa por parte de profesionales del Centro.

13. Costos de la intervención (monto estimativo en pesos)

9. Costos estimados totales: primer año de funcionamiento: 15 millones de pesos anuales.
Continuación del programa: 10 millones de pesos anuales.
10. Costos por unidad de intervención (Individual, familiar, grupal): primer año de funcionamiento: \$16.000 pesos mensual por diada, total de 80 diadas anuales. Continuación del programa: \$10.500 pesos por diada, total de 80 diadas anuales.

14. Financiamiento de la intervención

1. Público	
2. Privado	Financiado por empresas privadas

15. Categoría IOM, la intervención fue aplicada a grupos según factores de riesgo:

Nivel Universal (población general, comunidad o escuela)	<input checked="" type="checkbox"/>	Participan niños/as con un desarrollo psicomotor normal, cuyas madres se inscriben espontáneamente en el CESFAM
Nivel Selectivo (población que presenta factores de riesgo conocidos)	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Participan niños con riesgo de rezago del desarrollo psicomotor según la Escala de Evaluación Desarrollo Psicomotor (EEDP), que son derivados al programa por enfermeras del CESFAM 2. Participan niños con condiciones de riesgo para rezago del desarrollo psicomotor, derivados al programa por diversos profesionales del CESFAM
Nivel Indicado (población que presenta un alto riesgo o problemas/enfermedad)	<input checked="" type="checkbox"/>	Participan niños/as con diagnóstico de rezago del desarrollo psicomotor según EEDP, derivados al programa por enfermeras del CESFAM

16. Fechas de la intervención

9. fecha de la primera aplicación	Octubre 2006
10. fecha de la última aplicación	Hasta la fecha

17. Evaluación de impacto de la intervención (cuenta con algún estudio de resultados)

SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

18. Tipo de diseño de evaluación

Cualitativo	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuantitativo	<input checked="" type="checkbox"/>
Estudio experimental			
Estudio cuasiexperimental			
Estudio de cohortes		<input checked="" type="checkbox"/>	
Estudio de asociación o correlación			
Estudio descriptivos			

Otro.. Evaluación antes y después de intervención de 6 meses. Comparado con muestra control . Se evaluó: 1. Desarrollo/aprendizaje de los niños/as. Inventario Battelle. 2. Rol mediador y vínculo afectivo de madres y rol mediador de educadoras. Pautas de observación en sala. 3. Percepción-opinión del programa por madres y personas claves del CESFAM. Grupos focales y entrevistas.	X																			
19. ¿Cuentan con publicaciones de resultados?																				
	SI	Realizándose publicación por UNICEF Chile	NO																	
20. Referencia de la publicación:																				
21. ¿Anexa copia?																				
	SI		NO	Aún no terminada																
22. Breve resumen de resultados principales																				
<p>El estudio considera al Universo de niño(a)s que participaron durante todo el Programa <i>Juguemos con nuestros hijos</i> (N= 40). Estos niños constituyen el Grupo Experimental. La muestra control eran usuarios del Centro de Salud Familiar "Madre Teresa de Calcuta" y consideró un N=30 tanto para la etapa inicial como final.</p> <p>El programa resultó ser exitoso, observándose en un corto período de tiempo una mejoría considerable en el nivel de desarrollo/aprendizaje alcanzado por los niños y niñas. Esta mejoría se reflejó tanto en el puntaje total del test Battelle (tabla 1) como en el puntaje promedio de cada sub área.</p>																				
TABLA 1: PUNTAJES TOTALES BATTELLE SEGÚN GRUPO MUESTRAL																				
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 20%;">Grupo PED</th> <th style="width: 20%;">Muestra Control</th> <th style="width: 40%;">Valor - p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pre</td> <td style="text-align: center;">40,2</td> <td style="text-align: center;">42,14</td> <td style="text-align: center;">No significativo</td> </tr> <tr> <td>Post</td> <td style="text-align: center;">43.7</td> <td style="text-align: center;">40, 92</td> <td style="text-align: center;">No significativo</td> </tr> <tr> <td>Valor – p</td> <td style="text-align: center;">0,001 *</td> <td style="text-align: center;">No significativo</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Grupo PED	Muestra Control	Valor - p	Pre	40,2	42,14	No significativo	Post	43.7	40, 92	No significativo	Valor – p	0,001 *	No significativo	
	Grupo PED	Muestra Control	Valor - p																	
Pre	40,2	42,14	No significativo																	
Post	43.7	40, 92	No significativo																	
Valor – p	0,001 *	No significativo																		
<p>*Valor estadísticamente significativo Grupo PED: grupo experimental, participantes del programa</p>																				
<p>El porcentaje de niños en <i>alerta</i> se redujo a la mitad y aumentaron significativamente los puntajes en la categoría <i>normal</i>. Así mientras el grupo PED logró avances significativos, el grupo control disminuyó su rendimiento luego de 6 meses (tabla 2 y 3). Los resultados anteriormente expuestos aumentan su valor si se considera que las diadas asistieron al programa con una frecuencia de una vez por semana.</p>																				
TABLA 2: PUNTAJES TOTALES BATTELLE SEGÚN GRUPO MUESTRAL																				
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 20%;">Grupo PED</th> <th style="width: 20%;">Muestra Control</th> <th style="width: 40%;">Valor - p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pre</td> <td style="text-align: center;">40,2</td> <td style="text-align: center;">42,14</td> <td style="text-align: center;">No significativo</td> </tr> <tr> <td>Post</td> <td style="text-align: center;">43.7</td> <td style="text-align: center;">40, 92</td> <td style="text-align: center;">No significativo</td> </tr> <tr> <td>Valor – p</td> <td style="text-align: center;">0,001 *</td> <td style="text-align: center;">No significativo</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Grupo PED	Muestra Control	Valor - p	Pre	40,2	42,14	No significativo	Post	43.7	40, 92	No significativo	Valor – p	0,001 *	No significativo	
	Grupo PED	Muestra Control	Valor - p																	
Pre	40,2	42,14	No significativo																	
Post	43.7	40, 92	No significativo																	
Valor – p	0,001 *	No significativo																		
<p>* Valor estadísticamente significativo</p>																				
TABLA 3: PUNTAJE TOTAL BATTELLE. DISTRIBUCIÓN EN CATEGORÍAS SEGÚN GRUPO MUESTRAL																				

	Grupo PED		Muestra Control	
	% Déficit	% Normal	% Déficit	% Normal
Pre	52,5	47,5	30	70
Post	30	70	45,2	54,8
Valor-p	0.041*		No significativo	

*Valor estadísticamente significativo

La mejoría de los niños en cuanto a su desarrollo/aprendizaje, estuvo acompañada de un mejoramiento de las prácticas pedagógicas realizadas por las agentes educativas.

Hubo mejoría del vínculo afectivo entre madre-hijo (tabla 4). Además, se observó una correlación sustantiva entre el vínculo afectivo que la madre establece con su hijo y su capacidad de mediar adecuadamente los aprendizajes del niño(a). Esto se vio acompañado de un progresivo aumento en el bienestar de los niño(a)s durante el transcurso del taller, siendo evidente que cada vez se sintieron más confortados, contentos y autónomos (tabla 5).

TABLA 4 : PUNTAJE PROMEDIO DÍADA

	PRE		POST	
	X	Categoría	X	Categoría
Vínculo Afectivo	2,19	Regular	2,59	Bueno
Rol Mediador	2,06	Regular	2,28	Regular
TOTAL DIADA	2,13	Regular	2,43	Regular

TABLA 5: PUNTAJE PROMEDIO NIÑO(A)

	PRE		POST	
	X	Categoría	X	Categoría
Bienestar Niño- Niña	2,35	Regular	2,64	Bueno
TOTAL NIÑO	2,35	Regular	2,64	Bueno

22. Nombre de persona de contacto de la intervención	Verónica Mingo R. y Caterina Pesce
Mail	mmingor@uc.cl , cpesce@uc.cl
Teléfonos	98211576 y 98427116

7. PROGRAMA: PROGRAMA DE SALUD MENTAL PERINATAL

1. Área de la intervención	Prevención en salud mental	X	Promoción en salud mental	X
2. Nombre de la intervención/programa	Programa de Salud mental perinatal			
3. Población blanco	Díadas madre – bebé 0-24 meses			
4. Objetivos	Fomento de apegos seguros Prevención del maltrato y psicopatología evolutiva Prevención psicopatología materna en periodo perinatal			
5. Breve resumen de la intervención				
<p>Se trata de una línea de investigación acción interdisciplinaria destinada a orientar procesos d vinculación madre/padre-bebé durante la estadía en la maternidad hospitalaria para que tengan mayor probabilidad de consolidarse en apegos seguros.</p> <p>Para ello cuenta con diferentes subprogramas : “Fomento de vínculos seguros en díadas madre-bebe sanos”; “en díadas con patología, madres hospitalizadas en medicina materno –fetal, bebes hospitalizados en neonatología; detección d díadas de alto riesgo Relacional ; tratamiento psicosocial del duelo perinatal ; psicopatología parental y crianza ; evaluación relacional en el control de niño sano.</p> <p>Para integrar la dimensión relacional y de seguridad afectiva a la dimensión biomedica habitual se han diseñado estrategias de transferencia de conocimientos, conductas y actitudes a los profesionales perinatales , se han construido instrumentos de evaluación y se ha creado material audiovisual.</p> <p>Se realizan seguimientos y asistencia a díadas en riesgo a través de una serie de intervenciones tempranas que incluyen psicoeducación y psicoterapia a las familias en formación .</p>				
6. Palabras claves	Apego seguro, salud mental perinatal, riesgo relacional			
7. Contexto de la intervención				
<p>Usuarios del servicio de salud metropolitano sur durante el control prenatal, control del niño sano, atención del nacimiento y puerperio, atención en alto riesgo obstétrico, hospitalización en medicina materno fetal. Se trata de una población en general con múltiples carencias afectivas ,educacionales y económicas, alta presencia de estresores psicosociales y mayor frecuencia de embarazo adolescente respecto a la media del país.</p>				
8. ¿La intervención ha sido replicada?	SI	x	NO	
9. ¿La intervención está manualizada?	SI	En parte	NO	
10. El manual de la intervención tiene...	Derechos reservados		Domino público	X previa capacitacion
11. ¿Presentó la intervención efectos no esperados?				
ninguno				
12. Breve historia de la implementación.				
<p>11. El equipo de salud mental universitario se articula con el equipo perinatal para impulsar los cambios de práctica .Transfiere los principios básicos de prevención en niveles de delegación sucesiva desde los profesionales a la díada madre bebé y familias. Evalua la eficacia de dicha transferencia y efectúa las intervenciones específicas</p>				

13. Costos de la intervención (monto estimativo en pesos)				
12. Costos estimados totales: honorarios de 2 profesionales del area psicosocial (psicologo, asistente social, terapeuta) y honorarios de un psiquiatra de adulto y un infanto juvenil que se articulan con el equipo perinatal. Mas gastos de operación que ascienden a 3.000.000				
13. Costos por unidad de intervención (Individual, familiar, grupal):				
14. Financiamiento de la intervención				
1. Público	x			
2. Privado				
15. Categoría IOM , la intervención fue aplicada a grupos según factores de riesgo:				
Nivel Universal (población general, comunidad o escuela)	xx			
Nivel Selectivo (población que presenta factores de riesgo conocidos)	x			
Nivel Indicado (población que presenta un alto riesgo o problemas/enfermedad)	x			
16. Fechas de la intervención				
11. fecha de la primera aplicación	1989			
12. fecha de la última aplicación	actual			
17. Evaluación de impacto de la intervención (cuenta con algún estudio de resultados)		SI	x	NO
18. Tipo de diseño de evaluación				
Cualitativo	x	Cuantitativo		
Estudio experimental				
Estudio cuasiexperimental				
Estudio de cohortes		x		
Estudio de asociación o correlación				
Estudio descriptivos				
Otro...				
19. ¿Cuentan con publicaciones de resultados?		SI	x	NO
20. Referencia de la publicación :				
<ul style="list-style-type: none"> • Kimelman M., Nuñez C., . Hernández G., . Castillo N., . Paez J., . Montino O. "Construcción y evaluación de pauta de medición de riesgo relacional madre – recién nacido" Revista Médica de Chile (123) pág. 707-712, año 1995 • Kimelman M., Hernández G., Montino O. "Salud Mental Perinatal en la asistencia del parto y puerperio". Revista Médica de Chile, 128 (11), 2000 • Kimelman M., González L, Hernández G. "Interacción madre niño durante el control de niños sanos y propuesta de una pauta de observación relacional. Revista Chilena de Salud Pública 7(3):113-168,2003. 				

