

# Impacto en desarrollo en adolescentes en vulnerabilidad social

Adolescent development impact of social vulnerability

Paz Robledo Hoecker<sup>1</sup>

## RESUMEN

---

**L**a pobreza económica, social y cultural es altamente negativa para el desarrollo humano, pues afecta la calidad de vida y bienestar de la población en general, pero particularmente devastadora en las primeras etapas de la vida cuando se espera el crecimiento y desarrollo de las personas.

Se revisa sistemáticamente la literatura centrada en desarrollo adolescente y el efecto de la pobreza y exclusión social, de manera de comprender y acompañar adecuadamente a este grupo poblacional, tanto a nivel individual como poblacional.

**Palabras clave:** *Adolescentes, pobreza exclusión social*

## SUMMARY

---

Economic, social and cultural poverty is highly negative for human development, since it affects the quality of life and well-being of the population in general, but particularly devastating in early life stages of life when the growth and development of people is expected.

Literature focusing on adolescent growth and development and the effect of poverty and social exclusion are systematically reviewed, in order to adequately understand and accompany this population group, both individually and populationally.

**Keywords:** *Adolescents, poverty, social exclusion*

## METODOLOGÍA

---

### Revisión sistemática

Selección de los estudios y estrategias de búsquedas.

Los artículos de la presente revisión se identificaron a través de la búsqueda automatizada en la base de datos de los motores de búsqueda de Google Scholar y Medline, a los que se añadieron artículos propios y los aportados por red internacional de profesionales que trabajan con adolescentes y jóvenes (redadoles-cenciaooglegroups.com). La revisión se realizó desde marzo a julio 2019.

Se combinaron las palabras claves; crecimiento y desarrollo adolescente, en hombres y en mujeres, pobreza, exclusión social, vulnerabilidad, trabajo infantil, riesgo social, riesgo biológico, riesgo psicológico.

Para la búsqueda de bibliografía se utilizaron los siguientes métodos:

- Análisis de documentos, que permitió extraer información relevante
- Síntesis de la información que permitió el orden y combinación de la información extraída.

Se revisaron 368 publicaciones, de los cuales fueron pertinentes para el objetivo de la revisión, 77.

## ANTECEDENTES

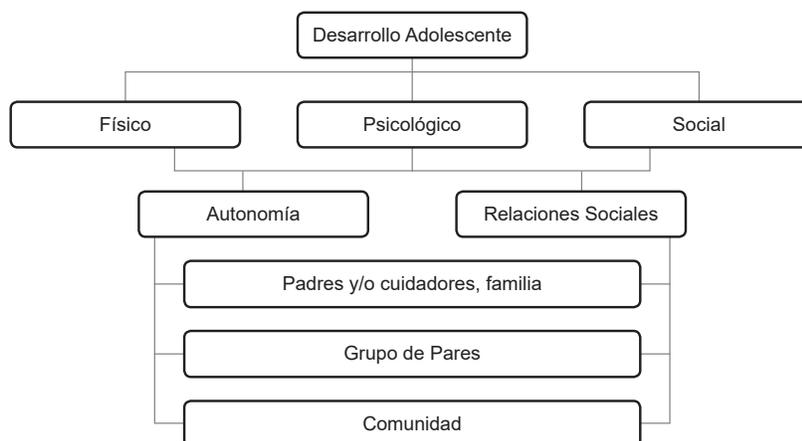
---

La noción y el enfoque de pobreza es ampliamente usado en Latinoamérica para denotar situaciones de carencia e insatisfacción de necesidades (materiales e inmateriales) en que viven individuos, hogares

Recibido el 11 de julio de 2019. Aceptado el 19 de noviembre de 2019

<sup>1</sup> Médica-Pediatra especialista en adolescentes. Correspondencia a: pachirobledo@gmail.com

El esquema de análisis del desarrollo adolescente utilizado fue el siguiente:



Fuente: Elaboración propia 2019

y grupos de población. En general este enfoque ha tenido una impronta económica, relacionando necesidades, recursos disponibles (principalmente ingresos o activos equivalentes) y nivel de vida observado (Buzzo 2005).

Pero la pobreza es un fenómeno complejo que se relaciona no sólo con las necesidades básicas de las personas, sino, especialmente con sus aspiraciones y con su dignidad.

Son diversas las formas en que se puede entender este concepto, según el mecanismo con que se defina el umbral de bienestar o según la(s) dimensión(es) que se use(n) como indicador(es) de dicho bienestar.

La pobreza no es sólo una cuestión de recursos económicos, es un fenómeno multidimensional que considera tanto la falta de ingresos como la privación continua o crónica de las condiciones básicas para el desarrollo de capacidades (Hogar de Cristo 2017).

Éstas incluyen privaciones en distintas dimensiones, tales como: educación, salud, vivienda, empleo, empoderamiento, cultura, discriminación, seguridad personal, y muchas otras que difícilmente pueden ser identificadas y medidas por un sólo indicador, como el de ingresos (Hogar de Cristo 2017).

La pobreza tiene diversas consecuencias: problemas de salud (física y mental), exclusión escolar, precariedad laboral, discriminación y estigma, exposición a riesgos, mala calidad de viviendas, segregación territorial, precario acceso a la salud, estrés, inseguridad, ansiedad (Hogar de Cristo 2017).

Se sabe que los niños, niñas y adolescentes que

viven en situación de pobreza se ven particular y desproporcionadamente expuestos a experiencias adversas (Bonnano 2004). Las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia son altamente inhabilitantes. Estos eventos como experiencias que causan reacciones extremas de estrés (físicas y/o psicológicas), tienen efectos adversos y perdurables en el bienestar físico, social, emocional de la persona (Bonnano 2004)

La pobreza se caracteriza por la falta de voz, la humillación, la reducción de la dignidad y la autoestima (Hogar de Cristo 2017).

385 millones de niños, niñas y adolescentes en el mundo viven en situación de pobreza extrema, medida según niveles de ingresos (Unicef 2016).

En Latinoamérica la pobreza extrema alcanzó el año 2017 el nivel máximo de los últimos diez años, afectando a 62 millones de personas, es decir un 10,2% de la población latinoamericana según datos entregados por Cepal 2018. Según dicho informe, la pobreza ha experimentado un alza en términos absolutos los últimos años, ahora bien, la proporción de pobres se mantuvo, siendo en total 184 millones, lo que representa un 30,2% de la población de Latinoamérica y el Caribe (LAC). Dentro de los países que más redujeron la pobreza entre 2015 y 2017 se encuentra Chile, que pasó de un 13,7% a un 10,7%. Pero por otro lado Brasil, aumentó de un 18,8% a un 19,9%.

También señala el informe que la pobreza en LAC es un 20 % mayor en las zonas rurales y afecta en un 23 % más a las personas indígenas (Cepal 2018).

La tasa de pobreza de niños y adolescentes de LAC es un 19 % mayor que en las personas de 35

a 44 años (Cepal 2018).

Es importante considerar que la mayoría de quienes escaparon de la pobreza en LAC forman parte de una creciente clase media vulnerable (40% de la población). Se enfrentan a un círculo vicioso de empleos de mala calidad, protección social deficiente e ingreso volátil que los deja en condición vulnerable y los pone en riesgo de volver a caer en la pobreza (Cepal 2019).

