

Facilitadores y barreras para la implementación del programa chileno Habilidades para la Vida según el Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación

Implementation's facilitators and barriers of the Chilean Skills for Life program according to the Consolidated Framework for Implementation Research

Rodrigo Miguel Rojas-Andrade¹ <https://orcid.org/0000-0002-6459-6902>

Samuel Alejandro Aranguren Zurita¹ <https://orcid.org/0000-0001-6623-0114>

Francisca Jaque Morales¹ <https://orcid.org/0000-0002-6252-4315>

Gabriel Ignacio Prosser Bravo¹ <https://orcid.org/0000-0003-1255-5890>

Evelyn Norambuena Meléndez¹ <https://orcid.org/0009-0000-1695-4958>

1. Universidad de Santiago de Chile, Chile

Autor correspondiente / Correspondence:

Rodrigo Miguel Rojas-Andrade
rodrigo.rojas.a@usach.cl

Recibido: 4 de Mayo de 2024

Aceptado: 13 de Septiembre de 2024

Publicado: 28 de Noviembre de 2024

Received: May 4, 2024

Accepted: September 13, 2024

Published: November 28, 2024

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Antecedentes: El programa HPV-Junaeb es el programa de salud mental escolar más importante de Chile, y su objetivo es mejorar las habilidades para la vida de los estudiantes para enfrentar la adversidad y promover trayectorias académicas exitosas. Sin embargo, la implementación efectiva enfrenta varios desafíos y está influenciada por múltiples factores. Comprender estas barreras y facilitadores es esencial para el éxito y la sostenibilidad del programa. **Objetivo:** Identificar las barreras y facilitadores que afectan la implementación del programa HPV-Junaeb desde las perspectivas de los líderes y coordinadores institucionales a nivel nacional, regional y local. **Métodos:** Se realizaron entrevistas a 16 coordinadores del programa utilizando el modelo del Marco Consolidado para la Investigación en Implementación, que agrupa los factores de implementación en cinco dimensiones: características de la innovación, contexto externo de la institución implementadora, contexto interno de la institución, características de los individuos y proceso de implementación. La información se sometió a un análisis de contenido deductivo, clasificando los factores según su contribución a la implementación (facilitador [+] o barrera [-]) y su impacto en ella (2 = fuerte; 1 = débil; 0 = neutral). **Resultados:** Entre los facilitadores fuertes identificados se incluyeron la capacitación de los profesionales responsables de la ejecución del programa, la participación de los estudiantes y la comunidad, y la adaptación del programa a las necesidades y especificidades locales. Entre las barreras fuertes identificadas se incluyeron la resistencia cultural al cuidado de la salud mental y al trabajo de los psicólogos, la escasez de recursos y apoyo institucional, y la débil coordinación entre los diversos actores involucrados. **Conclusión:** Las características del programa y su proceso de ejecución son fuertes facilitadores. En contraste, los factores contextuales externos actúan como barreras significativas para la implementación. La evaluación continua del programa es crucial para garantizar su efectividad y adaptabilidad a diversos contextos. **Palabras clave:** cuidado de la salud mental, implementación de proyectos, salud escolar, salud mental.

Background: The HPV-Junaeb program is the most important school-based mental health program in Chile, aiming to improve students' essential life skills to face life adversity and promote successful academic trajectories. However, effective implementation faces various challenges and is influenced by multiple factors. Understanding these barriers and facilitators is essential for the program's success and sustainability. **Aim:** To identify the barriers and facilitators affecting the implementation of the HPV-Junaeb program from the perspectives of national, regional, and local institutional leaders and coordinators. **Methods:** Interviews with 16 program coordinators were conducted using the Consolidated Framework for Implementation Research model. This model groups implementation factors into five dimensions: characteristics of the innovation, external context of the implementing institution, internal context of the individuals, and the implementation process. The interviews were followed by a deductive content analysis, classifying factors according to their contribution to implementation (facilitator [+] or barrier [-]) and their impact on it (2 = strong; 1 = weak; 0 = neutral). **Results:** Strong facilitators identified included the training of professionals responsible for program execution, active participation of students and the community, and the adaptation of the program to local needs and specificities. Strong barriers identified included cultural resistance to mental health care and the work of psychologists, low institutional resources and support, and weak coordination among various stakeholders. **Conclusion:** The study concludes that the program's characteristics and its execution process are strong facilitators. In contrast, external contextual factors act as significant barriers to implementation. Continuous program evaluation is crucial to ensure its effectiveness and adaptability to diverse contexts. **Keywords:** mental health care, project implementation, school health, mental health.