<ul style="list-style-type: none"> • Kimelman M., González L. "El proceso de vinculación una tarea del equipo obstetrico. Foro de Ginecología y Medical Forum Internacional. Vol. 6 N° 2,10-13, 2003 • Vásquez R., Kimelman M. "Diagnóstico Antenatal ¿qué es lo que queda por hacer?. Foro de Ginecología y Medical Forum Internacional. Vol 6 N° 2, 18-19, 2003 • Kimelman M. "Santé mentale Périnatale à Santiago de Chili. Prévention précoce, parentalité et périnatalité" M Dugnant.Ed. Eres 2004 • M. Kimelman "Terapia vincular en familias en formación" Terapia Familiar y de Pareja. Ed E. Roizblat, Mediterráneo, pág 400 – 411. 2006 				
21. ¿Anexa copia?	SI		NO	x
22. Breve resumen de resultados principales Incorporación de los principios de prevención de salud mental en la practica perinatal Construcción de instrumentos de evaluación relacional transferibles Creación de material audiovisual Mayor seguridad emocional y grado de satisfacción del usuario Los logros de la investigación han posibilitado la integración de esta temática a la formación de estudiantes de medicina y obstetricia. El interés por capacitarse se ha extendido a equipos profesionales de varios lugares del país, generando al menos en la cultura local , acciones tendientes a promover la salud integral.				
22. Nombre de persona de contacto de la intervención			Monica Kimelman J	
Mail	Mkimelman.med.uchile.cl			
Teléfonos	5510044-5517906			

8. PROGRAMA: ESTUDIO SOBRE LA EFICACIA TERAPÉUTICA DE DOS MODALIDADES DE INTERVENCIÓN TEMPRANA BASADAS EN EL APEGO.

1. Área de la intervención	Prevención en salud mental	X	Promoción en salud mental	X
2. Nombre de la intervención/programa	Estudio sobre la eficacia terapéutica de dos modalidades de intervención temprana basadas en el apego.			
3. Población blanco	Los participantes de este estudio fueron madres y sus bebés desde los 2-4 meses.			
4. Objetivos	<p><i>1.- Objetivo General</i> 1.1-Comparar el efecto de dos intervenciones tempranas en relación al mejoramiento de la calidad del apego madre-bebé y la sintomatología maternal, en base a un grupo de control, en díadas de sectores empobrecidos de la Región Metropolitana.</p> <p><i>2.-Objetivos específicos.</i> 2.1-Comparar el efecto del Taller de Masaje en el mejoramiento del apego madre-bebé, en relación a un grupo de control. 2.2-Comparar el efecto del Taller de Apego, en el mejoramiento del apego madre-bebé, en relación a un grupo de control. 2.3-Comparar el efecto del Taller de Masaje y Taller de Apego, en la mejora sintomatológica de la depresión post-parto, en relación a un grupo de control. 2.4-Comparar el efecto del Taller de Masaje y Taller de Apego, en la mejora sintomatológica general, en relación a un grupo de control. 2.5-Identificar la relación entre calidad del apego de las madres y presencia de sintomatología psicopatológica en las mismas.</p>			
5. Breve resumen de la intervención	<p>- Talleres de Masaje: consisten en sesiones grupales en donde se entrena a las madres en los movimientos del masaje con el propósito de que adquieran los conocimientos que aporta el masaje como un medio de comunicación no-verbal, que fortalece el apego madre-hijo, y que desarrollen las destrezas de aplicación del masaje a sus bebés. Luego las madres aplican lo aprendido y se estimula que se conecten afectivamente con ellos mientras les hacen el masaje, a través de vocalizaciones, miradas, juegos y cantos.</p> <p>- Talleres de Apego consisten en sesiones grupales donde asisten las madres y sus bebés. En cada sesión se trabajan temas relativos a la sensibilidad materna, apego y crianza, de un modo práctico, didáctico y experiencial.</p> <p>- Grupo de control; dos charlas dadas a las madres sobre aspectos básicos de la crianza y la importancia del apego en el desarrollo del bebé y la familia ("dummy treatment").</p>			
6. Palabras claves	Intervención Temprana – Apego – Masaje Infantil			
7. Contexto de la intervención	NSE bajo y medio-bajo. Las díadas fueron reclutadas de dos consultorios de la Comuna de Peñalolén (Consultorio Lo Hermida y Consultorio Carol Urzúa) de Santiago, Chile.			
8. ¿La intervención ha sido replicada?	SI	X	NO	
9. ¿La intervención está manualizada?	SI	X	NO	
10. El manual de la intervención tiene...	Derechos reservados		Domino público	
11. ¿Presentó la intervención efectos no esperados?				

No se encontró mejoras en la sintomatología general evaluadas a través del Cuestionario de Sintomatología OQ45.2.

12. Breve historia de la implementación

Se reclutaron madres de dos consultorios de la Comuna de Peñalolen, en la región metropolitana. Las madres fueron visitadas en la casa o en el consultorio donde se les explicó el objetivo y procedimiento del estudio. Una vez firmado los consentimientos, las madres fueron evaluadas en el domicilio, en las áreas del apego (Escala ADS-Massie-Campbell), sintomatología general (OQ45.2), sintomatología depresiva (Escala de Edimburgo).

Posterior a la primera evaluación (edad de los bebés entre 2-4 meses), se realizó una asignación randomizada de las participantes a los tres grupos (taller de apego, taller de masaje, grupo control). Se realizó una evaluación post-intervención, y una tercer evaluación post-seguimiento (4 meses de finalizada la intervención), utilizando los mismos instrumentos que en la etapa pre.

13. Costos de la intervención (monto estimativo en pesos)

14. Costos estimados totales: \$10.000.000

15. Costos por unidad de intervención (Individual, familiar, grupal):

14. Financiamiento de la intervención

1. Público	
2. Privado	Fundación Ford

15. Categoría IOM, la intervención fue aplicada a grupos según factores de riesgo:

Nivel Universal (población general, comunidad o escuela)		
Nivel Selectivo (población que presenta factores de riesgo conocidos)	X	
Nivel Indicado (población que presenta un alto riesgo o problemas/enfermedad)		

16. Fechas de la intervención

13. fecha de la primera aplicación	
14. fecha de la última aplicación	

17. Evaluación de impacto de la intervención (cuenta con algún estudio de resultados)	SI	X	NO	
---	----	---	----	--

18. Tipo de diseño de evaluación

Cualitativo		Cuantitativo	X	
Estudio experimental		X		
Estudio cuasiexperimental				
Estudio de cohortes				
Estudio de asociación o correlación				
Estudio descriptivos				
Otro...				

19. ¿Cuentan con publicaciones de resultados?	SI		NO	X
20. Referencia de la publicación: X				
21. ¿Anexa copia?	SI		NO	X
<p>22. Breve resumen de resultados principales</p> <p>En términos de porcentaje, en el caso del grupo de control, la proporción de apegos seguros se mantiene relativamente estable en las tres etapas de evaluación (76,5% en la fase 1, 82,4% en la fase 2, 82,4% en la fase 3). Por otra parte, en el caso del Taller de Apego se observa que la proporción de apegos seguros aumenta desde la fase 1 (56,3%) hasta la fase 2 (75%), e incluso sigue aumentando en la fase 3 (81,3%). Es decir, que desde la fase 1 a la fase 3, se observa un aumento de un tercio de apegos seguros. En el caso del Taller de Masaje se evidencia una mejora similar (aunque levemente mas baja que el Taller de Apego), desde la fase 1 (45,5%) hasta la fase 2(59,1%), en incluso aumentando en la fase 3 (68,2%). Cabe destacar que en ambas intervenciones, los efectos del tratamiento no solo se mantienen 3 meses después de finalizado el tratamiento, sino que sigue aumentando.</p> <p>Aplicando la prueba no paramétrica para muestras relacionadas de Cochran se encuentra que: El grupo control no presenta cambios estadísticamente significativos en la proporción de seguros e inseguros observados en el pre, post y el seguimiento. Los grupos que reciben tratamiento presentan cambios estadísticamente significativos en la proporción de seguros e inseguros observados en el pre, post y el seguimiento.</p> <p>En el caso del Taller de Apego se observan diferencias significativas en las medias pre, post y seguimiento de los puntajes de la Escala Edimburgo evidenciando una disminución de los niveles de depresión.</p> <p>Analizando las relaciones entre la calidad del apego de las madres evaluadas en la fase de pre-tratamiento, y el nivel de sintomatología psiquiátrica obtenida concurrentemente a través de la escala SCL-90 y la Escala de Edimburgo, se encontraron los siguientes resultados significativos</p> <p>Las madres con apego inseguro presentan diferencias significativas en el caso de la depresión post-parto medida a través de la Escala de Edimburgo. Del mismo modo, las madres con apego inseguro con sus bebés presentan diferencias significativas en las escalas de Depresión, Obsesividad y Compulsión, Sensitividad Interpersonal, Externalización de la Agresión, Psicopatología Grave, y Desconfianza Interpersonal. Si bien todos estos resultados exigen análisis más profundos, vienen a corroborar y especificar el hecho de que las madres que tienden a desarrollar apegos inseguros con sus bebés, tienden a presentar una serie de problemas que afectan el buen desarrollo del vínculo.</p>				
22. Nombre de persona de contacto de la intervención		Felipe Lecannelier A.		
Mail	flecannelier@udd.cl			
Teléfonos	2999170			

9. PROGRAMA: EMPRENDE MAMA

1. Área de la intervención	Prevención en salud mental	X	Promoción en salud mental	X
2. Nombre de la intervención/programa	Emprende Mamá			
3. Población blanco	Adolescentes embarazadas y madres que se atienden en centros de salud en la comuna de La Florida			
4. Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prevenir la vulneración de derechos educando a la madre en habilidades de cuidado materno desde la gestación. ○ Promover el desarrollo de un vínculo madre hijo sano, como factor protector de riesgo psicosocial. ○ Favorecer un proceso de gestación, parto y crianza en un contexto humanizado ○ Favorecer la continuidad de los procesos interrumpidos por el embarazo promoviendo la reinserción escolar y socialización. ○ Colaborar a la restauración y funcionamiento de las redes familiares y sociales. 			
5. Breve resumen de la intervención	<p>El programa se fundamenta en que la etapa de gestación es un período especialmente sensible para modificar modelos internos de maternaje a través de experiencias correctoras. La estrategia esencial es el concepto de "doula", una mujer que apoya afectivamente a otra durante la gestación, nacimiento y crianza del hijo.</p> <p>Para su ejecución establece alianzas entre sector estatal, municipio y sector civil: profesionales (psicólogas, matronas y asistente social) y voluntariado que trabajan en equipo.</p> <p>Las adolescentes embarazadas usuarias de centros de salud participan en reuniones grupales semanales con voluntarias capacitadas quienes entregan apoyo afectivo durante la gestación y primer año de vida de los niños. Durante el funcionamiento de grupos las adolescentes reciben, además talleres de educación a la maternidad, orientación para reinserción escolar, derivación a redes sociales ante problemáticas específicas y acompañamiento durante el trabajo de parto por un familiar femenino capacitado previamente, además del padre en el parto.</p>			
6. Palabras claves	Embarazo y maternidad adolescente, doula de embarazo, parto y postparto.			
7. Contexto de la intervención	<p>El programa se desarrolla desde el año 2001 en la comuna de La Florida, abarcando a las adolescentes usuarias de sus centros de salud. Han contado a la fecha con más de 500 participantes con un funcionamiento anual promedio de unas 140 adolescentes y sus hijos pertenecientes a estratos sociales bajos. Estas participan en grupos distribuidos en diferentes sedes sociales comunales durante un período aproximado de 18 meses. Cada grupo cuenta con 2 a 3 voluntarias pertenecientes a una asociación de voluntariado con carisma salesiano (ADS), facilitándose así un trabajo transcultural.</p>			
8. ¿La intervención ha sido replicada?	SI		NO	X
9. ¿La intervención está manualizada?	SI	X	NO	
10. El manual de la intervención tiene...	Derechos reservados		X	Dominio público
11. ¿Presentó la intervención efectos no esperados?	No ha habido efectos no esperados en general. Los resultados obtenidos confirman la relevancia del apoyo afectivo para una buena acogida del niño en situación de vulnerabilidad como es la maternidad adolescente.			
12. Breve historia de la implementación	<p>El programa nació como una iniciativa de voluntariado de A.D.S. y profesionales que recibe una buena acogida del alcalde y su equipo, el cual permite el acceso de las profesionales a los listados de los centros de salud. Cuenta con fondos iniciales de Fondo Social de la Presidencia. A medida que se fue trabajando en</p>			

forma integrada con los departamentos de salud, educación y social de la comuna se fueron fortaleciendo intervenciones educativas y ampliándose a nuevas intervenciones en el campo educacional (reinserción escolar) y apoyo social. (trabajo de derivación en redes). La evaluación de satisfacción usuaria demostró que las intervenciones apoyaban necesidades existentes por lo que se fue validando el programa. El año 2003 se inició un trabajo conjunto con el equipo de la maternidad del hospital Dr. Sótero del Río iniciándose el ingreso de doulas que acompañan a las adolescentes durante su trabajo de parto. El 2003 comenzó a ser parte de la red Sename, como programa de protección de derechos. El 2005 se suscribe un convenio preinversional de investigación- acción con Fosis- MIDEPLAN, para sistematización del programa y un piloto a primigestas no adolescentes como aporte a un Sistema de Protección a la Infancia. El 2007 comienza a ser parte de la oferta programática de la comuna de La Florida para el programa Chile Crece Contigo del Ministerio de Salud, dentro del Sistema de Protección a la Infancia.