Este contexto determina precarización laboral de los padres, largas jornadas laborales de referentes adultos, en ciudades segregadas socialmente, que determinan largos tiempos de traslados, con escaso tiempo para la vida familiar. Es así como los adolescentes pasan largos períodos de tiempo sin supervisión y contención parental.

Por otro lado, las comunidades y barrios pobres, mayoritariamente urbanos, han sido fracturados por el narcotráfico, con falta de entornos seguros para su desarrollo recreativo y de inclusión social, donde el rol de las comunidades de salud y educativas de calidad no siempre están disponibles.

Es en este contexto donde transcurren las adolescencias en contextos de pobreza; en soledad y exclusión, generando grados diversos de indefensión.

Desde antes de nacer, la inequidad configura a menudo las posibilidades vitales de las personas pobres y excluidas y sus comunidades.

Las desventajas y la discriminación contra sus comunidades y sus familias contribuirán a determinar si sobreviven o mueren, o si tienen una posibilidad de aprender y ganar más tarde un salario decente.

Los conflictos, las crisis y los desastres relacionados con el clima profundizan sus privaciones y reducen su potencial.

Estas condiciones del entorno configuran relaciones que afectan el adecuado crecimiento y desarrollo de las personas.

El año 2008 habían alrededor de 9,43 millones de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años en trabajo infantil (6.7%) en América Latina y El Caribe, cifra que aumentó ligeramente a 9,63 millones en 2012 (6.8%) (Naciones Unidas 2013).

Especial consideración debemos tener en aquellos adolescentes que sufren mayor riesgo de caer en las peores formas de trabajo infantil, o que se encuentran en otras condiciones de exclusión social como son los que habitan en el ámbito rural o los pertenecientes a minorías, como las minorías sexuales, los adolescentes indígenas, los adolescentes migrantes o los que viven con alguna discapacidad.

Cada año mueren en la Región de las Américas alrededor de 80 000 adolescentes (10-19 años) y 150 000 jóvenes (15-24 años), la mayoría por causas externas y prevenibles (OPS 2018)

En América Latina y el Caribe, los principales factores de riesgo de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en adolescentes jóvenes (10-14 años) durante el 2015 fueron: la malnutrición, el consumo de alcohol y drogas ilícitas, una función renal deficiente y la falta de agua potable, de saneamiento básico y de lavado de las manos (OPS 2018).

Los factores de riesgo más destacados en jóvenes de 15 a 24 años eran el consumo de alcohol y de drogas, los riesgos ocupacionales, las relaciones sexuales sin protección, el abuso sexual y la violencia y la malnutrición (OPS 2018).

Cada año, alrededor de 4 millones de adolescentes de todo el mundo intentan suicidarse. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes (WHO 2001).

En Chile, la mortalidad de los adolescentes por causas externas (accidentes de todo tipo, homicidios y suicidios) ha tenido un preocupante aumento en los últimos años (MINSAL 2013).

Actualmente, las causas externas representan el 60% del total de las muertes en adolescentes (MINSAL 2013).

La tasa de suicidios para los adolescentes de 10 a 19 años aumentó de 5,7 a 7,0 por 100.000 habitantes entre el 2005 y 2010 (MINSAL 2013)

16 millones de niñas adolescentes dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medios. (WHO 2014)

Se estima que tres millones de niñas de 15 a 19 años de edad se someten a abortos inseguros cada año (WHO 2014)

En los países de ingresos bajos y medios, las complicaciones del embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte entre las niñas de 15 a 19 años (WHO 2014)

Las muertes fetales y neonatales son un 50% más altas entre los bebés de madres adolescentes que entre los bebés de mujeres de 20 a 29 años. (WHO 2014)

América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa de fecundidad en adolescentes más alta del mundo, se calcula que entre 2010 y 2015 se produjeron 66,5 nacimientos por cada 1 000 adolescentes de 15 a 19 años, en comparación con 46 nacimientos por cada 1 000 adolescentes en el mismo grupo etario en el resto del mundo. Las tendencias a lo largo del tiempo indican que la tasa de fecundidad en adolescentes se mantuvo estable en América

N° de menores de 18 años que desaparecieron el año 2018	N° de menores de 18 años que desaparecieron los últimos 6 años	% de niños, niñas y adolescentes entre 2 y 17 años tienen alguna discapacidad el año 2015	Adolescentes, entre 12 y 19 años que han sido madres el año 2015
168	1.000	5,8%	7,1%
Fuente: Jopia 2019	Fuente: Jopia 2019	Fuente UNICEF 2018.	Fuente UNICEF 2018.

Latina y el Caribe desde 1990 hasta el 2000, seguido de una tendencia descendente lenta durante los siguientes 15 años. Por el contrario, se ha producido una disminución mucho más marcada en la tasa de fecundidad total en mujeres de grupos de mayor edad en ALC. En la actualidad, cerca del 15% de los embarazos en ALC corresponden a chicas menores de 20 años (OPS 2018).

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayor deserción escolar (Molina 2004; Alonso-Muñoz 2018).

Mientras menor es la mujer adolescente embarazada (especialmente en las menores de 15 años) mayor es la probabilidad que dicha actividad sexual sea abuso sexual (Flasog 2011).

En Chile el año 2020 se estiman 2.525.331 adolescentes de 10 a 19 años de un total de 19.458.310 habitantes, lo que representa el 12,978% de la población de Chile 2020 según las estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050 del INE.

En Chile la exclusión social de niños, niñas y adolescentes se expresa de diversas formas; violencia intrafamiliar, maltrato, negligencia, así como NNA en situación de calle, NNA desaparecidos, en situación de trabajo infantil, y peores formas de trabajo infantil (prostitución forzada, tráfico de mujeres blancas, etc).

En Chile el 18,2% de NNA viven en situación de pobreza por ingresos<sup>2</sup>. Este porcentaje sube a 23,3% si se evalúa como pobreza multidimensional<sup>3</sup> (UNICEF 2018).

15,2% de los hogares con niños, niñas y adolescentes están en situación de pobreza por ingresos que sube a 20,3 cuando se mide pobreza multidimensional; 23,8% de los niños, niñas y adolescentes indígenas vive en situación de pobreza por ingresos y sube 30,9% cuando es pobreza

multidimensional; 17,6% de los niños, niñas y adolescentes inmigrantes viven en situación de pobreza por ingresos que sube a 34,3% cuando es pobreza multidimensional (UNICEF 2018).

Es así como en nuestro país nos encontramos con las siguientes tristes datos

7,1% de las adolescentes, entre 12 y 19 años del año 2015, han sido madres. 90,7% de ellas pertenece al 60% más pobre de la población (UNICEF 2018).

71% de los niños, niñas y adolescente declaran haber sido víctima de algún tipo de violencia por parte de su madre y/o padre. (UNICEF 2012).

Violencia Física Grave por parte madre/padre	Violencia Física Leve por parte madre/padre	Violencia psicológica por parte madre/padre
25,9%	25,6%	19,5%

Fuente UNICEF 2012

Además, se sabe que en los establecimientos educacionales también están expuestos a episodios de violencia;

Estudiantes agredidos en su establecimiento educativo 2 o más veces al año	Estudiantes agredidos físicamente en su establecimiento educativo una o más veces al mes
22,3%	20,2%

Estudiantes entre 7° básico y 3° medio declara haber sufrido un acto de violencia constitutivo de delito

46%<sup>4</sup>

Fuente ENVAE 2014.

Fuente: Encuesta Nacional de Poli-victimización 2017.