UNIVERSIDAD DE TARAPACÁ
Universidad del Estado

1. ANTECEDENTES

La preocupación global por los problemas de salud mental entre niños y jóvenes surge de las consecuencias de no abordarlos de manera oportuna, lo que podría afectar su desarrollo personal y el comunitario (Patel et al., 2007; Zhang et al., 2022). Las políticas educativas han reconocido el fuerte vínculo entre el bienestar emocional y los resultados del aprendizaje, el papel estratégico de los entornos educativos en las intervenciones de salud mental y el vínculo de las escuelas con las redes locales a través de modelos de atención multinivel (Richter et al., 2022). Como resultado, los Servicios y Programas de Salud Mental Basados en la Escuela (SBMHP) han ganado prominencia en las agendas públicas (Hoover Stephan et al., 2007; Lee, 2020).

En América Latina, se asignan recursos económicos y humanos cada año para el desarrollo de este tipo de políticas públicas, lo que no garantiza que esto se traduzca en beneficios para la población (Agudelo-Hernández & Rojas-Andrade, 2021; Mascayano & Gerardo, 2018). No obstante, la literatura muestra que las intervenciones se traducen en resultados significativos cuando aquellas se implementan correctamente (Durlak et al., 2011). En este sentido, la investigación de implementación es esencial para el desarrollo de SBMHP. Por lo general, sin investigación de la implementación, los programas e innovaciones se aplican idiosincráticamente, sin el respaldo de sistemas de monitoreo que permitan retroalimentación y corrección de desviaciones, y sin los apoyos de implementación necesarios, tales como capacitación, supervisión y sistemas de monitoreo, entre otros (Fixsen et al., 2019; Owens et al., 2014).

Si bien la investigación de la implementación permite comprender por qué y en qué contexto funciona un programa dentro del mundo real (Peters et al., 2014), en América Latina la ciencia de la implementación está en un estado incipiente, de ahí la importancia de aplicar marcos teóricos internacionalmente aceptados, probarlos en contextos locales y contribuir al desarrollo de este campo de estudio (Agudelo-Hernández & Rojas-Andrade, 2021; Bertram et al., 2021; Mascayano & Gerardo, 2018).

1.1. Marco Consolidado para la Investigación de Implementación

El Marco Consolidado para la Investigación de Implementación (CFIR, por sus siglas en inglés) se define como un marco que identifica los determinantes que pueden actuar como barreras y facilitadores para la implementación de innovaciones (Nilsen, 2015). A nivel internacional, el CFIR se ha utilizado para detectar, clasificar, comparar y comprender estos factores (Hudson et al., 2020; McLoughlin et al., 2022; Wilhelm et al., 2021).

En su última actualización, el CFIR comprende 44 constructos agrupados en 5 dominios: innovación, contexto externo, contexto interno, individuos y procesos de implementación (Damschroder et al., 2022; Lee, 2020), ofreciendo una base sólida para analizar las estrategias de implementación y posteriormente desarrollar mejoras

que promuevan la adopción, ejecución y sostenibilidad de intervenciones (Powell et al., 2019).

La amplitud de su aplicación y su contribución a la investigación de implementación lo convierten en un marco apropiado para analizar la implementación de intervenciones en diferentes contextos institucionales, organizacionales y comunitarios (Kirk et al., 2016). El CFIR se ha utilizado en países de ingresos bajos y medios, y constituye un marco con suficiente flexibilidad para adaptarse a las complejidades de estos territorios (Means et al., 2020). No obstante, su uso en América Latina en el campo de la salud ha sido escaso y se ha centrado en la evaluación de implementación de intervenciones hospitalarias, con pocas experiencias en otras áreas, como programas de salud mental escolar (Agulnik et al., 2022; Leiva et al., 2021; Newbury et al., 2022; Straw et al., 2022; Torres-Cortés et al., 2021).