13. Costos de la intervención (monto estimativo en pesos)

El programa es desarrollado por una institución sin fines de lucro y sostenido en forma importante por voluntariado, aportando cada una alrededor de 15 horas mensuales al programa para actividades de capacitación, supervisión y trabajo en terreno con las adolescentes. A su vez los cargos de directora general del programa y coordinadora de voluntariado son aportados en forma gratuita por la institución ejecutante. Los costos del programa están dados por los honorarios del equipo profesional y costos de funcionamiento de los grupos en terreno. El financiamiento ha variado año a año, ya que las fuentes de financiamiento han variado, no cubriendo siempre todos los gastos requeridos, de modo que en ciertos periodos parte de los aportes ha venido de privados.

Costos estimados:

Costos por unidad de intervención (Individual, familiar, grupal): Con todas las consideraciones anteriores se estima un costo entre \$25.000 y \$32.000 por binomio madre-hijo mensual atendido en modalidad grupal semanal, según cobertura alcanzada.

14. Financiamiento de la Intervención

1. Público	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Privado	<input type="checkbox"/>

15. Categoría IOM, la intervención fue aplicada a grupos según factores de riesgo:

Nivel Universal (población general, comunidad o escuela)	<input type="checkbox"/>	
Nivel Selectivo (población que presenta factores de riesgo conocidos)	<input checked="" type="checkbox"/>	Los hijos de madres adolescentes proveniente de familia de bajos recursos presentan mayor riesgo de cuidado maternal negligente o maltrato. La maternidad adolescente lleva también a un mayor riesgo de caer en situación de pobreza.
Nivel Indicado (población que presenta un alto riesgo o problemas/enfermedad)	<input type="checkbox"/>	

16. Fechas de la intervención

15. fecha de la primera aplicación	Marzo 2001
16. fecha de la última aplicación	Continúa a la fecha

17. Evaluación de impacto de la intervención (cuenta con algún estudio de resultados)

SI	<input checked="" type="checkbox"/>	X	NO	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	---	----	--------------------------

18. Tipo de diseño de evaluación

Cualitativo	<input checked="" type="checkbox"/>	Cuantitativo	<input checked="" type="checkbox"/>
Estudio experimental	<input type="checkbox"/>		
Estudio cuasiexperimental	<input type="checkbox"/>	X	
Estudio de cohortes	<input type="checkbox"/>		

Estudio de asociación o correlación				
Estudio descriptivos	X			
Otro...				
19. ¿Cuentan con publicaciones de resultados?				
	SI	X	NO	
20. Referencia de la publicación: Cabezas, AM, Kopplin E, Pugin E, Palma P, González M. "Programa de acompañamiento psicoafectivo a adolescentes embarazadas en riesgo social" Pediatría al día Vol 19 N°5, 2003				
21. ¿Anexa copia?				
	SI	X	NO	
22. Resultados A través de su ejecución se han ido evaluando diferentes aspectos de impacto del programa. 1. <u>Evaluación de calidad de vínculo madre – hijo</u> : Realizada el año 2004 por un equipo externo de psicólogos de la Pontificia Universidad Católica de Chile. (Psicólogos Pía Santelices, Mauricio Céspedes e Ivan Armijo) A una muestra de 21 adolescentes participantes del programa y 21 adolescentes no participantes escogidas al azar de los mismos centros de salud se aplicó la Situación Extraña de Ainsworth. Se observó un 81% de apego seguro en el grupo parte del programa y un 71,4% en el grupo control. A su vez en este último se encontró un 14,3% de apego inseguro- desorganizado, mientras que en el grupo de Empeña Mamá un 4,75% presentó apego inseguro desorganizado. Si bien los resultados fueron más favorables para las participantes del programa, estas diferencias no alcanzaron significación estadística. 2. Evaluación de reinserción escolar: La evaluadora externa fue socióloga docente de la Pontificia Universidad Católica Sra. Valeria Ramírez. Realizada durante el año 2006 sobre una muestra de 107 adolescentes del programa y 107 adolescentes controles no participantes extraídos al azar de los mismos centros de salud. Se parearon ambos grupos según distribución en las variables de: edad de la joven en rangos, nivel socioeconómico, apoyo de la pareja y el nivel educacional al momento del embarazo. Se encontró que un 56,3 % de las adolescentes del programa permaneció dentro del sistema escolar o se reinsertó en él después del nacimiento de su hijo, mientras que sólo el 34,5% de las adolescentes del grupo control lo hicieron. Esta diferencia fue significativa estadísticamente ($p=0,001$). 3. Efecto <u>del acompañamiento durante el trabajo de parto (doula) sobre la satisfacción de la experiencia de parto</u> . Realizada durante el 2006 y 2007 por evaluador externo (Sra. Valeria Ramírez) en base a 80 casos controles extraída de centros de salud de la comuna y 80 participantes del programa (sobre un total de 90), que pudieron ser contactadas y que cumplían los requisitos de haber tenido acompañamiento durante el trabajo de parto y tener parto fisiológico (condición para poder entrar con doula en el hospital). Se controlaron las siguientes variables que podían incidir en el grado de satisfacción del parto independiente de la presencia de doula (variables intervinientes): edad de la adolescente al momento del parto, edad del hijo al momento de la entrevista, apoyo de la pareja, evaluación de la atención recibida por parte de los profesionales de la maternidad, uso de fórceps, y apego con recién nacido al momento del nacimiento. Se encontró que la presencia de una doula incidió significativamente en reducir la percepción de dolor durante el trabajo de parto, el parto y el índice de temor experimentado. También se observó una mayor percepción de facilidad del parto en el grupo con doula, alcanzando significación estadística. Por lo tanto se concluyó que el acompañamiento de una doula conocida previamente y capacitada incidía en una evaluación más favorable de la experiencia de parto, contribuyendo esto a una humanización de la experiencia.				
23. Nombre de persona de contacto de la intervención				
Carmen Larraín Campbell, (directora general programa) Erika Kopplin (Directora Ejecutiva)				
Mail	info@emprendemama.cl			
Teléfonos	3350081 - 2314772			

10. PROGRAMA: ESTUDIO MULTI-CÉNTRICO PARA LA EVALUACIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO EN PROCESOS DE INSTITUCIONALIZACIÓN Y ADOPCIÓN

1. Área de la intervención	Prevención en salud mental	X	Promoción en salud mental	X
2. Nombre de la intervención/programa		Estudio multi-céntrico para la evaluación, intervención y seguimiento en procesos de institucionalización y adopción.		
3. Población blanco	Los participantes del estudio fueron bebés que se encuentran en situación de institucionalización o en situación de familias de acogida, y que fueron evaluados en dos momentos en el tiempo. Los bebés fueron captados a través de la red Sename, La Fundación San José para la Adopción Cristiana y la Fundación Chilena de la Adopción. Del mismo modo, se evaluaron bebés de diversas regiones de Chile.			
4. Objetivos	<p>1.- Objetivos generales -Implementar un estudio multicéntrico, para evaluar, intervenir y realizar seguimientos, en el proceso de adopción, investigando desde los primeros meses de vida de los bebés.</p> <p>2.- Objetivos específicos 2.1.- Conocer el estado de la salud mental y psico-afectiva de los bebés que se encuentran en situación de institucionalización, desde sus primeros meses de vida, evaluando su calidad de apego, temperamento, desarrollo psicomotor y sintomatología general. 2.2.- Evaluar el impacto de una intervención temprana breve en la salud mental de los bebés institucionalizados (y posteriormente adoptados), desde sus primeros meses de vida. 2.3.- Analizar las variables familiares, psico-sociales e institucionales que puedan incidir en el desarrollo sano o alterado y en los posteriores procesos de adopción.</p>			
5. Breve resumen de la intervención				
<p>Intervención para fomentar en las cuidadoras conocimientos y habilidades que ayuden a desarrollar un apego más seguro en los bebés. Consiste en la capacitación a las cuidadoras sobre aspectos de cómo desarrollar mejores habilidades para relacionarse y conocer a los bebés. Se realiza una capacitación de parte de las evaluadoras y se hace entrega de un manual donde se explicitaban todos los aspectos tratados en la capacitación (<i>Manual de Intervención Temprana para Bebés en Situaciones de Riesgo</i>). Ambas intervenciones se encuentran manualizadas, y han sido una creación del equipo de investigación de la Unidad de Intervención Temprana (UIT) de la Universidad del Desarrollo. Además se les solicitó a las tías completar una <i>Hoja de Registro de Intervención</i> de modo de evaluar el nivel de motivación, aplicación y comprensión del manual.</p> <p>Las evaluadoras realizaban seguimientos continuos para acoger dudas, comentarios, críticas, etc. La duración de esta etapa de intervención fue de aproximadamente dos meses.</p> <p>Más específicamente, el manual se constituye como un Manual de Estimulación Socio-Afectiva que contempla una serie de conocimientos y actividades para evaluar: 1) habilidades básicas (mirada-vocalización-tacto); 2) habilidades específicas (juego-detección del apego-detección del temperamento).</p>				
6. Palabras claves	Institucionalización - Intervención Temprana – Estimulación Socio-afectiva			
7. Contexto de la intervención				
<p>Bebés que se encuentran en situación de institucionalización o en situación de familias de acogida, y que fueron evaluados en dos momentos en el tiempo. Los bebés fueron captados a través de la red Sename, La Fundación san José para la Adopción Cristiana y la Fundación Chilena de la Adopción. Del mismo modo, se evaluaron bebés de diversas regiones de Chile (Talca, Osorno, Temuco, Concepción, La Serena, Curicó, y Rengo).</p> <p>Los bebés fueron captados por la Red Sename, y se escribieron cartas de consentimiento y permiso para</p>				

cada centro.					
8. ¿La intervención ha sido replicada?	SI		NO	X	
9. ¿La intervención está manualizada?	SI	X	NO		
10. El manual de la intervención tiene...	Derechos reservados	X	Domino público		
11. ¿Presentó la intervención efectos no esperados?					
12. Breve historia de la implementación					
13. Costos de la intervención (monto estimativo en pesos) 16. Costos estimados totales: \$6.400.000 17. Costos por unidad de intervención (Individual, familiar, grupal):					
14. Financiamiento de la intervención					
1. Público	SENAME				
2. Privado					
15. Categoría IOM , la intervención fue aplicada a grupos según factores de riesgo:					
Nivel Universal (población general, comunidad o escuela)					
Nivel Selectivo (población que presenta factores de riesgo conocidos)					
Nivel Indicado (población que presenta un alto riesgo o problemas/enfermedad)	X				
16. Fechas de la intervención					
17. fecha de la primera aplicación	Marzo 2005				
18. fecha de la última aplicación	Noviembre 2005				
17. Evaluación de impacto de la intervención (cuenta con algún estudio de resultados)				SI	X
18. Tipo de diseño de evaluación					
Cualitativo		Cuantitativo	X		
Estudio experimental	X				
Estudio cuasiexperimental					
Estudio de cohortes					
Estudio de asociación o correlación					
Estudio descriptivos					
Otro...					