Por otro lado, la institucionalidad a cargo de los NNA en Chile, el Servicio Nacional del Menor SENAME el año 2017;

2 Pobreza por ingresos: considera como único indicador el ingreso monetario. Se calcula el valor del ingreso mínimo con el cual una persona puede cubrir todas sus necesidades básicas al mes, sobre la base del costo de una Canasta Básica de Alimentos. El monto del ingreso para considerar si un hogar se encuentra en situación de pobreza varía, dependiendo del número de personas que vive en él, entre \$ 151.669 y \$531.621 (CASEN, 2015).

3 Pobreza multidimensional: se consideran la evaluación de 15 indicadores de las dimensiones de salud, educación, trabajo y seguridad social, vivienda y entorno, y redes y cohesión social, y se establecen umbrales como pisos mínimos que dan cuenta de la satisfacción de dichas necesidades. Una persona está en situación de pobreza multidimensional cuando tiene un 22,5% de incumplimiento de dichos indicadores (CASEN, 2015).

4 Actos constitutivos de delito: robo, ataque físico, rotura de objetos, por ejemplo.

Población atendida por SENAME 2017. N° 243.203 niños, niñas y adolescentes en protección social	92,6% Asisten a Programas Ambulatorios y viven con sus familias
	3,8% Viven en residencias
	3,2% Viven en familias de acogida

Del total de imputados ingresados al Ministerio Público el 2,6% son adolescentes infractores de ley (Ministerio Público 2018).

De los y las adolescentes que han ingresado al sistema penal el 2011 fueron 62.947 y el 2017 fueron 36.083 personas, lo que corresponde a una disminución de 42,7% (Ministerio Público 2017)

El año 2016 17.562 casos nuevos de adolescentes llegaron al sistema de justicia juvenil	65,5% están sujetos a medidas en el medio librev
	23,9% están privados de libertad
	10,5% de los y las adolescentes están sujetos al sistema de salidas alternativas

Fuente: SENAME 2016.

Sobre los datos referentes a niños, niñas y adolescentes en situación de trabajo, Chile cuenta con la Encuesta Nacional sobre Actividades de niños, niñas y adolescentes (EANNA) del año 2012, cuyos principales resultados fueron (EANNA MDS 2012) los siguientes:

El 6,9% de los NNA realizan trabajo infantil, es decir, **229.510** niños, niñas y adolescentes.

De ellos, el 41% tiene entre 5 y 14 años (90.025) y el 59% entre 15 y 17 años (135.485).

El porcentaje de niños ocupados duplica al de las niñas (9,7% y 4,3%) (EANNA 2012).

Los niños, niñas y adolescentes (NNA) en situación de trabajo, residen principalmente en la zona urbana (87,4%), y el 51,1% pertenece a los hogares de los dos primeros quintiles de ingreso (EANNA 2012).

En promedio, los niños trabajan 16,3 horas a la semana. Los datos varían en función de la zona de residencia (urbana/rural), el sexo y del grupo de edad considerado. En las zonas urbanas el promedio de horas a la semana es superior al de las zonas rurales (17,8 vs. 11,3). Los NNA hombres trabajan un promedio de 17,2 horas a la semana en comparación a las 15,2 horas promedio de las mujeres. (EANNA 2012). Los adolescentes ocupados de 15 a 17 años registran un promedio de 22,8 horas de trabajo a la semana, mientras que dicho indicador es de 7,8 horas a la semana para los niños de 5 a 14 años (EANNA 2012).

El 87,7% de la población NNA realiza tareas

domésticas en su propio hogar (2.922.910 NNA), siendo las niñas quienes realizan principalmente estas tareas (91% frente a 84,4% en los niños). Ellas son quienes en mayor proporción dedican 21 horas o más a la semana a desarrollar este tipo de tareas (19% entre 5 y 17 años, 11% entre 5 y 15 años y 33% entre 15 y 17 años), siendo las más perjudicadas las adolescentes mujeres (EANNA 2012).

El 97,7% de los niños entrevistados en la EANNA en situación de trabajo el año 2012 declaró estar asistiendo a clases, en los niños de 5 a 14 años corresponde a 99,5% y en los adolescentes de 15 a 17 años a 92,3% (EANNA 2012)

Aproximadamente el 5,9% de la población de NNA y 9 de cada 10 NNA en trabajo infantil están en trabajo peligroso (191 mil)<sup>5</sup>. El 70,6% del total de NNA en trabajo infantil se encuentra en trabajo peligroso a causa de realizar un oficio clasificado como peligroso, 53,3% por llevar carga pesada y 40,8% por manipular herramientas peligrosas (EANNA 2012)

El 46% de los NNA en trabajo infantil reside en hogares que pertenecen al primer quintil de ingresos y el 23% en hogares que pertenecen al segundo quintil de ingresos, lo anterior significa que el 69% de los niños pertenecen al 40% de los hogares de menores ingresos del país (EANNA 2012)

En los hogares con trabajo infantil los jefes de hogar tienen 8,9 años de educación versus 10,4 años en hogares sin trabajo infantil. Además, en hogares en donde los niños están en trabajo infantil el 19% de los jefes de hogar tienen educación media completa o más, mientras en los hogares sin trabajo infantil el porcentaje sube a 60% (EANNA 2012).

La mayoría de los niños trabajan en el comercio al por menor (86 mil) y la producción agropecuaria (40 mil). Un porcentaje significativo (8,4%, es decir, 19 mil NNA) trabaja en el sector construcción y en servicios domésticos (12 mil; principalmente mujeres). El 44% trabaja para “terceras personas” y el 35% para su familia (EANNA 2012).

El 70,3% de los niños en trabajo infantil declara recibir pago en dinero, con diferencias por grupo de edad y zona de residencia. El 47,2% señala que el pago tiene una frecuencia diaria y el 54% que destina el “pago a cosas personales”. Además, el 42,7% declara que trabaja para tener “su propio dinero” (EANNA 2012).

La asistencia escolar se reduce 9 puntos

<sup>5</sup> Trabajo peligroso se define por su naturaleza (actividad que por sus características intrínsecas representa un riesgo para la salud y desarrollo del niño o adolescente que la realiza) o por las condiciones en las cuales se realiza.

porcentuales (de 98% a 89%) entre los que están en trabajo infantil respecto de los que no trabajan, situación que empeora en el área rural (11 puntos porcentuales de diferencia). La no asistencia escolar llega a 18% entre los adolescentes de 15 a 17 años que están en trabajo infantil (EANNA 2012).

El 41% de los niños en trabajo infantil afirma que su rendimiento educativo es muy bajo, bajo o regular, mientras que entre los que no trabajan este porcentaje se reduce a 27%. Esta situación se agrava entre los niños más pequeños y entre los más pobres (EANNA 2012).

UNICEF resume el trabajo infantil en Chile como actividad relacionada con pobreza, que afecta de manera diferenciada a hombres y mujeres, y vulnera el derecho a la educación, entre otros derechos de niños, niñas y adolescentes. (Unicef 2014).

## **IMPACTO DE LA POBREZA EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO ADOLESCENTE**

Entenderemos por adolescencia a la etapa ubicada en la segunda década de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años, en la cual se producen vertiginosos cambios en lo biológico, psicológico y social, que permite la primera consolidación identitaria autónoma de las personas, diferenciada de sus padres y entorno adulto, en la cual desarrollan una red social propia, que les permite una nueva inserción en su cultura y sociedad (Robledo 2018)<sup>6</sup>.