1.2. Programa Habilidades para la Vida de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas

En Chile, el Programa Habilidades para la Vida de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (HPV-JUNAEB) ha estado a la vanguardia de la salud mental escolar de América Latina durante más de veinte años. El programa HPV-JUNAEB se enfoca en promover competencias esenciales para enfrentar los desafíos de la vida en contextos de vulnerabilidad (González Zúñiga, 2018), y es reconocido como uno de los ocho programas con mayor cobertura en el mundo, atendiendo a más de 1.000.000 de estudiantes y más de 2.000 escuelas (Murphy et al., 2017). La complejidad del programa radica en su modelo nacional, que abarca múltiples componentes de intervención (universal, focalizada y especializada), múltiples niveles de gestión (nacional, regional y comunal), múltiples destinatarios (apoderados, estudiantes y docentes), distintas instituciones implementadoras (universidades, ONG o municipalidades) y enfoques de atención mixtos-prescriptivos (López & Álvarez, 2018). Para más detalles, ver Tabla 1.

Varios estudios en Chile han demostrado la efectividad del programa (George et al., 2012; Guzmán et al., 2015; Leiva et al., 2015; Rojas-Andrade & Prosser Bravo, 2022); sin embargo, otros sugieren que los resultados podrían ser nulos debido a problemas en la implementación (De Chaisemartin & Navarrete, 2020). Al respecto, se han realizado esfuerzos para analizar los resultados de su implementación, revelándose que los profesionales generalmente logran menos del 50% de adherencia a los componentes de intervención del programa (Rojas-Andrade et al., 2017) y que tomó tres veces más tiempo lograr la sostenibilidad que en programas similares en países de altos ingresos (Aranguren Zurita et al., 2022).

Aun así, la mayoría de estos estudios se han enfocado solo en componentes específicos del programa y en las características de los profesionales implementadores, dejando lagunas en el conocimiento sobre otros factores de la implementación que potencialmente podrían afectar el programa (Leiva et al., 2021; Torres-Cortés et al., 2021).

González (2016) aborda las barreras y facilitadores de la implementación del HPV-JUNAEB con una muestra de 73

Tabla 1

Descripción de unidades y actividades del programa HPV-JUNAEB

Unidad	Actividades	Objetivos	Estrategia de intervención	Temporalidad	Nivel
I. Screening universal	Screening de salud mental.	Identificar estudiantes con dificultades de adaptación escolar o necesidades de atención profesional.	Tamizaje	Anual	Universal
II. Promoción	Acompañamiento docente.	Fortalecer habilidades docentes para mejorar el clima de aula y la relación con las familias.	Consultoría colaborativa	12 sesiones	Universal
	Autocuidado docente.	Fomentar el autocuidado y bienestar de docentes y directivos.	Entrenamiento/taller	8 sesiones	Universal
	Talleres de parentalidad positiva.	Promover estilos de crianza saludables y protectores.	Psicoeducación	4 sesiones	Universal
	Talleres de comunidades de curso.	Desarrollar habilidades sociales y de convivencia entre estudiantes.	Psicoeducación	4 sesiones	Universal
III. Prevención	Taller preventivo	Desarrollar competencias socioemocionales como factores protectores en estudiantes en riesgo.	Entrenamiento/taller	10 sesiones	Focalizado
IV. Tratamiento	Entrevista clínico-escolar y derivación.	Facilitar el acceso a servicios de salud mental especializados para estudiantes en riesgo identificados.	Derivación asistida	Continuo	Especializado
	Gestión y seguimiento de tratamiento especializado.	Asegurar la continuidad y la efectividad del tratamiento en servicios de salud mental especializados.	Seguimiento	Continuo	Especializado
V. Fortalecimiento de redes de apoyo escolar	Fortalecimiento de colaboraciones entre distintos actores educativos y de salud mental.	Mejorar la red de apoyo y la cooperación interinstitucional para una atención integral.	Colaboración y red de apoyo	Continuo	Universal
VI. Evaluación y mejoramiento continuo	Evaluación de resultados y retroalimentación del programa.	Monitorear y mejorar continuamente la calidad y la efectividad del programa con base en <i>feedback</i> y datos.	Evaluación y mejora continua	Anual	Universal

Nota: elaboración propia.

profesionales de ejecución directa que responden preguntas abiertas a una encuesta *online* más amplia. Estas respuestas se codificaron bajo el modelo CFIR. Los hallazgos de esta tesis de pregrado muestran que los constructos del dominio “Características de la Intervención” se evaluaron positivamente, destacándose la adaptabilidad del programa, especialmente entre los ejecutores con menos experiencia. Por su parte, se identificaron barreras significativas en los dominios “Contexto externo” y “Contexto interno”. En particular, la falta de redes de salud mental locales, la sobrecarga de trabajo de los docentes, la falta de recursos y el apoyo administrativo inadecuado complicaron la implementación del programa.