19. ¿Cuentan con publicaciones de resultados?	SI		NO	X
20. Referencia de la publicación:				
21. ¿Anexa copia?	SI		NO	
<p>22. Breve resumen de resultados principales</p> <p>En la primera evaluación, se encontró que la proporción de apegos seguros era de 37,2% y la de apegos inseguros de 46,2% evidenciando una tendencia más alta hacia el apego inseguro en niños institucionalizados.</p> <p>Analizando los 50 bebés de la segunda evaluación, se encontró una proporción similar, en donde el 46,6% tenía apego seguro y el 53,3% apego inseguro, aumentando muy levemente la proporción de apegos de tipo inseguro.</p> <p>Utilizando el modelo de cuatro categorías, los resultados muestran que el 37,2% presenta un apego seguro, el 42,3% un apego evitante, el 1,3% un apego ambivalente, y el 2,6% de apego desorganizado, mostrando un alta representación de los estilos evitante en las muestras de niños institucionalizados.</p> <p>Analizando los 50 bebés de la segunda evaluación, encontramos proporciones similares (con un leve, pero no significativo aumento), en donde el 46,6% presenta un apego seguro, el 48,8% apego evitante, el 2,2% apego ambivalente, y el 2,2% un apego desorganizado.</p> <p>b.- <i>Objetivo específico 2:</i> Evaluar el impacto de una intervención temprana breve en la salud mental de los bebés institucionalizados (y posteriormente adoptados), desde sus primeros meses de vida. El análisis se realizará de acuerdo a verificar si existen cambios significativos pre y post, en las variables del apego, el desarrollo psicomotor,</p> <p>2.1- <u>En relación al apego.</u> Se mantiene la hipótesis nula de igualdad de proporciones entre los casos de apego (seguro-inseguro) antes y después del tratamiento, lo que significa que no se observan cambios en el apego entre las fases pre y post-tratamiento, utilizando la categorización dicotómica. En este caso, ocurre una situación similar que en el contraste anterior, es decir, se mantiene la hipótesis nula que señala que las proporciones entre los distintos tipos de apego se mantienen antes y después del tratamiento. Por lo tanto, no existen diferencias estadísticamente significativas entre el apego antes y después.</p> <p>2.2.- <u>Con relación al desarrollo psicomotor.</u> De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la prueba t para muestras dependientes, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en el desarrollo psicomotor entre las condiciones pre tratamiento y postratamiento ($t = -0.971$; $\alpha = 0.337$). De igual modo, el grado de asociación entre ambas, tampoco resulta estadísticamente significativo ($r = -0.114$; $\alpha = 0.437$). Por lo tanto, la intervención no parece tener un efecto en el desarrollo psicomotor de los bebés.</p> <p>2.3.- <u>Con relación al temperamento y la conducta general.</u> De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la prueba t para muestras dependientes, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en la variable temperamento a partir de las 4 escalas que contiene la prueba para su evaluación entre las condiciones pre tratamiento y postratamiento (PRE-POSTRES $t = -3.273$, $\alpha = 0.002$; PRE-SOTORIENTAR $t = -4.779$, $\alpha = 0.000$; PRE-POSTNIVELACT $t = -4.301$, $\alpha = 0.000$ y, PRE-POSTREACT $t = -2.973$, $\alpha = 0.005$). De igual modo, el grado de asociación entre las escalas, resulta estadísticamente significativo con ($r_1 = 0.399$, $\alpha = 0.005$; $r_2 = 0.308$, $\alpha = 0.031$; $r_3 = 0.288$, $\alpha = 0.045$; $r_4 = 0.518$, $\alpha = 0.000$ respectivamente). Esto puede evidenciar que el tratamiento pudo haber influido en alguna mejora de los niveles de respuesta social, orientación, actividad y reactividad.</p> <p>2.4.- <u>Con relación a la salud mental</u> De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la prueba t para muestras dependientes, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en salud mental entre las condiciones pre tratamiento y postratamiento ($t = -0.2611$; $\alpha = 0.795$). De igual modo, el grado de asociación entre ambas, tampoco resulta estadísticamente significativo ($r = 0.106$; $\alpha = 0.465$). Es oportuno señalar en todo caso que, la media pre es menor en 0.3000 que la media post y que el intervalo de confianza de las diferencias fluctúa al 95% entre -2.6119 y 2.0119.</p> <p>C.- <i>Objetivo específico 3:</i> Analizar las variables familiares, psico-sociales e institucionales que puedan incidir en el desarrollo sano o alterado y en los posteriores procesos de adopción.</p> <p>Para analizar este objetivo, se ejecutaron posibles asociaciones de las variables estudiadas con el objetivo de comprender e identificar algunos factores que puedan estar incidiendo en los resultados encontrados.</p>				

3.1.- Con respecto a la asociación entre apego y temperamento.

De acuerdo con los niveles de medición de las variables, se calculó el estadístico eta (varianza explicada de temperamento (nivel intercalar) a partir de apego (variables a nivel nominal). Este estadístico sólo se describe en términos de varianza explicada y no como el grado de asociación.

Según los valores en apego y temperamento en la etapa pre-tratamiento, la proporción de varianza explicada es de 0.5580 (se ubica dentro del rango mínimo exigido para los estudios en Psicología (según García 2004), lo cual hace suponer la existencia de un grado de variación de una a partir de la otra mínimo (lo cual no es sinónimo de linealidad, es decir, valores bajos con bajos, medios-medios, altos-altos). Es decir, existe un grado de asociación entre el apego seguro-inseguro de los niños y su temperamento y conducta general. Esta misma asociación se mantiene en las medidas post-tratamiento, en donde la proporción de varianza explicada es de 0.5271 se ubica dentro del rango mínimo exigido para los estudios en Psicología según García 2004), lo cual hace suponer la existencia de un grado de variación de una a partir de la otra mínimo.

3.2.- Apego y desarrollo psicomotor.

Según los valores en apego y desarrollo psicomotor en la etapa pre-tratamiento, la proporción de varianza explicada es de 0.6790 se ubica dentro del rango mínimo exigido para los estudios en Psicología (según García 2004), lo cual hace suponer la existencia de un grado de variación de una a partir de la otra mínimo. Es decir, que existiría una asociación en términos de variación conjunta entre la calidad del apego y el nivel de desarrollo psicomotor. Esta misma tendencia se observa en las medidas post-tratamiento, en donde la proporción de varianza explicada es de 0.3969 se ubica bajo del rango mínimo exigido para los estudios en Psicología según García 2004), lo cual hace suponer la existencia de un grado de variación de una a partir de la otra muy bajo.

Según los valores en apego y salud mental en la etapa pre-tratamiento, la proporción de varianza explicada es de 0.1918 se ubica bajo del rango mínimo exigido para los estudios en Psicología según García 2004), lo cual hace suponer la existencia de un grado de variación de una a partir de la otra muy bajo.

El resto de la asociación de las variables no mostró asociaciones significativas, y algunas veces contradictorias.

Antes de evaluar diferencias por centros, se evaluaron los análisis de los supuestos de la prueba ANOVA (Normalidad y Homogeneidad de Varianzas) para comparar las diferencias entre tres o más grupos en las variables Desarrollo Psicomotor Post (DPP), Temperamento Post (TP) y Salud Mental Post (SMP). Con relación a la normalidad de las puntuaciones se observa que sólo la variable salud mental post se ajusta a ella ($Zk-s=1.235$; $\alpha= 0.095$). Las otras dos variables que no se ajustan, se analizan más abajo mediante pruebas no paramétricas.

En cuanto a la igualdad de varianzas de error, ninguna de las tres se ajusta a la condición de homogeneidad. Por lo tanto, sobre la base de estos datos y los referidos a la Normalidad, la variable Salud Mental Post se analizará con los procedimientos robustos de Brown-Forsythe (BF) y de Welch (W). Estos son procedimientos alternativos a la prueba F sin asumir homogeneidad de varianzas, aunque sus resultados se distribuyen asintóticamente como una distribución F.

Los datos muestran que con los dos estadísticos, se mantiene la hipótesis nula que señala que hay igualdad en los indicadores de salud mental entre los niños de los tres centros evaluados (BF= 0.654; $\alpha = 0.547$; W=0.639; $\alpha = 0.543$). Esto significa que no hay diferencias en las tres instituciones de adopción, con relación a la salud mental.

Con relación al desarrollo psicomotor y temperamento.

Para evaluar las diferencias en las variables Desarrollo Psicomotor y temperamento, se utiliza el contraste no paramétrico H de Kruskal Wallis (Alternativo al ANOVA cuando se incumple la normalidad y homogeneidad). En este caso, se observan diferencias estadísticamente significativas sólo en la variable desarrollo psicomotor ($\chi^2= 8.267$; $\alpha= 0.016$). A partir de los valores de las medias (rango promedio), es posible inferir que las diferencias a favor se encuentran en la Fundación Chilena de la Adopción. En cuanto a la variable Temperamento Post, se acepta la hipótesis nula que señala que los indicadores encontrados en los centros no difieren estadísticamente entre sí.

22. Nombre de persona de contacto de la intervención		Felipe Lecannelier A.
Mail	flecannelier@udd.cl	
Teléfonos	2999170	

11. PROGRAMA: “PROGRAMA DE VISITAS DOMICILIARIAS EDUCATIVAS A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA”

1. Área de la Intervención	Prevención en salud mental	X	Promoción en salud mental	X
2. Nombre de la Intervención/Programa	“Programa de Visitas Domiciliarias Educativas a la adolescente embarazada”			
3. Población blanco	Madres y padres adolescentes y sus hijos/as.			
4. Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el nivel de salud mental, estado nutricional y compatibilización entre la maternidad y las tareas propias de la etapa del ciclo vital, alcanzado por las jóvenes que recibieron visitas domiciliarias, en comparación con las adolescentes del grupo control. • Potenciar el desarrollo del lenguaje en los/as hijos/as de las adolescentes del grupo experimental, en comparación con los/as niños/as del grupo que no recibió visitas. • Determinar la efectividad del Programa Educativo mediante Visitas Domiciliarias y el programa regular del Centro de Salud Familiar El Roble y el Consultorio Santo Tomás, para adolescentes embarazadas. • Desarrollar y publicar artículos relacionados con el tema. • Evaluar la satisfacción de las adolescentes embarazadas usuarias del programa de visitas domiciliarias. 			
5. Breve Resumen de la Intervención				
<p>Con el objetivo de abordar la problemática del embarazo adolescente de manera integral, se implementó un programa de Educación para la Promoción y Prevención de la Salud, destinado a madres adolescentes y sus hijos/as, a través de la estrategia de Visitas Domiciliarias. Estas visitas fueron llevadas a cabo por monitoras pertenecientes al área de la salud de la comunidad, que atendían a las jóvenes en sus hogares, en forma periódica. A través del Programa de Visitas se buscó fortalecer la salud física y mental de la díada madre-hijo/a, de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorando la calidad del embarazo. • Estimulando el desarrollo psicomotor del niño o niña • Potenciando el rol de las jóvenes como mujer, madre y adolescente • Mejorando las redes de apoyo. <p>Para el desarrollo de lo anterior, se trabajó en conjunto con los consultorios El Roble y Santo Tomás de La Pintana, comuna que presenta una prevalencia de embarazo adolescente mayor al índice nacional y donde predomina un nivel socioeconómico bajo, condición que se asocia a un mayor índice de fertilidad en adolescentes.</p> <p>Se evaluó el costo efectividad del programa implementado en comparación con el programa regular dado por los consultorios El Roble y Santo Tomás, a las madres adolescentes.</p> <p>Los principales resultados obtenidos evidencian que los objetivos planteados por el programa fueron alcanzados en forma satisfactoria y oportuna. Entre los logros obtenidos destacan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mejoramiento del nivel de salud mental, estado nutricional y compatibilización entre la maternidad y las tareas propias de la etapa del ciclo vital, alcanzado por las jóvenes que recibieron visitas domiciliarias, en comparación con las adolescentes del grupo control. 2) Aumento en el nivel de desarrollo del lenguaje en los/as hijos/as de las adolescentes del grupo experimental, en comparación con los/as niños/as del grupo que no recibió visitas. <p>Este proyecto logró favorecer la formación teórico-práctica de recursos humanos, en el ámbito de la investigación y la evaluación en Psicología. Además, ha permitido profundizar el abordaje y entendimiento</p>				

del embarazo adolescente desde una perspectiva integral, donde se trabaja no sólo en aspectos centrados a la maternidad, sino también favoreciendo el trabajo con aspectos subjetivos de la madre, incluyendo la figura del padre, que en general, no es tomada en cuenta. Desde esta perspectiva, el trabajo desarrollado en este proyecto, en particular, la elaboración de material educativo "Construyendo nuestro ser mujer, adolescente y madre", será complementado con el Manual para el trabajo con padres adolescentes, con el fin de sistematizar la labor realizada y ofrecer a la comunidad, una herramienta que sirva de guía metodológica para trabajar el tema de la paternidad y maternidad adolescente, desde la perspectiva de la educación para la promoción y prevención en salud.

El programa de Visitas Domiciliarias fue efectivo al propiciar un mayor nivel de salud mental, un mejor estado nutricional, un afrontamiento positivo del presente y la conciliación más adecuada del rol de madre con las tareas propias del ciclo vital, por parte de las jóvenes del grupo experimental, así como un mayor nivel de desarrollo del lenguaje en sus hijos/as. Este resultado puede atribuirse a la interacción establecida entre la adolescente y la monitora de salud.