Las condiciones de vulnerabilidad social extrema impactan de manera indiscutible en cada uno de los procesos esperados en esta etapa, (biológico, psicológico y social), pero a la vez se alza como una ventana de oportunidad para transformar definitivamente las trayectorias vulneradas en oportunidades de cambios de dichas trayectorias de vida.

## **CRECIMIENTO BIOLÓGICO**

### **Consecuencias Somáticas (cuerpo adolescente)**

Los factores ambientales como la comida y el aire y si desarrollan o no trabajo infantil, y el tipo de trabajo infantil, el tiempo dedicado a él, y la periodicidad a los que sean expuestos, pueden determinar vulnerabilidad en el desarrollo y madurez de sus cuerpos (cerebro, pulmones, etc.).

Los adolescentes iniciales (10 a 13 años) tienen un crecimiento corporal, generalmente asimétrico y asociados a una gran descoordinación motora. El sistema osteomuscular se caracteriza por tener huesos que no han completado su mineralización ósea, por lo que no tienen gran capacidad de carga, y presentan menor fuerza que los adolescentes tardíos (16-17 años). Esta característica hace que los adolescentes expuestos a trabajos, mientras más pequeños estén expuestos a tareas pesadas, estarán más propensos a sufrir diferentes desordenes osteomusculares al transportar cargas, realizar trabajos repetitivos o al adoptar posturas incómodas por tiempos prolongados (Briceño 2004).

Por otro lado, este crecimiento vertiginoso de la adolescencia inicial, en la cual los órganos vitales cambian de diámetro, volumen y madurez, como se ha podido establecer en la madurez renal con diferencias en su capacidad de excreción o a nivel pulmonar en el tamaño de sus alvéolos (National Research Council 1998), expuestos a trabajos con equipos y/o maquinarias que generen vibraciones, con carga física o mental intensa, con exposición crónica a polvos, humos, vapores o gases tóxicos, en espacios confinados, en profundidades o cámaras, con exposiciones a temperaturas extremas, o con exposición a productos peligrosos ocasionan mayor alteración en su desarrollo físico.

Los niños y adolescentes están proporcionalmente más expuestos por unidad de peso corporal a las toxinas ambientales que los adultos, mientras más pequeños y más precoz es su incorporación al mundo laboral. Por lo cual la evaluación del riesgo se debe realizar de manera diferenciada (Landrigan 2004). Los y las adolescentes tienen más años de vida futura y así más tiempo para desarrollar enfermedades iniciadas por exposiciones tempranas de tóxicos.

Esto es especialmente importante para el sistema nervioso (Rice 2000). El desarrollo del sistema neurológico es fundamental en el desarrollo adolescente (Schettler 2001).

Las alteraciones pueden ser desde pequeños cambios neurológicos, también cardiacos o respiratorios, hasta cánceres e insuficiencias de órganos nobles, que incluso pueden llevar a la muerte.

En los Estados Unidos entre 1992 y 1997 se presentaron 403 muertes de menores de 18 años en situación de trabajo infantil. Estas muertes ocurrieron primordialmente en trabajos de agricultura (40 %), ventas al por menor (22 %), construcción (13 %), y servicios (8 %). Una tercera

<sup>6</sup> Definición de Paz Robledo adaptada de OPS, Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010 – 2018, desarrollada para informe consultoría UNICEF 2018.

parte de las muertes ocurrieron en negocios familiares y el 60 % de éstas tuvieron un vehículo o maquinaria involucrados, el 20 % fueron debidas a asaltos o hechos violentos y el 11 % a enfermedad por sustancias tóxicas (Briceño 2004).

Los y las adolescentes iniciales son más desproporcionados y descoordinados lo que los hace especialmente vulnerables a sufrir accidentes en los trabajos (Barling 1999).

Se ha podido establecer que la aparición temprana del Asma está asociada a la inhalación del humo en la niñez y adolescencia, de madera, petróleo, carbón, combustión emanada de motores de autos por tubos de escape, herbicidas, pesticidas, polvos de las granjas, cosechas en granjas y presencia de animales en granjas de los cuales les toca vivir o estar a cargo (Salam 2004).

También se sabe que los adolescentes expuestos a agentes tóxicos pueden desarrollar Cáncer Infantil como la leucemia linfoblástica aguda (Robinson 1996) y el cáncer cerebral (Schechter 1999).

También se ha podido establecer que las alteraciones del desarrollo con discapacidades del aprendizaje, dislexia, retardo mental, desorden de déficit de la atención y autismo se presentan con mayor frecuencia en adolescentes que trabajan expuestos a agentes tóxicos (Grandjean 2014). También se estudió los efectos neurosicológicos de los contaminantes que determinan estados variables de la atención y la concentración, la función sensorial, el control motor, las relaciones espaciales, la coordinación visomotora, la memoria y el afecto (Grandjean 2014)

En las actividades de textiles con algodón se ha podido apreciar efectos comunes como problemas musculoesqueléticos, accidentalidad, pérdida auditiva, bisinosis, dermatosis, cáncer de vejiga e intoxicaciones.

Cuando viven o trabajan en las calles se exponen a adquirir conductas disociales, abuso y hostigamiento sexual, drogadicción, alteraciones a la funcionalidad social y familiar, lesiones físicas, heridas, golpes, enfermedad respiratoria como la neumonía, dermatitis y conjuntivitis (Romieu 2002)

### **Consecuencias en su desarrollo sexual y reproductivo**

El sistema reproductivo se está desarrollando y ocupaciones con exposición a altas temperaturas, campos electromagnéticos o con productos peligrosos pueden causar alteraciones en su crecimiento y desarrollo que llevan a infertilidad y

cáncer (Chia 2001).

También se ha podido observar que existen ciertas sustancias tóxicas en los pesticidas que contienen Bifenilos policlorinados que generan aceleramiento de la pubertad en las niñas que trabajan como temporeras (Eulin 2001).

La explotación sexual de adolescentes determina exposición a violencia de género, infecciones de transmisión sexual, HIV/SIDA, embarazos precoces no planificados, abortos y eventualmente muerte de las mujeres en estas condiciones.

La explotación sexual afecta mayoritariamente a las mujeres y minorías sexuales, y tiene devastadoras consecuencias psicológicas (baja autoestima, depresión, ideación e intentos suicidas) además de las consecuencias a mediano y largo plazo, como disfunciones sexuales, maltrato infantil a los hijos/as de esas mujeres abusadas (Claramunt 2000).

### **Consecuencias en su estado nutricional**

En los hogares pobres existe mayor riesgo de malnutrición (Fonseca 2013). Esta mal nutrición fue durante muchos años asociado a la falta de acceso a nutrientes, generando déficit como desnutrición y anemia, lo que ha cambiado con el transcurso de los años.

En las dos últimas décadas, el sobre peso y la obesidad en los países en vías de desarrollo es mayor en la población pobre y con niveles bajos de educación (Athala 2012; Jones-Smith 2012).

En Chile, la JUNAEB mostró que 45,2% de los estudiantes de 1º medio presenta sobrepeso u obesidad (Junueb 2017).

El sedentarismo y la malnutrición por exceso, sobre peso y obesidad se relación directamente con los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas como diabetes, HTA, hipercolesterolemia, síndrome metabólico, que comprometerá el desarrollo.

El sobrepeso adquirido durante la adolescencia puede persistir durante la edad adulta, y aumentar los futuros riesgos de una enfermedad coronaria, diabetes, enfermedades de la vesícula biliar, algunos tipos de cáncer y la osteoartritis de las articulaciones que soportan peso (Bloom 2011).

Durante la adolescencia, el sobrepeso se asocia con hiperlipidemia, la tensión alta (hipertensión), una tolerancia anormal a la glucosa y consecuencias psicológicas y sociales adversas (WHO 1998).

Existen también publicaciones que establecen relación entre la malnutrición temprana, específicamente el déficit crónico de proteínas, déficit de energía y hierro, y la capacidad de trabajo en adolescentes, (Hass 1996).

Los y las Adolescentes en situación de trabajo infantil tienen más % de mal nutrición; no toman desayuno, no se alimentan bien (Bachman 1993 / Hass 1996).

Deficiencias nutricionales (malnutrición de proteínas/energía, hierro, vitamina A y deficiencia de yodo) afectan a la participación y al aprendizaje en la escuela (Taras 2006).

Se sabe que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan una carga de enfermedad cada vez mayor (Bloom 2011), donde el sobrepeso y la obesidad, junto con la falta de actividad física, dan origen a diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial (HTA), que juntas pueden determinar enfermedades cardiovasculares (infarto agudo al miocardio, accidentes vasculares, etc.) (CDC 2006).

## **IMPACTO EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO**

---

En cuanto al desarrollo psicológico, los adolescentes se encuentran en proceso de consolidación de su identidad personal, por lo que vivir en ambientes pobres en redes familiares y sociales, con mucha soledad y escasa contención emocional y de supervisión parental, los hace muy dependientes de la existencia o no de espacios comunitarios protegidos (talleres en escuelas, actividades extra-programáticas, etc.), que les permitan estar acompañados, contar con terceros que le permitan la construcción de su subjetividad emocional y dar un sentido en sus vidas.

Si tampoco cuentan con una comunidad de barrio o escolar adecuada, es decir entornos sociales y físicos adecuados, presencia de adultos significativos, espacios de acompañamiento y contención emocional y social, esto determinará mayores riesgos y limitaciones para su adecuado desarrollo.

Lo que se ha podido establecer es que los y las adolescentes que les toca desenvolverse en entornos familiares y sociales con gran privación social y cultural, donde las drogas y narcotráfico mandan en los barrios, con redes sociales y comunitarias fracturadas, viviendo cotidianamente descalificaciones, violencia física y psicológica, presenciando o viviendo abuso físico o sexual o consumo de sustancias que irrumpen en sus casas y familias, dañan el desarrollo de sus trayectorias.

Es en estas circunstancias que construir identidad positiva es altamente desafiante.

En estos contextos adversos los adolescentes encuentren consuelo en la comida, las drogas legales e ilegales, el sexo, y otras conductas de riesgo

y daño (respuestas violentas, impulsivas). No consideren que estos comportamientos sean problemas, ya que en gran parte les están sirviendo de escape de la depresión, la ansiedad, la ira, el miedo y la vergüenza. Es la adaptación que conocen y que les ha permitido sobrevivir. Es así como la violencia puede ser la manera con la cual alguien siente que existe, que es alguien, que impone su voluntad y logra así un lugar en el mundo (Janin 2014). Es la manera con que han sobrevivido ante la adversidad.

Y si alguien es ubicado tempranamente en el lugar del fracaso, debe primero, des construirse, remontar el lugar desde el cual está: por tal motivo la adolescencia se abre como un tiempo de oportunidad. (Janin 2014).

Si el futuro es temible, si los vaticinios son catastróficos, no se puede proyectar ni soñar, no es posible prevenir las dificultades, aprender a esperar, tolerar compartir, porque todo es “ya” y el placer tiene que ser inmediato: se debe aprender a soñar, a confiar. Esto ha tomado una enorme importancia en un mundo en el que se supone que lo fundamental es triunfar por sobre los otros, no quedarse afuera al precio que sea: el desafío es entonces luchar contra el individualismo (Janin 2014) y generar el crecimiento en colectivo.

Una construcción identitaria que no cuenta con “los otros” que lo sostengan y reconozcan, es un problema, por lo que la rearticulación del entorno y de sus redes sociales pasa a ser crítico (Janin 2014).

Al ser ignorados, estos jóvenes corren un riesgo muy elevado de padecer abusos, negligencia, cometer suicidio, consumir drogas y alcohol, fracasar en la escuela, realizar actividades violentas y criminales, padecer una enfermedad mental cuando alcancen la edad adulta, y de comportarse arriesgadamente con respecto a su salud (Costello 2008).

Diversos estudios sugieren que aquellas situaciones en que los y las adolescentes se perciben en situaciones de exclusión (racial, sexual, social, escolar, u otro) y que no tengan adecuada red familiar de contención, tendrán más problemas de salud mental y mayores dificultades para lograr un adecuado desarrollo (Steinberg 2001; Smetana 2006)

El denominado “estrés de las minorías” está vinculado a los procesos de minorización de identidades que son percibidas fuera de las normas sociales y la cultura hegemónicas (Meyer, 2003). Es así como los y las adolescentes LGTBI presentan mayor aislamiento social y estrés social, que puede ser una intensa causa de ansiedad, depresión y

suicidio (Saewyc 2011)..

Es menos probable que los adolescentes que viven en un medio social que les aporta relaciones significativas, que fomenta que se expresen ellos mismos y que les ofrece una estructura y les impone límites, inicien una actividad sexual temprana, que consuman sustancias y que experimenten depresiones (WHO 2002).

El vínculo paterno/materno filial se asocia con niveles menores de depresión y tentativas de suicidio, consumo de alcohol, comportamientos sexuales de riesgo y violencia (Barber 2002).

Ahora bien, si esos adolescentes han debido trabajar, se ha podido establecer que les quitará tiempo para desarrollar otras actividades como participar en actividades grupales con amigos y amigas, tan importantes en esta etapa del desarrollo, pues les quitará espacio para su recreación y ocio, para jugar, aprender y compartir en familia. (Briceño 2004).

Además, los y las adolescentes pueden trabajar en actividades en las cuales son explotados, son trabajos peligrosos y/o degradantes. Muy a menudo son maltratados, abusados y abandonados por sus patrones, lo que podrá determinar daño psicológico (Briceño 2004). El exceso de trabajo, agobio, maltrato pueden determinar un trastorno del ánimo, depresión, abuso de sustancias para mantenerse activo, etc. (Briceño 2004).

También se ha podido establecer que los y las adolescentes en situación de trabajo tienen mayor probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas (Safron 2001; Mortimer 2002; Apel et al. 2007; Rocheleau 2012) y tienen mayor probabilidad de participar en delitos (Apel 2007; Staff 2010).

## **DESARROLLO SOCIAL**

---

En la adolescencia el gustar a los demás y ser aceptado por su grupo de compañeros es crucial en el desarrollo de la salud de los jóvenes, y aquellos que no están integrados socialmente corren más riesgos de experimentar dificultades en cuanto a su salud física y emocional (WHO 2004).

El sentimiento de pertenencia es un factor de protección para los y las adolescentes, sobre todo en la adolescencia inicial (Blum R 2001).

La marginación por parte de los compañeros durante la adolescencia puede conducir a un sentimiento de soledad y a experimentar síntomas psicológicos. La interacción con los amigos tiende a mejorar las habilidades sociales y a reforzar la habilidad de sobrellevar los acontecimientos estresantes (WHO 2004).