Esta relación ofreció a las jóvenes un espacio de contención, donde pudieron plantear sus inquietudes y trabajar en la búsqueda de soluciones a sus dificultades, muchas de ellas surgidas producto de su maternidad, que las enfrentó a la pérdida de su juventud, de su libertad individual, al cambio de planes, a la aparición de tareas propias de la adultez, a cambios de domicilio, entre otras. Asimismo, en la interacción con la monitora, pudieron encontrar la validación de su experiencia y el reconocimiento de sus habilidades. Por su parte, el diálogo y el acompañamiento, en un contexto de apoyo y orientación, habrían sido las herramientas que permitieron a las jóvenes poner en palabras y elaborar los pensamientos y emociones asociadas tanto a su maternidad como a su etapa adolescente. Esto les habría ayudado a ganar mayor control sobre los eventos que estaban sucediendo en su vida, haciéndolas sentir capaces de manejar dificultades y de aprovechar oportunidades.

Lo anterior se habría traducido en:

- Una disminución de la sintomatología ansioso-depresiva.
- En la integración de la maternidad de manera más adecuada en su proyecto de vida y en su etapa del ciclo vital.
- En la manifestación de conductas de autocuidado, como la mantención de una alimentación equilibrada, que se reflejó en el mejor nivel del estado nutricional.
- La promoción de una interacción positiva de las jóvenes con las personas significativas que las rodean, lo que tuvo un impacto favorable en dos ámbitos: potenciando la interacción entre las jóvenes y sus hijos/as, que a nivel de resultados se evidenció en un mayor desarrollo del lenguaje de estos niños/as y favoreciendo la interacción entre las adolescentes y su familia y pareja, lo que les permitió conciliar de manera más adecuada sus tareas como madres con su etapa del ciclo vital, al contar con mayor apoyo.

En términos de costos, el hecho que las visitas domiciliarias permitan mejorar el nivel de salud mental de las adolescentes resulta relevante dado que estudios en Chile han establecido que la primera causa de Años de Vida Saludables Perdidos por Mortalidad y Discapacidad (AVISA), son los trastornos depresivos, que corresponden a la enfermedad psiquiátrica más frecuente en las mujeres entre 15-44 años de edad. En este sentido, el Programa de visitas permite disminuir los gastos gubernamentales en el largo plazo, producto de una mejora actual en el nivel de salud mental de las jóvenes, ya que probablemente se reducirían los costos a nivel de atención primaria y secundaria de salud, y a que no disminuiría su productividad laboral debido a cuadros ansiosos depresivos.

Finalmente, es importante destacar que se cuenta por primera vez en nuestro país con un estudio experimental de tipo ensayo clínico controlado y randomizado, donde se evalúa el costo-efectividad de una estrategia educativa que aborda el embarazo adolescente de manera integral. Los resultados avalan la necesidad de continuar en esta línea de trabajo como, asimismo, asignar importancia al trabajo con agentes comunitarios, que no sólo resultan un recurso más económico sino que, además, permiten aprovechar los recursos de la comunidad y acercar el sistema de salud público a sus miembros. A esto se suma el resultado obtenido a nivel de mejora en el nivel de salud mental de las jóvenes que recibieron las visitas domiciliarias, que se traduce en beneficios para ellas a nivel personal y familiar, así como en ahorro a mediano y largo plazo para el sistema de salud de Chile.

7. ¿La Intervención ha sido replicada?	SI	X	NO	
8. ¿La Intervención está	SI		NO	

manualizada?								
9. El Manual de la intervención tiene...	Derechos reservados			Domino público				
<p>10. Resultados obtenidos</p> <p>1) Nivel de salud física de la madre, en ambos programas. Se establecieron tres enfermedades trazadoras para evaluar el estado de salud física en las adolescentes: el síndrome hipertensivo del embarazo (SHE), anemia y bajo peso. Los resultados obtenidos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> El SHE se presentó en tres adolescentes del grupo control y tres del grupo experimental. Dado el reducido número de diagnósticos no se contrastó diferencias a través de pruebas estadísticas. La anemia se presentó en el 35,56% de las adolescentes del grupo experimental y en el 46,67% de las adolescentes del grupo control. Al contrastarse las diferencias de proporciones, el valor $z=1.07$ tiene una $p.= 0.1423$, lo que indica que no hay diferencias significativas en la prevalencia de anemia entre ambos grupos. El estado nutricional de las adolescentes se obtuvo desglosando el análisis de la siguiente forma: el 51.11% de las adolescentes que recibieron visitas domiciliarias, presentó un estado nutricional normal, el 22.22%, bajo peso y el 26.67%, un peso superior al normal. Por su parte, en el grupo control el 26.67% de las adolescentes presentó un peso normal, un 31.11%, un peso inferior al esperado, y el 42.23%, un peso superior a lo normal. Al constatar estadísticamente las diferencia de frecuencia de las adolescentes con peso normal respecto de aquellas con peso alterado por grupos (ya sea bajo o sobre peso), a través de la prueba de chi cuadrado, se obtuvo un valor $\chi^2 = 5.657$ (1 gl. N= 90), cuya probabilidad fue $p.= 0.02$, concluyéndose que las adolescentes del grupo experimental evidencian con mayor frecuencia un peso dentro de la normalidad en comparación con las jóvenes del grupo control, quienes tienen problemas de peso con mayor frecuencia, sean éstos asociados al bajo o sobre peso. <p>2) Nivel de salud física del hijo/a, en ambos programas. Se establecieron tres enfermedades trazadoras para evaluar el estado de salud física de los niños/as: bronconeumonía, desnutrición y diarrea. Los resultados obtenidos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> La Bronconeumonía se presentó en dos niños/as del grupo control y dos del grupo experimental. Dada la equivalencia de ambos grupos y el reducido número de diagnósticos, no se contrastó diferencias a través de pruebas estadísticas. Además de lo anterior, se contrastaron dos enfermedades respiratorias adicionales: el síndrome bronquial obstructivo (S.B.O.) por episodios y recurrente, en sus grados leve y moderado y la infección respiratoria aguda alta (IRA-alta). Para contrastar las diferencias de los episodios de S.B.O. leve entre los grupos, se utilizó la prueba de Mann-Whitney, cuyo valor $U= 942.00$, valor $z= -0.026$, tienen una probabilidad $p.= 0.979$, concluyéndose que no existen diferencias entre los grupos respecto a la reiteración del cuadro. Para contrastar las diferencias de los episodios de S.B.O. moderado entre los grupos, se utilizó la prueba de Mann-Whitney, cuyo valor $U= 865.00$, valor $z= -1.548$, tienen una probabilidad $p.= 0.122$, indicando que no existen diferencias entre los grupos respecto a la reiteración del cuadro. El S.B.O recurrente, en su grado leve, se presentó en el 15,56% de los niños/as cuyas madres recibieron visitas domiciliarias, y en el 7,14% de los niños/as del grupo control. Al analizar estadísticamente las diferencias de frecuencias de la enfermedad a través de la prueba chi-cuadrado, utilizando la Corrección de Continuidad de Yates, su valor de 0.789 (1gl. N=87), $p=0.372$, se concluye que no existen diferencias en la frecuencia de la aparición del cuadro S.B.O. recurrente leve entre ambos grupos. El S.B.O recurrente, en su grado moderado se presentó en el 2% de los niños/as cuyas madres recibieron visitas domiciliarias, y en el 7,14% de los niños/as del grupo control. Al analizar estadísticamente las diferencias de frecuencias del cuadro a través de la prueba chi-cuadrado, utilizando la Corrección de Continuidad de Yates, su valor de 0.340 (1gl. N=87), $p=0.560$, se concluye que no existen diferencias en la frecuencia de la aparición del cuadro S.B.O. recurrente moderado entre ambos grupos. Para contrastar las diferencias de los episodios de la Infección Respiratorio Aguda-Alta entre los grupos se utilizó la prueba de Mann-Whitney, cuyo valor $U= 907.00$, valor $z= -0.330$, tienen una probabilidad $p.= 0.741$, concluyéndose que no existen 								

diferencias entre los grupos respecto a la reiteración del cuadro.

- Respecto al estado nutricional, el 48.90% de los niños/as del grupo experimental presentó un estado nutricional normal, el 8.90 %, bajo peso (desnutrición y riesgo de desnutrición) y el 42.22%, un peso superior al normal. En el grupo control, el 45.20% de los niños/as presentó un peso normal, un 16.67%, un peso inferior al esperado, y un 39.08%, un peso superior al esperado. Al analizar estadísticamente las diferencias en el peso, a través del chi-cuadrado, su valor de 1.193 (2 *gl.*, N= 87), $p.=0.551$, se concluye que no existen diferencias en las frecuencias de los estados nutricionales de los niños/as entre ambos grupos.
- En cuanto al Síndrome Diarreico Agudo (S.D.A), fue analizado con y sin deshidratación. El primero, no se encontró en los niños/as de ambos grupos. El S.D.A. sin deshidratación se presentó en el 11.08% (5 casos de 45 niños/as) de los niños/as del grupo experimental, y en el 9.52% (4 casos de 42 niños/as) de los niños/as del grupo control. No se contrastó estadísticamente las diferencias dado el N reducido de los casos.

3) Nivel de salud mental de la madre, en ambos programas. La salud mental de las adolescentes fue medida con la escala de salud de Goldberg. El promedio obtenido por las adolescentes del grupo que recibió visitas domiciliarias, alcanzó los 10.93 puntos, con una desviación estándar de 5.58 puntos, mientras que en el grupo control, el promedio alcanzó los 13.84 puntos, con una desviación estándar de 6.99 puntos. Al contrastar las diferencias de promedios a través de la prueba t – Student, cuyos valores $t.= -2.196$, 89 *gl.*, $p.= 0.031$, se observa que existen diferencias significativas entre ambos grupo. En particular, las jóvenes que recibieron el programa de visitas domiciliarias evidenciaron un mejor nivel de salud mental que las adolescentes del grupo control. Paralelamente, se midió el funcionamiento familiar, estableciéndose un perfil por áreas que se contrastó a través de MANOVA, comparando ambos grupos. Al contrastar estadísticamente los promedios del conjunto de variables (cada factor de la prueba se consideró como una variable dependiente) a través de MANOVA, utilizando el criterio propuesto por Lambda de Wilks, se acepta la hipótesis nula de igualdad entre los grupos ($F= 0.599$, 7 y 83 *gl.*, $p.= 0.755$) para el conjunto de las variables dependientes medidas. Es decir, el perfil de funcionamiento familiar entre ambos grupos es similar. Al analizar cada una de las variables por separado a través de la prueba Intersujetos de MANOVA, se obtiene para el factor Tipo de Relaciones $F=0.764$ (1 y 89 *gl.*), $p.= 0.384$, Estilo de Afrontamiento de Problemas $F=0.00$ (1 y 89 *gl.*), $p.= 0.984$, Fuentes de Apoyo del Adolescente $F=2.754$ (1 y 89 *gl.*), $p.=0.101$, Valores $F=0.001$ (1 y 89 *gl.*), $p.=0.979$, Satisfacción $F=2.078$ (1 y 89 *gl.*), $p.= 0.153$, Acumulación de tensiones $F=0.024$ (1 y 89 *gl.*), $p.= 0.878$ y Problemas de Salud y Comportamiento $F=0.002$ (1 y 89 *gl.*), $p.=.0.964$. Lo anterior indica que no existen diferencias entre los grupos respecto de las variables medidas. Por su parte, los resultados cualitativos indican que las adolescentes que recibieron visitas domiciliarias han integrado de manera más adecuada su maternidad, logrando una mejor conciliación entre esta y la etapa del ciclo vital en que se encuentran. Lo anterior, junto a la actitud de entendimiento de su familia, le permite afrontar con calma el futuro, aprovechando su moratoria psicosocial. Por el contrario, las jóvenes del grupo control enfrentan con mayor ansiedad el futuro, producto del apremio económico y la necesidad de trabajar para mantener a su hijo/a. Por esto, se ven más activas en su búsqueda de alternativas, manifestando una postergación o pérdida de su juventud.