Los Grupos de pares pueden resultar ser facilitadores para el inicio o mantenimiento del consumo de sustancias en adolescentes (Carballo et al., 2004).

En otras ocasiones, el grupo de amigos o compañeros aumenta las actividades pro-sociales de los adolescentes – modelo de protección – reduciendo la probabilidad de consumo de drogas en los adolescentes (Barrett y Turner, 2006)

El tipo de grupo de pares puede ser un importante factor predictor de trastornos de conducta alimentaria (Amaya 2017)

La cultura patriarcal, la soledad y experiencias familiares de violencia de género son factores de riesgo de violencia en el pololeo (Alburquerque 2011)

Para la mayoría de las adolescentes, la escuela es el lugar más importante en sus vidas fuera de la familia. (WHO 2004)

Es menos probable que aquellos adolescentes que tienen una relación positiva con los profesores y con la escuela inicien una actividad sexual temprana, que consuman sustancias y que experimenten depresiones (WHO 2004)

Los programas de salud escolar pueden ayudar a reducir la violencia y las lesiones no intencionales en las escuelas (WHO-UNESCO 1999)

Los establecimientos educacionales como ambientes sociales y físicos adecuados que promuevan la seguridad son los que previenen las lesiones y la violencia (WHO-UNESCO 1999).

Por el contrario, aquellas escuelas que no son inclusivas, que tiene altos índice de violencia, la asistencia a clase podrá estar relacionada con la prevalencia de varios comportamientos de riesgo relativos a la salud, incluyendo violencia y comportamientos sexuales de riesgo (WHO 2004).

## **COMO ACOMPAÑAR A ADOLESCENTES EN VULNERABILIDAD SOCIAL**

---

### **Foco central: Acompañamiento centrado en la persona y su historia:**

Acompañar a adolescentes en vulnerabilidad social no es fácil; vienen de historias de abandonos reiterados, maltratos, que los lleva a trastornos vinculares, y algunos con mucha violencia. Tal como lo plantea Beatriz Janin (2014), frente a las actitudes violentas y desafiantes de los adolescentes en situación de vulnerabilidad se debe comprender que lo más grave es que un/a adolescente baje los brazos, no luche, caigan en la apatía. Muchas veces el movimiento, el desafío, la oposición a toda norma, están ligados a los

intentos de sostener la vida. Por este motivo el objetivo no debe ser anular su rabia, ni minimizar su frustración; se debe visibilizar su emoción y legitimarla, aclarando los efectos de su acción, buscando formas alternativas de expresión.

Debemos incluirlo/as y hacerlo/as protagonistas de la solución de sus problemas; constructor de su presente y futuro generando espacios de participación real. Debemos generar las condiciones materiales y vinculares que les permita lograr resultados en diversas áreas de su vida.

El mayor daño generado a esto/as adolescentes es la falta de vínculos que los sostengan. El abordaje debe ser el reparar y desarrollar vínculos interpersonales, recobrar la confianza, el sentirse respetados, visibilizados, apoyados.

La clave es el desarrollo de vínculo y que el entorno le devuelva una imagen valiosa de sí; esto es fundamental.

Los Programas más efectivos son aquellos con énfasis en los factores protectores y resiliencia (Kumpfer y Alvarado 2003), están centrados en trabajo intensivo con familias que tienen jóvenes en alto riesgo (Klein et al 1977), contribuyen al desarrollo de habilidades y destrezas sociales, en especial comunicación; identifican la presencia de redes sociales y presencia de personas significativas en la familia y su entorno, y promueven la participación y empoderamiento de la población y en particular de los jóvenes intervenidos.

Se basan en que se sabe que Las conductas de riesgo se asocian, los factores de riesgo son comunes, las intervenciones no deben centrarse en conductas problema, sino en sus fortalezas, deben ser holísticas, integrales, interdisciplinarias e intersectoriales. Se debe estimular los factores protectores y resiliencia con foco en desarrollo positivo (Resnick 1997).

Las intervenciones no deben centrarse en conductas problema, sino en sus fortalezas con foco en desarrollo positivo.

Si deben estar bajo sistema residencial, se deben agrupar según parentalidad, edad, y sexo, priorizando y cuidando los vínculos afectivos de éstos, de manera diferenciada según la etapa del desarrollo en la cual se encuentra.

Se debe intervenir de forma sistemática sobre múltiples poleas de cambio. Las experiencias que activan únicamente una intervención puede que no consigan el impacto de eficiencia esperado.

Las intervenciones presenciales que combinan educación con los cuidados, monitorización con seguimiento e incluyen contacto con el equipo de salud de especialidad o de atención primaria, son los que tienen mayores resultados.

Las intervenciones basadas en la educación oportunista en el momento de la interacción clínico-paciente tienden a ser menos eficaces en contraste con las intervenciones educativa orientadas a la auto gestión y empoderamiento de las personas.

El acompañamiento que se le otorgue a los y las adolescentes debe considerar:

Desarrollar una relación de confianza (vínculo), respetuoso, honesto.

Incorporar la flexibilidad en el trabajo, pues trabajar y centrarse en una persona es altamente complejo, que requiere múltiples capacidades para reorientar el plan terapéutico respetando siempre los objetivos básicos que se deben alcanzar, pero incorporando los contextos y necesidades cambiantes del entorno y de cada adolescente, permitiendo la co-construcción, protagonismo progresivo y empoderamiento de los y las adolescentes.

Muy importante es la capacidad de trabajar con la familia, amigo/as y comunidad en el cual vive y se desenvuelve el o la adolescente.

Y finalmente, un elemento central es la constancia y permanencia del vínculo con él o la adolescente, que por sus propias historias, requieren vínculos terapéuticos estables que permitan reparar y mostrar formas distintas de vincularse en la vida, de manera respetuosa, afectiva y constructiva, con planes de trabajo definido para cada persona en forma diferenciada.

## REFERENCIAS

1. Albuquerque D; (2011) Violencia en el pololeo adolescente: aspectos individuales, familiares y culturales; Tesis de Grado, Universidad Academia de Humanismo Cristiano en link <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/423/Tesis.pdf?sequence=1>
2. Alonso-Muñiz G; Quijije-Segovia S; Plua-Chancay P; Tigua-Gutiérrez O; Almendáriz-Parrales A; Lino-Pionce A: (2018) Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar; Pol. Con. Edición núm. 21) Vol. 3, No 7 Julio 2018, pp. 519-536 ISSN: 2550 - 682X DOI: 10.23857/casedelpo.2018.3.7.jul.519-536
3. Amaya-Hernández A, Alvarez-Rayón G, Ortega-Luyando M, Mancilla-Díaz JM; 2017 Peer influence in preadolescents and adolescents: A predictor of body dissatisfaction and disordered eating behaviors; (2017) Revista Mexicana (8) 31-39 En <https://www.redalyc.org/pdf/4257/425749960004.pdf>
4. Apel R, Bushway S, Brame R, Haviland A, Nagin D,

- Paternoster R. (2007) Unpacking the relationship between adolescent employment and antisocial behavior: A matched samples comparison. *Criminology*. 2007; 45:67-97.
5. Athalat E. (2012) Epidemiología de la obesidad en Chile. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2012; 23:117-23.
  6. Bachman, J. G., & Schulenberg, J. (1993). How part-time work intensity relates to drug use, problem behavior, time use, and satisfaction among high school seniors: ¿Are these consequences or merely correlates? *Developmental Psychology*, 29(2), 220-235. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.29.2.220>
  7. Barber BK. (2002) Regulation, connection, and psychological autonomy: Evidence from the *Cross-National Adolescen Project (C-NAP)*. Paper presented at the WHO-sponsored meeting Regulation as a Concept and Construct for Adolescent Health and Development. WHO Headquarters, Geneva, Switzerland, April 16-18, 2002.
  8. Barling J, Kelloway EK. 1999 *Young Workers: Varieties of Experiences*. Washington D.C.: American Psychological Association.
  9. Barrett, Anne y Turner, Jay (2006) "Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship", *Addiction*, vol. 101, n°1, pp.109-120.
  10. Batty, Elaine, and Ian Cole (2010), *Resilience and the Recession in Six Deprived Communities. Preparing for Worse to Come?*, York, Joseph Rowntree Foundation.
  11. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, (2011) *The global economic burden of noncommunicable diseases (Working Paper Series)*. Ginebra, Harvard School of Public Health y Foro Económico Mundial, 2011.
  12. Blum R; McNeely C, Nonnemaker J; (2001): *Vulnerability; Risk and Protection*; The National Academy Press En link <https://www.nap.edu/read/10209/chapter/4>
  13. Blum M, Harris S, Must A, Philips S, Rand W, DawsonHughes B, (2002); Household tobacco smoke exposure is negatively associated with premenopausal bone mass. *Osteoporos Int*. (13) 663-668.
  14. Blum R, Bastos F, Kabini C, Le L; 2012: *Adolescent Health in the 21st century: The Lancet Vol 379; Issue 9826 p 1567-1568*
  15. Briceño L, Pinzón A, (2004); Efectos del trabajo Infantil en la salud del menor trabajador. *Rev de Salud Pública*.6(3): 270-288 en Link [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsap/v6n3/a04v6n3.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v6n3/a04v6n3.pdf)
  16. Bonanno, George A. (2004), "Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events", *American Psychologist*, 59, pp. 20-28. DOI : 10.1037/0003-066X.59.1.20
  17. Busso, Gustavo. 2005. "Pobreza, exclusión y vulnerabilidad social. Usos, limitaciones y potencialidades para el diseño de políticas de desarrollo y de población". VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEPA), Tandil, Provincia de Buenos Aires. Publicado en link revisado el 08/08/2019 <http://www.redaepa.org.ar/jornadas/viii/AEPA/B10/Busso,%20Gustavo.pdf>.
  18. Carballo, José Luis et al. (2004) "Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia", *Psicothema*, vol.16, n°4, pp.674-679.
  19. CDC. 2006 *Nutrition for Everyone: Fruits and Vegetables*. Atlanta, Georgia: CDC, 2006. Available online at [http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/nutrition/nutrition\\_for\\_everyone/fruits\\_vegetables/index.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/nutrition/nutrition_for_everyone/fruits_vegetables/index.htm)
  20. CEPAL 2018 *Panorama Social de América Latina*, en link revisado 8/8/2019 [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44395/11/S1900051\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44395/11/S1900051_es.pdf)
  21. CEPAL 2019 *Perspectivas económicas de América Latina 2019: desarrollo en transición* en link revisado el 8/8/2019 [http://www.oecd.org/dev/americas/Overview\\_SP-Leo-2019.pdf](http://www.oecd.org/dev/americas/Overview_SP-Leo-2019.pdf)
  22. Chia SE, Tay SK. (2001) Occupational risk for male infertility: a case-control Study of infertile and fertile men. *J Occup Environ Med*. 2001; 43(11):946-951.
  23. Claramunt M (2.000); *Abuso sexual en mujeres adolescentes*; Organización Panamericana de la Salud Programa Mujer, Salud y Desarrollo Apartado Postal 3745-1000 San José, Costa Rica. En link <http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/2237/1/Manual%20de%20intervención%20abuso%20sexual.pdf>
  24. Costello E.J. (2008) Preventing child and adolescent mental illness: the size of the task. In *reducing risks child and adolescent mental disorders*. Institute of Medicine of the national academies. The National Academies Press, Washington DC. 2008
  25. EANNA 2012 *Encuesta Nacional Sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes*, Ministerio de Desarrollo Social en link [http://observatorio.ministeriodesarrollo-social.gob.cl/enc\\_eanna.php](http://observatorio.ministeriodesarrollo-social.gob.cl/enc_eanna.php)
  26. Encuesta Nacional de Polivictimización 2017 Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior en Link <http://www.seguridadpublica.gov.cl/media/2018/02/PPT-Primera-Encuesta-de-Polivictimizacion.pdf>
  27. ENVAE 2014- Encuesta Nacional de violencia en el ámbito escolar Ministerio del Interior en link <https://pazeduca.cl/wp-content/uploads/2017/01/ENVAE-2014-Encuesta-Nacional-de-violencia-en-el-ambito-escolar-Ministerio-del-Interior.pdf>
  28. Euling S, Kimmel CA. (2001) Developmental stage sensitivity and mode of action information for endocrine disrupting chemicals. *Sci. Total Environ*. 2001;274 (1-3):103-113.
  29. FLASOG 2011 Gómez PI; Molina R.; Zamberlin N; Távara L (2011) Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años: Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG 2011.
  30. Fonseca C, Zulma Yanira, Patiño B, Gonzalo Alberto, & Herrán F, Oscar Fernando. (2013). Malnutrición y seguridad alimentaria: un estudio multinivel. *Revista chilena de nutrición*, 40(3), 206-215. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182013000300001>
  31. Grandjean P, Landrigan P (2014); Neurobehavioural effects of developmental toxicity; *The Lancet Neurology*, Volume 13, Issue 3, 2014, Pages 330-338, ISSN 1474-4422, en Link [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(13\)70278-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(13)70278-3).
  32. Haas, J; Murdoch, S; Rivera, J; Martorell, R.(1996) *Early Nutrition and later physical work capacity*; *Nutrition Reviews*; Oxford tomo 54, n.º 2, : s41.
  33. Hogar de Cristo (2017). *Del dicho al derecho: Estándares de calidad para residencias de protección de niños y adolescentes*. Santiago de Chile, Dirección Social Nacional.
  34. INE 2017 *Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992.20150 según Censo 2017* en link en link revisada 8/8/2019 <https://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/>