4) Nivel de salud mental del hijo/a, en ambos programas. En el caso de los niños/as, se evaluó el desarrollo psicomotor, a través de la Escala de Desarrollo Psicomotor (EEDP), considerando la medición del coeficiente de desarrollo general y el perfil de funcionamiento por áreas, a saber, desarrollo motor, coordinación, social y lenguaje. El coeficiente de desarrollo general promedio de los hijos/as de las adolescentes que recibieron el programa de visitas es de 1.00, con una desviación estándar de 0.65, mientras que los niños/as del grupo control tuvieron un promedio de 1.03 en su coeficiente de desarrollo, con una desviación estándar de 0.10. Al contrastar las diferencia de promedios a través de una prueba t – student, cuyo valor $t.= -1.464$, 65 *gl.*, N=79., $p.=0.074$, con 1 Cola, indica que no hay diferencias en el nivel promedio de desarrollo psicomotor general de los niños/as de ambos grupos. El funcionamiento por áreas discrimina tres categorías, retraso, normal y sobre la normalidad. Al analizar cada una de ellas, no se encontraron diferencias significativas de frecuencias entre los niños/as pertenecientes a ambos grupos a nivel de desarrollo motor ($\chi_2= .594$, 2 *gl.* N=79, $p= 0.73$). Las áreas de desarrollo lenguaje, coordinación y social fueron contrastadas en dos etapas (dado que las frecuencias obtenidas eran pequeñas): primero, retraso v/s normal y luego normal v/s superior. En el área de coordinación no existen diferencias entre grupo control y experimental al comparar frecuencias entre el nivel de retraso v/s desarrollo normal, dado que el Test Exacto de Fisher indica una probabilidad $p.=0.444$. En la misma área no existen diferencias entre el grupo control y experimental al comparar la frecuencia del desarrollo normal respecto del superior, dado que el valor del chi-cuadrado, utilizando la corrección de

continuidad de Yates, tiene un valor de 0.049, 1 *gl.* N= 79, con una probabilidad $p.= 0.826$. En el área de desarrollo social no existen diferencias de frecuencias entre el grupo control y experimental, al comparar el nivel de retraso en el desarrollo v/s desarrollo normal, dado que el valor de Chi-cuadrado utilizando la Corrección de Continuidad de Yates, alcanza los 2.707 (1 *gl.* N= 79) y su probabilidad $p.= 0.100$. Al comparar el desarrollo normal respecto del superior, el valor chi-cuadrado de 3.362 (1 *gl.*, N=79) tiene una probabilidad $p.=0.067$, por lo que se concluye que no hay diferencias de frecuencias entre grupos. Finalmente, en el área del lenguaje no existen diferencias de frecuencia entre el grupo control y experimental al comparar el nivel de retraso en el desarrollo versus desarrollo normal, dado que el valor de Prueba Exacta indica la probabilidad $p.=0.154$. En la misma área, al comparar el desarrollo normal respecto del superior, se encuentran diferencias estadísticamente significativas (valor chi-cuadrado de 5.845, 1 *gl.* N= 79, $p.=0.016$), que indican que en forma más frecuente los niños/as del grupo cuyas madres recibieron visitas domiciliarias tienen un desarrollo del lenguaje superior a los niños/as del grupo control. Finalmente, se evaluaron indicadores de maltrato y negligencia utilizados por los respectivos centros de salud. Sin embargo, en el caso de ambas muestras del estudio no se detectaron casos.

Frente a las hipótesis que no se cumplieron, se puede plantear que esto pudo deberse a problemas metodológicos y no necesariamente a la falta de efectividad del Programa de Visitas Domiciliarias. Por ejemplo, en el caso de los indicadores de maltrato y negligencia, no hubo diferencia entre grupos dado que no se registraron casos, lo que resulta coherente con el bajo nivel de registro y de reporte que se da a nivel de atención de salud. Por su parte, en el área de funcionamiento familiar, tampoco hubo diferencias entre los grupos, pudiendo plantearse que la prueba aplicada para medir esta variable (¿Cómo es Tu familia?) no fue la más adecuada, debido a su carácter general y a que requiere que las jóvenes hayan permanecido al menos un año dentro de un mismo núcleo familiar, lo que en el caso de las participantes, no se cumple, ya que presentan un alto índice de rotación y cambio de domicilio (30% del total de la muestra), sumado al cambio de configuración familiar producto del nacimiento de su hijo/a. Finalmente, en el caso de la evaluación de salud física de la adolescente y su hijo/a, en ocasiones no se encontraron diferencias, debido al bajo número eventos sucedidos.

A modo de síntesis, se puede plantear el Programa de Visitas Domiciliarias fue efectivo al propiciar un mayor nivel de salud mental, un mejor estado nutricional, un afrontamiento positivo del presente y la conciliación más adecuada del rol de madre con las tareas propias del ciclo vital, por parte de las jóvenes del grupo experimental, así como un mayor nivel de desarrollo del lenguaje en sus hijos/as.

11. Breve historia de la Implementación

Para la implementación de este proyecto se utilizó un diseño experimental de tipo ensayo clínico controlado y randomizado. La muestra fue conformada por 50 jóvenes en el grupo experimental que recibieron, además de los programas regulares de los consultorios, Visitas Domiciliarias desde el tercer trimestre de embarazo hasta los 9 meses de vida de su hijo/a, en promedio, mientras que el grupo control fue formado por 50 jóvenes embarazadas que solo recibieron los programas de los consultorios. La mortalidad experimental fue menor al 10%.

La efectividad del programa se determinó a través de los indicadores arrojados por las mediciones regulares que se realizan en los consultorios, más instrumentos cuantitativos y cualitativos que permitieron evaluar el nivel de salud física y mental de la diada. Por su parte, los costos del programa de Visitas y del programa regular de los consultorios se determinaron a través del registro y valorización de todas las acciones y tiempos que tomaron estas, de acuerdo a los registros de ambos consultorios. Finalmente, se determinó el costo unitario de ambos programas, utilizando análisis incremental.

En términos generales, el proyecto se desarrollo de la siguiente manera:

- 1) **Diseño:** Para evaluar la costo-efectividad del programa de Visitas Domiciliarias Educativas a la adolescente embarazada se utilizó un diseño experimental de tipo ensayo clínico controlado y randomizado con mediciones pre, en el transcurso y post intervención.
- 2) **Recolección de datos:** La estrategia de recolección de datos incluyó el uso de técnicas específicas en diversos momentos de la intervención, tal como se detalla a continuación:

- **Evaluaciones a la adolescente:**

- a) **Evaluación de salud física:** realizada por el equipo médico durante el embarazo, puerperio y lactancia, que incluyó: control prenatal y consulta de morbilidad. La recolección de estos datos se hizo de manera retrospectiva, a través de la revisión de fichas clínicas de las adolescentes, una vez que habían sido evaluadas en el período post intervención.

b) **Evaluación de salud mental:** realizada a través de: Cuestionario de Salud de Goldberg, que permite detectar síntomas ansioso depresivos y Entrevista semiestructurada, que abordó temas tales como: autoconcepto, identidad, apoyo social, tareas del desarrollo y proyecto de vida, considerando el impacto de la maternidad sobre cada uno de estos aspectos. Estas evaluaciones se realizaron en el período pre y post intervención.

c) **Evaluación de funcionamiento familiar:** realizada a través del Cuestionario ¿Cómo es tu familia?, que evalúa el funcionamiento, estructura, interacción, y factores de riesgo de la familia de la adolescentes. Esta evaluación se realizó en el período pre y post intervención.

- **Evaluaciones al niño/a:**

a) **Evaluación de la salud física del niño/a:** realizada por el equipo médico y que incluyó: control del niño/a, consulta de morbilidad y consulta kinésica. La recolección de estos datos se hizo de manera retrospectiva, a través de la revisión de fichas clínicas de los niños/as, una vez que sus madres habían sido evaluadas en el período post intervención.

b) **Evaluación de Desarrollo Psicomotor:** realizada por enfermeras de los consultorios, a través de la aplicación de la Escala de Desarrollo Psicomotor, a partir del año de edad del niño/a. A estas evaluaciones se suma la consulta social, realizada en los consultorios durante todo el programa, destinada a detectar maltrato y/o negligencia.

- **Medición de costos:** Se consideraron tanto los costos ligados a las acciones de salud como los asociados a labores de apoyo logístico y administrativo. Para identificar y medir estos costos, se registraron todas las acciones realizadas tanto a la adolescente como a su hijo/a, de acuerdo a los registros de ambos consultorios. Además se consideró como costos unitarios los del sistema de atención primaria de la comuna de La Pintana.

3) Análisis de datos:

- **Análisis Cuantitativo:** Los datos de frecuencia de las enfermedades trazadoras fueron obtenidos a través de la revisión de fichas clínicas de las adolescentes y sus hijos/as, en los consultorios en que se atendían. A la par, se registró el desempeño de estos últimos en la Escala de Desarrollo Psicomotor, utilizada dentro del programa habitual de control de los consultorios. Además, se aplicó el test de Goldberg y Cuestionario ¿Cómo es tu familia? a las adolescentes. Los datos fueron reportados en términos descriptivos, usando frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Además, se analizaron las diferencias entre los grupos experimental y control en términos inferenciales con un $\alpha=0.05$, utilizándose:

- (a) pruebas no paramétricas, tales como: contraste de proporciones, Prueba Exacta de Fisher, Chi cuadrado (con o sin corrección de continuidad de Yates) y *U* Mann Whitney.
- (b) pruebas paramétricas, específicamente: *t* de Student y MANOVA, según los niveles de medición y especificaciones que cada una de las prueba requiere.

Para el análisis de costo-efectividad, se utilizó una modalidad de análisis incremental, que permitió determinar los costos y efectos incrementales de la intervención experimental y compararlos con los del programa regular de los consultorios.

- **Análisis Cuantitativo:** Los datos obtenidos a través de la entrevista, se analizaron de acuerdo a los procedimientos de la Grounded Theory, que permitieron generar categorías y establecer relaciones entre ellas.

12. Costos de la Intervención (monto estimativo en pesos)

Costo programa de atención habitual de los consultorios: \$ 30 070,76 por día.

Costo programa de visita domiciliaria: \$ 53 554,49.

Costo incremental unitario del programa de visita comparado con la atención habitual: \$ 23 483,73 por día.

13. Financiamiento de la Intervención					
1. Público					
2. Privado					
14. Categoría IOM, la intervención fue aplicada a grupos según factores de riesgo:					
Nivel Universal					
Nivel Selectivo	X				
Nivel Indicado					
15. Fechas de la intervención					
fecha de la primera aplicación	2003				
fecha de la última aplicación					
16. Evaluación de Impacto de la Intervención (cuenta con algún estudio de resultados)				SI X	NO
17. Tipo de Diseño de evaluación					
Cualitativo		Cuantitativo	X		
Estudio experimental					
Estudio cuasiexperimental					
Estudio de cohortes	X				
Estudio de asociación o correlación					
Estudio descriptivos					
Otro...					
18. ¿Cuentan con publicaciones de resultados?				SI X	NO
19. Referencia de la publicación:					
Salvatierra, L.; Aracena, M. "Evaluación de efectividad de un programa de educación para la salud dirigido a adolescentes embarazadas". Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Social Comunitaria. Pontificia Universidad Católica de Chile.					
20. ¿Anexa copia?	SI		NO	X	
21. Referencia					

Singh, S. & Wulf, D. (1990). "Adolescentes de hoy, padres mañana: un perfil para las amélicas". New York: The Alan Guttmacher Institute.
Strauss, A. L. & Corbin, J. (1990). "Basic of qualitative research". London: Sage.
Hamel, P. (1992). "El embarazo adolescente: un problema social". En: Seminario Embarazo en Adolescentes (pp. 17 - 28). Santiago: UNICEF & SERNAM.
Aracena, M. (2005) "Informe final Proyecto Fondecyt Regular". Santiago.

Páginas Web	
-------------	--

ANEXO 6: PROGRAMAS INTERNACIONALES EN SALUD MENTAL EN FAMILIAS CON NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS

1. PROGRAMA: "EARLY HEAD START"

1. Área de la Intervención	Prevención en salud mental	X	Promoción en salud mental	X
2. Nombre de la Intervención/Programa		"Early Head Start"		
3. Población blanco	Familias de bajos recursos económicos (con un ingreso familiar total igual o por debajo de las pautas de pobreza federal) y con una mujer embarazada o un niño menor de un año de edad viviendo en el hogar.			
4. Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el crecimiento físico, intelectual, social y emocional de los niños/as pertenecientes al programa, preparándolos para el crecimiento, desarrollo y éxito académico futuros. • Apoyar a los padres en su rol de cuidador primario y educador de sus hijos/as, logrando la autosuficiencia mediante una amplia variedad de intervenciones. • Fortalecer la red de apoyo comunitaria para las familias con niños/as pequeños. • Formar un personal altamente entrenado, compasivo y adecuadamente compensado. • Contribuir al conocimiento, políticas y práctica local, estatal y nacional. 			
5. Breve Resumen de la Intervención				
<p>El programa "Early Head Start" es un programa basado en la comunidad, financiado por el gobierno federal, para familias de bajos ingresos con bebés y niños pequeños y mujeres embarazadas. Early Head Start evolucionó de los programas Head Start, centrados en proporcionar servicios a bebés y niños pequeños a través de Centros de Padres y Niños, Centros de Desarrollo Global del Niño (Comprehensive Child Development Centers - CCDP) y los programas para Familias Migratorias de Head Start.</p> <p>El organismo encargado del programa es el Early Head Start National Resource Center (EHS NRC), creado en 1995 por el <u>Office of Head Start</u>, y la Administration for Children, Youth and Families - ACYF (Administración para Niños, Jóvenes y Familias). Es operado actualmente por <u>ZERO TO THREE (CERO A TRES)</u> en Washington, DC, en colaboración con <u>WestEd</u> de Sausalito, California.</p> <p>El programa se centra, principalmente, en promover resultados prenatales saludables para la mujer embarazada, en estimular el desarrollo infantil y promover un funcionamiento familiar saludable.</p> <p>"Early Head Start" es un programa completo, que proporciona educación para los padres, cuidado para los niños, oportunidades sociales, instrucción individualizada, asistencia médica, dental, nutricional y evaluaciones de lenguaje para niños desde el nacimiento hasta los 3 años de edad. Además brinda apoyo y cuidado a madres embarazadas. Al menos el 10% de los participantes en el programa son niños/as con alguna incapacidad.</p> <p>"Early Head Start" consiste en tres tipos de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El programa basado en clase, disponible para niños/as que necesitan cuidados especiales todo el día durante todo el año. • Servicios para madres embarazadas, donde un instructor o una enfermera realiza visitas domiciliarias en forma semanal para darle atención a asuntos de salud, físicos y mentales. Este entrenamiento esta orientado a que la madre aprenda a cuidarse ella misma y a cuidar de su bebé que va a nacer. • Visitas domiciliarias semanales, destinadas a niños/as desde el nacimiento hasta los 3 años de edad. En estas visitas, de 90 minutos de duración, se brinda atención al desarrollo, nutrición y salud del niño, se capacita a la familia en el uso de materiales para la estimulación emocional y cognitiva del niño/a y se conecta a la familia con servicios comunitarios de apoyo, que puedan brindarle un ambiente estable y de crecimiento. 				