- metodologia-estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion-chile-1992-2050.pdf).
35. Janin Beatriz 2014, Niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad en link [http://dspace.ucec.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2525/Ninos\\_Janin.pdf?sequence=1](http://dspace.ucec.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2525/Ninos_Janin.pdf?sequence=1)
  36. Jones-Smith J, Gordon-Larsen P, Siddiqi A, Popkin B. (2012) Is the burden of overweight shifting to the poor across the globe? Time trends among women in 39 low- and middle-income countries (1991-2008). *Int J Obes.* 2012;36:1114-20.
  37. JUNAEB 2017 Mapa Nutricional de Junaeb en link <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2013/03/Informe-Mapa-Nutricional-2017-FINAL.pdf>
  38. Klein, N. C., Alexander, J. F. and Parsons, B. V. 1977. Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: A model of primary prevention and program evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45: 469-474.
  39. Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58(6-7), 457-465.
  40. Landrigan PJ, Kimmel CA, Correa A, Eskenazi B. (2004) Children's health and the environment: public health issues and challenges for risk assessment. *Environ Health Perspect.* 2004;112(2):257-265.
  41. Lister R (2004) Poverty and Social Justice: recognition and respect; The Bevan Foundation ISBN 1-904767-11-7 en link [www.bevanfoundation.org/wp-content/uploads/2011/12/Ruth-Lister-2004.pdf](http://www.bevanfoundation.org/wp-content/uploads/2011/12/Ruth-Lister-2004.pdf)
  42. Maldonado L; Prieto J; Lan Lay S; (2016) Las dinámicas de la pobreza en Chile durante el período 2006-2009; Centro de Políticas Públicas UC Año 11/Nº 87/ Junio 2016 ISSN 0718-9745
  43. Meyer I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
  44. Ministerio Público 2017 Boletín Anual Enero Diciembre 2017 en link <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/estadisticas/index.do>
  45. Ministerio Público 2018 Boletín Anual 2018 en link <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/estadisticas/index.do>
  46. MINSAL 2013 situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género; en link <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf>
  47. Molina M., Ferrada C., Pérez R. (2004) Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev. Méd. Chile* 2004; 132: 65-70.
  48. Mortimer, J. T., Harley, C., & Staff, J. (2002). The quality of work and youth mental health. *Work and Occupations*, 29(2), 166-197. <https://doi.org/10.1177/0730888402029002003>
  49. Naciones Unidas y el Trabajo Infantil en América Latina y el Caribe 2013 Prioridades para un compromiso común. Grupo Interagencial sobre Trabajo Infantil. Lima: Organización Internacional del Trabajo, 2013. en link <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/GITI-espano.pdf>
  50. National Research Council 1998. Protecting Youth at Work: Health, Safety, and Development of Working Children and Adolescents in the United States. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/6019>. Consultado el 20/03/2019 en link <https://www.nap.edu/download/6019#>
  51. Organización Panamericana de la Salud 2018; La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018). Washington, D.C.: OPS; 2018.
  52. Resnick M., PhD; Bearman P., Blum R., Bauman K., Harris K., Jones J., Tabor J., Beuhring T., Sieving R., Shew M., Ireland M., Bearinger L., Udry R., (1997); Protecting Adolescents From Harm Findings From the National Longitudinal Study on Adolescent Health; *JAMA* September 10; 1997: Volumen 278 N° 10 Link [http://www.mdft.org/mdft/media/files/Resnick-et-al-\(1997\)-Protecting-adolescents-from-harm-National-longitudinal-study-on-adolescent-health-JAMA.pdf](http://www.mdft.org/mdft/media/files/Resnick-et-al-(1997)-Protecting-adolescents-from-harm-National-longitudinal-study-on-adolescent-health-JAMA.pdf)
  53. Rice D, Barone S Jr. (2000) Critical periods of vulnerability for the developing nervous system: evidence from humans and animal models. *Environ Health Perspect.* 2000;108 Suppl 3:511-533.
  54. Rocheleau, G. and Raymond R. Swisher. (2012). "Adolescent Work and Alcohol Use Revisited: Variations by Family Structure." *Journal of Research on Adolescence* 22: 694-703.
  55. Romieu I, Samet JM, Smith KR, Bruce N (2002). Outdoor air pollution and acute respiratory infections among children in developing countries. *J. Occup. Environ. Med.* 2002; 44(7):640-649.
  56. Saewyc, E.M. (2011) "Research on adolescent sexual orientation: Development, health disparities, stigma and resilience" en *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 256 - 272.
  57. Safron, D., Schulenberg, J., & Bachman, J. (2001). Part-Time Work and Hurried Adolescence: The Links among Work Intensity, Social Activities, Health Behaviors, and Substance Use. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(4), 425-449. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/3090188>
  58. Salam MI, Li Y, Langholz B, Gilliland FD. (2004) Early-Life Environmental Risk Factors for Asthma: Findings from the Children's Health Study. *Environ Health Perspect.* 2004; 112:760-765.
  59. Schechter CB. (1999) Brain and other central nervous system cancers: recent trends in incidence and mortality. *J. Natl. Cancer Inst.* 1999; 91 (23):2050-2051.
  60. SENAME 2016 Anuario Público en link <http://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2017/01/Anuario-Estadistico-2016-vf-29-12-2017.pdf>
  61. SENAME 2017 Cuenta Pública SENAME 2017 en link <http://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2018/06/Cuenta-publica-2017-v1.pdf>
  62. Smetana N Campione-Barr, and Metzger A (2006) Adolescent Development in Interpersonal and Societal Contexts; *Annual Review of Psychology* 2006 57:1, 255-284
  63. Staff, J., & Uggen, C. (2003). The Fruits of Good Work: Early Work Experiences and Adolescent Deviance. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 40(3), 263-290. <https://doi.org/10.1177/0022427803253799>
  64. Staff, J., Osgood, D. W., Schulenberg, J. E., Bachman, J. G., & Messersmith, E. E. (2010). Explaining the relationship between employment and juvenile delinquency. *Criminology*, 48(4), 1101-1131.
  65. Steinberg I, Sheffield A; (2001) Adolescent development *Annu. Rev. Psychol.* 2001. 52:83-110

66. Taras, H.(2006) Nutrition and student performance at school. *Journal of School Health* 75 (6): 199-213, 2006.
67. UNICEF 2012 4to Estudio Maltrato Infantil UNICEF 2012 en link <https://unicef.cl/web/cuarto-estudio-de-maltrato-infantil/>
68. UNICEF 2014 Child Labour and UNICEF in Action: Children at the Centre, United Nations Children's Fund (UNICEF) May 2014 en link [https://www.unicef.org/protection/files/Child\\_Labour\\_and\\_UNICEF\\_in\\_Action.pdf](https://www.unicef.org/protection/files/Child_Labour_and_UNICEF_in_Action.pdf)
69. UNICEF 2016 Ending Extreme Poverty: A Focus on Children; UNICEF and the World Bank Group. En Link 08/08/2019 [https://www.unicef.org/publications/files/Ending\\_Extreme\\_Poverty\\_A\\_Focus\\_on\\_Children\\_Oct\\_2016.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/Ending_Extreme_Poverty_A_Focus_on_Children_Oct_2016.pdf)
70. UNICEF 2018 Niños, Niñas y Adolescentes en Chile 2018 en Link <https://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2018/03/cifras-unicefv2.pdf>
71. WHO (1998); Information Series on School Health – Healthy Nutrition: An Essential Element of a Health-Promoting School. Geneva, Switzerland: WHO, 1998.
72. WHO, UNESCO, (1999) Education International. WHO Information Series on School Health – Violence Prevention: An Important Element of a Health-Promoting Schools. Geneva, Switzerland: WHO, 1999.
73. WHO (2001)The World Health Report – Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: WHO, 2001 en link [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1)
74. WHO (2002) Broadening the horizon: Balancing protection and risk for adolescents. Geneva, Switzerland, 2002. Available on-line at: [http://www.who.int/child-adolescenthealth/New\\_Publications/ADH/WHO\\_FCH\\_CAH\\_01\\_20.pdf](http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/ADH/WHO_FCH_CAH_01_20.pdf)
75. WHO (2004)Regional Office for Europe. Young people's health in context Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen, Denmark, 2004. En link <http://www.hbsc.org/publications/reports.html>
76. WHO (2014) Adolescent pregnancy: Facts shee WHO 2014 en link: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/WHO\\_RHR\\_14.08\\_eng.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/WHO_RHR_14.08_eng.pdf)