El foco principal del programa es asistir a las familias en el logro de sus metas personales, y en el proceso de alcanzar la autosuficiencia. Es a partir de esto que el programa "Early Head Start" busca colaborar con agencias de servicios sociales de la comunidad para alcanzar las metas iniciadas por la familia.

Para esto utiliza variadas estrategias destinadas a proveer un variado rango de servicios. Las características estándar de los programas desarrollados a partir del Early Head Start estipulan que los programas deben proveer un servicio de alta calidad a través de:

- La entrega de servicios destinados a la comprensión del desarrollo infantil,
- La realización de visitas domiciliarias, cuidado infantil, manejo de casos, educación a los padres, cuidados médicos y apoyo familiar.

Los programas seleccionan formalmente un modelo del programa, los cuales pueden ser: basado en el hogar, basada en el centro, o una combinación de las dos (un acercamiento mixto)

7. ¿La Intervención ha sido replicada?	SI	X	NO	
8. ¿La Intervención está manualizada?	SI	X	NO	
9. El Manual de la intervención tiene...	Derechos reservados		Domino público	X

10. Resultados obtenidos

Los resultados generales obtenidos a partir de las investigaciones y evaluaciones del programa "Early Head Start" han concluido que el programa ha logrado establecer diferencias positivas en áreas asociadas con el éxito escolar en los niños/as, la autoeficacia de las familias y en el apoyo parental en el desarrollo infantil.

Luego de algunas evaluaciones al programa, fue posible encontrar los siguientes resultados:

- Los niños y niñas que participaron en el programa mostraron mayores avances que sus compañeros durante el jardín infantil. Luego de un tiempo, presentaron mayores posibilidades de graduarse de la educación secundaria y asistir, posteriormente, a la universidad.
- Luego de una evaluación a largo plazo, presentaron un bajo índice de actos delictivos al llegar a la adultez.

Los niños y niñas pertenecientes al programa "Early Head Start" obtienen evaluaciones positivas en mediciones de desarrollo cognitivo, socio-emocional y del lenguaje. Por otro lado, sus padres obtienen una puntuación significativamente alta en las mediciones sobre ambiente familiar, comportamiento parental y conocimiento sobre desarrollo infantil. A las familias del programa les es más fácil entender y aplicar los entrenamientos sobre reducción de estrés parental y conflicto familiar.

Además de lo anterior, se han obtenido resultados específicos sobre el desarrollo futuro el niño/a, tales como:

- Los niños/as de 2 años de edad pertenecientes al programa, obtienen mejores puntajes en pruebas estandarizadas del desarrollo cognitivo infantil que el grupo control, y sus padres ha reportado un mayor vocabulario y el uso de más frases gramaticalmente complejas.
- El ambiente hogareño de estos niños/as fue más eficiente en el apoyo y la estimulación cognitiva, el desarrollo del lenguaje y la capacidad literaria. Los padres de los niños/as pertenecientes al programa utilizaban métodos de estimulación, como leerle a sus hijos/as diariamente, especialmente a la hora de dormir. Todo esto fue evaluado a través de evaluaciones basadas en la observación, utilizando escalas estandarizadas.
- Luego de su participación en el programa, las madres fueron más contenedoras, más sensibles, menos ausentes, y fueron capaces de dedicar más tiempo a la estimulación del desarrollo cognitivo y lingüístico. Las intervenciones implementadas para alcanzar los resultados anteriores estuvieron basadas en las observaciones realizadas por los investigadores sobre la relación padre/hijo/a.
- Las madres del programa "Early Head Start" reportaron golpear menos a sus hijos que las del grupo control (47% vs. 54%) y describieron la utilización de técnicas disciplinarias más suaves.
- A partir de lo reportado por los padres, los niños/as del programa "Early Head Start" exhibieron menores niveles de comportamientos agresivos (M: 10.6; con puntaje máximo posible de 38), que los niños/as del grupo control (M: 11.3).

11. Breve historia de la Implementación

La etapa de planificación inicial del programa "Early Head Start" (EHS) comienza durante el proceso de solicitud de la implementación del programa. Las actividades realizadas durante este proceso, requieren una revisión minuciosa y el conocimiento de las normas de ejecución de programas Head Start. Estas actividades deben incluir la contribución de los padres, los consejeros políticos, los miembros de la comunidad y el personal que estará a cargo de la implementación del programa. Todos los concesionarios del programa EHS tienen derecho a un periodo de hasta 12 meses para la realización de la planificación inicial. El objetivo es que el programa esté operando a cabalidad un año después de la fecha en que se otorgó la concesión.

Cuatro pasos relacionados con la etapa de planificación inicial:

1) Uso de la red de apoyo del programa

Los nuevos concesionarios del programa EHS que reciben financiamiento tienen varios recursos a su disposición para apoyar sus esfuerzos iniciales. Estos recursos esenciales son:

- **Especialista en programas federales:** Los especialistas en programas federales ayudan a tomar decisiones de financiamiento, aprueban cambios a los programas, hacen los arreglos necesarios para obtener asistencia técnica y atienden a los programas para asegurar que cumplan las Normas de Ejecución de Programas Head Start.
- **Planificador Inicial:** La contratación de un Planificador Inicial o consultor ha sido útil para varios de estos programas. Un buen planificador puede ser decisivo para facilitar el proceso inicial, ya que puede asegurar que el programa cumpla las normas de ejecución y que elabore políticas y procedimientos apropiados.
- **Especialistas en bebés y niños menores de tres años de los centros de mejoramiento de calidad:** El programa Head Start tiene un extenso sistema de asistencia técnica. Cada región geográfica debe tener Centros de Mejoramiento de Calidad que proporcionen adiestramiento y asistencia técnica a los programas que dan servicios a niños con impedimentos o rezago en el desarrollo y un Centro de Mejoramiento de Calidad que ofrezca adiestramiento y asistencia técnica en las demás áreas de servicios de programa y administrativos de Head Start. Estos centros deben contar con especialistas en bebés y niños menores de tres años que provean asistencia técnica en el lugar, acceso a consultores locales y adiestramiento regional.
- **Centro de recursos nacionales "Early Head Start":** Centro responsable de proveer el adiestramiento y la asistencia técnica a nivel nacional a todos los programas EHS.
- **Centros EHS Vecinos y Programas Head Start Locales:** Programas EHS financiados y desarrollados anteriormente y que ya se han enfrentado a las dificultades propias de la implementación del programa.
- **Organismos locales de intervención temprana:** Por lo menos un 10% de los participantes del programa deben ser bebés y niños pequeños con rezago en el desarrollo, por lo que los concesionarios deben establecer relaciones y convenios con proveedores locales de servicio de intervención temprana, para evitar la duplicación de esfuerzos y establecer una estrategia de servicios coordinados. Es importante que el personal del programa EHS evalúe los asuntos de inclusión.
- **Alianzas comunitarias:** Los programas EHS no pueden satisfacer las necesidades de todas las familias. Los organismos comunitarios pueden ser valiosos recursos al elaborar planes para satisfacer dichas necesidades. Las empresas locales también son aliados potenciales de su programa y representan recursos valiosos. La comunidad de cuidado infantil también será un aliado importante. Es importante que estas relaciones se establezcan en las primeras etapas de la fase de planificación.

2) Revisión y desarrollo de sistemas y procedimientos administrativos.

Todos los solicitantes de subvenciones EHS deben tener sistemas y procedimientos administrativos clave. Para recibir una concesión de EHS, los solicitantes deberán proveer los servicios de conformidad con los reglamentos de Head Start. Los sistemas, procedimientos y datos clave que deben guiar el diseño del programa son:

- **Estudio de la comunidad:** Instrumento que permite evaluar si el programa cumple con satisfacer las necesidades de las familias de las comunidades locales. El estudio de la comunidad permite a los programas determinar sus prioridades, metas y recursos y sirve de base para establecer relaciones y colaborar con los aliados comunitarios. La revisión del estudio debe llevarse a cabo a intervalos regulares para asegurar que los servicios sigan siendo acordes a las necesidades y recursos de la comunidad.
- **Planes escritos:** material que muestra cómo el programa pretende apoyar a sus participantes y cómo se llevará a cabo su implementación. Estos planes incluyen metas de programa, objetivos y resultados para los niños y las familias. El proceso de elaboración de los planes escritos puede ser definido por el concesionario, sin embargo, los grupos de políticas, los padres de familia y los miembros de la comunidad deben participar en este proceso.
- **Procedimientos de comunicación:** Al elaborar los planes de un programa EHS, es importante asegurar que los participantes clave (padres de familia, integrantes del grupo de políticas, personal y aliados comunitarios) tengan la oportunidad de compartir sus ideas. Además deben ser informados de las operaciones en curso. Para esto, los elaboradores de programas deben establecer mecanismos comunicacionales que logren la participación eficaz de estas personas.
- **Estructura organizacional:** Antes de la contratación de personal, es necesario elaborar un perfil de cargo que especifique el tipo de personal requerido, el número de personas necesarias para cada puesto y las líneas de

supervisión. Cada programa debe desarrollar una estructura organizacional que le permita alcanzar las metas y los objetivos estipulados en los planes escritos.

3) Preparación para las actividades del programa.

Algunas de las actividades de implementación más importantes que deben considerarse son:

- La contratación de personal.
- El inicio de actividades de desarrollo de personal.
- La preparación de los establecimientos.
- La identificación de la estrategia curricular.
- Asegurar que los aliados comunitarios estén listos para recibir a las familias.
- Reclutar e inscribir familias.

4) Provisión de servicios después del período de 12 meses.

Durante todo el proceso anteriormente descrito ocurrirán múltiples cambios. La capacidad para adaptarse a ellos es un factor fundamental para el éxito del programa. Los equipos de trabajo deben desarrollar, por una parte, mecanismos que les permitan evaluar su eficacia para así ir ajustando sus servicios, y por otra; flexibilidad para adaptarse. Los sistemas específicos que deben contemplarse en esta etapa son:

- a) Plan de adiestramiento: Este plan debe desarrollarse luego de la contratación del personal y la selección de los niños/as. Incluye la evaluación del personal y de las metas y necesidades del programa, el desarrollo y la implementación de un plan de adiestramiento y la evaluación del proceso.
- b) Mejoramiento continuo: Este proceso permite evaluar el impacto que el programa tiene en la población y realizar los ajustes necesarios a los servicios otorgados. Además, es posible comprobar si los integrantes del equipo cumplen con los reglamentos federales aplicables. Para este proceso es posible solicitar la ayuda de un evaluador local para que examine la información cualitativa y cuantitativa del programa.

12. Costos de la Intervención (monto estimativo en pesos)

Costos estimados totales: US\$ 7.9 millones de dólares (\$173 millones de pesos), aproximadamente US\$ 7.222 por niño.

13. Financiamiento de la Intervención

1. Público

2. Privado

14. Categoría IOM, la intervención fue aplicada a grupos según factores de riesgo: (marque X el nivel que corresponda y describa brevemente)

Nivel Universal

Nivel Selectivo

Nivel Indicado

15. Fechas de la intervención

19. fecha de la primera aplicación

1995

20. fecha de la última aplicación

En continua aplicación

16. Evaluación de Impacto de la Intervención (cuenta con algún estudio de resultados)

SI

NO

17. Tipo de Diseño de evaluación				
Cualitativo		Cuantitativo		X
Estudio experimental				
Estudio cuasiexperimental				
Estudio de cohortes		X		
Estudio de asociación o correlación				
Estudio descriptivos				
Otro...				
18. ¿Cuentan con publicaciones de resultados?				
	SI	X	NO	
19. Referencia de la publicación:				
<p>Love, J.; Eliason, E.; Ross C.; Raikes, H.; Constantine, J.; Boller, K.; Brooks-Gunn, J.; Chazan-Cohen, R.; Banks, L.; Brady-Smith, C.; Sidle Fuligni, A.; Schochet, P.; Paulsell, D.; Vogel, C. "The Effectiveness of Early Head Start for 3-Year-Old Children and Their Parents: Lessons for Policy and Programs". Developmental Psychology, American Psychological Association, Vol. 41, No. 6, 885–901. 2005</p>				
20. ¿Anexa copia?				
	SI		NO	
	X			
21. Referencia				
Páginas Web	http://www.ehsnrc.org/ www.headstartinfo.org			

2. PROGRAMA: "THE ELMIRA PRENATAL/EARLY INFANCY PROJECT"

1. Área de la Intervención	Prevención en salud mental	X	Promoción en salud mental	X
2. Nombre de la Intervención/Programa	"The Elmira Prenatal/Early Infancy Project"			
3. Población blanco	Mujeres primigestas, menores de 19 años, en situación de madre soltera o de mala situación socioeconómica.			
4. Objetivos	<p>El proyecto tuvo tres objetivos centrales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover el comportamiento prenatal saludable, con el objetivo de prevenir el bajo peso al nacer y los partos prematuros. 2. Mejorar la calidad del cuidado proporcionado al niño/a, centrándose en la promoción de la conducta responsable y sensible de los padres ante las señales de sus hijos/as, lo que estimula el desarrollo de un vínculo saludable entre la madre y el niño/a. 3. Mejorar el desarrollo personal de la mujer, ayudándolas en la planificación de sus futuros embarazos, completando su educación y motivándolas a la búsqueda de empleo. 			
5. Breve Resumen de la Intervención	<p>Elmeira Project fue uno de los primeros programas de prevención primaria destinado al abuso infantil y la negligencia, que demostró los beneficios socioeconómicos de la intervención temprana. El programa, realizado en Elmira, una zona rural de New York State, fue destinado a mujeres primigestas, las cuales fueron evaluadas en consultas obstétricas privadas y en clínicas prenatales gratuitas. Se incluyó al protocolo de la investigación a las mujeres menores de 19 años, a las embarazadas que planeaban ser madres solteras o a aquellas que se encontraban en mala situación socioeconómica. La intervención central del programa fue la realización de visitas domiciliarias por enfermeras, las cuales proporcionaban educación a los padres con el objetivo de fortalecer su vínculo tanto con las redes de apoyo formales como con las informales.</p>			
7. ¿La Intervención ha sido replicada?	SI	X	NO	
8. ¿La Intervención está manualizada?	SI	X	NO	
9. El Manual de la intervención tiene...	Derechos reservados	X	Domino público	
10. Resultados obtenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres que recibieron visitas domiciliarias durante el embarazo mejoraron su dieta, disminuyeron el consumo de tabaco y disminuyeron los partos prematuros. • Las adolescentes más jóvenes que recibieron visita domiciliaria tuvieron niños/as que fueron aproximadamente 400 gramos más pesados que los del grupo control. • Las mujeres en los grupos de visita domiciliaria reportaron menos incidentes de abuso infantil a las agencias de servicio social, que las mujeres no visitadas. • Las madres del grupo control reportaron menos visitas a salas de emergencia con sus hijos/as entre los 25 y los 50 meses de edad (0.89 vs. 1.39) • Los resultados fueron vueltos a evaluar luego de que el niño/a cumplió los 2 años de edad, y se encontró que el 4% de las mujeres en el programa de visita domiciliaria había reportado algún episodio de maltrato, a diferencia de un 9% en las mujeres que no recibieron visita domiciliaria. • Los niños/as de las mujeres intervenidas reportaron un menor porcentaje de arrestos a la edad de 15 años que los de las mujeres del grupo control (0.16% vs. 0.27%). 			

11. Breve historia de la Implementación										
En la implementación de "Elmira Project" 400 familias participaron en la evaluación. Los participantes fueron divididos equitativamente en varios sub-grupos de acuerdo a sus factores de riesgo. Los dos grupos de interés fueron el grupo del programa, compuesto por 116 madres que recibieron visita domiciliaria durante el embarazo y los primeros 2 años de vida de sus hijos/as y un grupo control de 184 mujeres, que no recibieron ninguna intervención. Las visitas fueron realizadas por enfermeras profesionales, que visitaban al grupo intervenido en su hogar aproximadamente 9 veces durante el embarazo, por alrededor de una hora y luego unas 23 veces adicionales, hasta el segundo cumpleaños del niño/a. Durante estas visitas las enfermeras promovían el buen funcionamiento materno, conductas saludables relacionadas, el cuidado apropiado y el auto-desarrollo materno (planificación familiar, educación y empleo). Las madres y sus hijos/as fueron evaluados a intervalos de 4 o 6 meses durante los primeros 4 años del niño/a, y luego cuando éste cumplió los 15 años.										
12. Costos de la Intervención (monto estimativo en pesos)										
El costo del programa, por niño, fue de U\$ 6,083 (\$3.163.160 aproximadamente)										
13. Financiamiento de la Intervención										
1. Público		<input checked="" type="checkbox"/>								
2. Privado										
14. Categoría IOM , la intervención fue aplicada a grupos según factores de riesgo:										
Nivel Universal										
Nivel Selectivo		<input checked="" type="checkbox"/>								
Nivel Indicado										
15. Fechas de la intervención										
21. fecha de la primera aplicación				1978						
22. fecha de la última aplicación				1997						
16. Evaluación de Impacto de la Intervención (cuenta con algún estudio de resultados)							SI		NO	
							<input checked="" type="checkbox"/>			
17. Tipo de Diseño de evaluación										
Cualitativo		Cuantitativo						<input checked="" type="checkbox"/>		
Estudio experimental										
Estudio cuasiexperimental										
Estudio de cohortes				<input checked="" type="checkbox"/>						
Estudio de asociación o correlación										
Estudio descriptivos										

Otro...			
18. ¿Cuentan con publicaciones de resultados?		SI X	NO
19. Referencia de la publicación: Olds, Davis: "Calculation of the costs and benefits of the Elmira Prenatal/Early Infancy Project", 1993.			
20. ¿Anexa copia?	SI X	NO	
21. Referencia			
Páginas Web	http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR898/MR-898.AppA.pdf		

3. PROGRAMA: "EARLY EXCELLENCE CENTRE"

1. Área de la Intervención	Prevención en salud mental	X	Promoción en salud mental	X
2. Nombre de la Intervención/Programa	"Early Excellence Centre"			
3. Población blanco	<ul style="list-style-type: none"> Niñas y niños menores de 5 años que viven en barrios de bajos ingresos y sus familias. 			
4. Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Invertir en el desarrollo de los futuros estudiantes para mejorar su nivel de aprendizaje y sus logros. Incrementar las oportunidades, el apoyo familiar, reducir la exclusión y la pobreza infantil. 			
5. Breve Resumen de la Intervención				
<p>El programa piloto del centro "Early Excellence" fue llevado a cabo en el año 1997. Desde este año hasta el año 1999 se designaron centros piloto en Inglaterra con el objetivo de aumentar las oportunidades, apoyar a las familias, reducir la exclusión social, mejorar la salud del país y disminuir la pobreza infantil. "Early Excellence" ofrece la oportunidad de que las familias accedan a un sistema de cuidado integral de niños/as y a educación de alta calidad, a través de diversos centros que funcionan de forma conectada. Así, "Early Excellence" es un programa de educación en la infancia temprana para niños y niñas menores de cinco años que asisten a las escuelas de los barrios de bajos ingresos de Denver. El objetivo del programa es ayudar a los niños/as pequeños/as y a sus familias a prepararse para la escuela, con el fin de que los niños aprendan más y tengan más éxito. En base a los datos obtenidos acerca de los barrios y a las investigaciones sobre el desarrollo infantil en la infancia temprana, las escuelas en las que se ofrece "Early Excellence" proporcionan una variedad de actividades para los niños/as y las familias. El personal de estas escuelas planea e implementa el programa en colaboración con los padres, los líderes de la comunidad y las guarderías. En cada una de estas escuelas hay un director que está a cargo de administrar el programa. Todas las semanas, Early Excellence ofrece programas como los siguientes en forma gratuita:</p> <ul style="list-style-type: none"> Grupos de juego. Paseos. Seminarios de educación para los padres y cuidadores. Educación complementaria para la infancia temprana. Visitas domiciliaria. Intercambio de libros y juguetes. Visitas a las clases del jardín infantil. <p>"Early Excellence" se basa en la idea de que el aprendizaje comienza en el momento del nacimiento. Los padres son los primeros y los mejores maestros que tiene un niño/a. El objetivo de este programa es ayudar a los padres a preparar a sus hijos para empezar la escuela. El programa alienta a los padres a hacer cuatro cosas sencillas para preparar a sus hijos para asistir a la escuela: hablar, leer, jugar y darles amor.</p>				
7. ¿La Intervención ha sido replicada?	SI	X	NO	
8. ¿La Intervención está manualizada?	SI	X	NO	
9. El Manual de la intervención tiene...	Derechos reservados		Domino público	X
10. Resultados obtenidos				

Beneficios para los niños/as:

- Mejoramiento de las competencias sociales y emocionales (3 de cada 4 casos estudiados).
- Mejoramiento del desarrollo cognitivo, particularmente de las habilidades lingüísticas.
- Identificación e intervención temprana en necesidades especiales de los niños/as.
- Mejoramiento del bienestar físico,

Beneficios para los padres y la familia:

- Mejoramiento de la relación entre los miembros de la familia (9 de cada 10 casos estudiados).
- Reducción del aislamiento y aumento de la participación en actividades sociales (2 de cada 3 casos estudiados).
- Mejoramiento de las habilidades parentales.
- Disminución del estrés y mejoramiento de la salud mental (50% de los casos)
- Aumento en la autoestima y la confianza (2 de cada 3 casos estudiados)
- Aumento de la empleabilidad y reducción de la dependencia a beneficios.
- Reducción de los quiebres familiares.

23. Breve historia de la Implementación

El programa piloto de Early Excellence fue seleccionado luego de un exhaustivo proceso destinado a alcanzar calidad e integración de sus servicios. Los centros que entregan estos servicios varían enormemente en el número de niños/as y adultos que participan. Esta diferencia se ve reflejada en el número de profesionales que trabajan en dichos centros. Algunos de los servicios que estos centros deben otorgar son:

- Cuidado infantil integral.
- Educación en salud.
- Entrenamiento para padres y otros miembros de la comunidad.
- Entrenamiento para profesionales de la infancia temprana.

Sin embargo, la entrega de servicios de guardería durante todo el día y la educación temprana son el trabajo central de los "Centros Early Excellence", siendo los niños/as de 3 a 4 años el grupo de la población al cual se le destinan más horas de trabajo.

12. Costos de la Intervención (monto estimativo en pesos)

Costo total: £600,000 al año (costo calculado en libras al año 2002)

Costo por niño: £4 por hora de servicio (costo calculado en libras al año 2002).

Costo por adulto: £10.40 por hora de servicio (costo calculado en libras al año 2002).

13. Financiamiento de la Intervención

1. Público

X

2. Privado

X

14. Categoría IOM, la intervención fue aplicada a grupos según factores de riesgo:

Nivel Universal

Nivel Selectivo

X

Nivel Indicado

15. Fechas de la intervención				
Fecha de la primera aplicación	1997 a 1999			
Fecha de la última aplicación	En continua aplicación			
16. Evaluación de Impacto de la Intervención (cuenta con algún estudio de resultados)			SI X	NO
17. Tipo de Diseño de evaluación				
Cualitativo		Cuantitativo	X	
Estudio experimental				
Estudio cuasiexperimental				
Estudio de cohortes		X		
Estudio de asociación o correlación				
Estudio descriptivos				
Otro...				
18. ¿Cuentan con publicaciones de resultados?			SI X	NO
19. Referencia de la publicación (si marcó si en anterior):				
Tony Bertram, Christine Pascal, Sophia Bokhari, Mike Gasper & Sally Holtermann: "Early Excellence Centre Pilot Programme Second Evaluation Report 2000-2001". Centre for Research in Early Childhood St. Thomas Centre, Birmingham, 2002				
20. ¿Anexa copia?	SI X		NO	
21. Referencia				
Páginas Web / Contactos	http://www.earlyexcellence.com/			