En otra tesis de pregrado, Aravena (2018) realizó entrevistas semiestructuradas a 15 profesionales coordinadores y ejecutores, y las sometió a un análisis de emergente. Los resultados muestran que la mayoría de los factores son dinámicos, actuando como barreras o facilitadores según el contexto. Los factores clave incluyen el desarrollo profesional, la estructura administrativa, el liderazgo y la disponibilidad de datos y protocolos de apoyo. Además, el contexto sociopolítico influye significativamente en la implementación, afectando el financiamiento y la selección de personal capacitado. También se identificó que la colaboración con redes universitarias y la adecuada distribución de profesionales son esenciales para el éxito del programa.

Ambos trabajos, si bien aportan a la comprensión de las dinámicas que afectan la implementación, tienen un enfoque restringido por el tipo de información que utilizan, el tipo de análisis y la desactualización en cuanto al uso de modelos actuales de implementación que permitan avanzar en la generalización.

1.3. El presente estudio

La investigación de la implementación no solo ayuda a abordar las brechas entre la evidencia y la práctica en salud mental escolar mediante estrategias de adopción que sean escalables y sostenibles, sino que también permite mejorar la calidad, consistencia y relevancia cultural de las prácticas de salud mental en la escuela (Short et al., 2022). En este sentido, la utilidad y el impacto de incorporar investigación sobre las barreras y facilitadores de la implementación también es una oportunidad para contribuir de manera integral y sistemática a la toma de decisiones, la formulación y la ejecución de SBMHP en la región, ya que permite abordar los desafíos locales y específicos de manera efectiva. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es identificar las barreras y facilitadores que afectan la implementación del programa HPV-JUNAEB en Chile, utilizando el CFIR (Damschroder et al., 2009, 2022; Means et al., 2020).

2. MÉTODO

2.1. Participantes

Para recopilar la información, se llevaron a cabo entrevistas individuales semiestructuradas a 16 coordinadores institucionales del programa (4 de JUNAEB, 4 de direcciones municipales de educación y 4 de corporaciones municipales de salud), considerados informantes críticos (Patton, 2014; Taylor et al., 2016), de los cuales 13 son mujeres y 3 son hombres. Se involucra a estos profesionales porque la literatura señala que las personas percibimos estas barreras y facilitadores según nuestro nivel de acción (Peters et al., 2013). En ese sentido, las coordinaciones nacionales y locales pueden reportar sobre las problemáticas asociadas a la gestión del programa, así como sobre la articulación gubernamental y legislativa.

Las entrevistas tuvieron una duración de entre 60 y 90 minutos: todos los participantes firmaron un consentimiento informado que permitió grabar y transcribir textualmente las entrevistas para su análisis. No se presentan más datos descriptivos de la muestra para cuidar el anonimato de los participantes, debido a que ocupan puestos clave dentro del programa, por lo que serían fáciles de identificar.

Se adaptó el procedimiento seguido por Damschroder & Lowery (2013) para identificar las barreras y facilitadores

para la implementación del programa HPV-JUNAEB a través de entrevistas. En primer lugar, se realizó un análisis de contenido cualitativo con un enfoque deductivo (Forman & Damschroder, 2008). Después de leer todas las transcripciones para lograr una comprensión integral de la muestra, cada entrevista fue codificada, identificando en ella cada dominio y constructo del marco CFIR (Damschroder et al., 2022). Tres de los autores realizaron la codificación de manera independiente, compararon sus codificaciones y resolvieron las discrepancias mediante consenso.

Una vez identificados los dominios y constructos del CFIR dentro de las entrevistas, se determinó el valor y magnitud con la que cada entrevistado se refirió a estos (Damschroder & Lowery, 2013). La valencia se representó con el signo positivo o negativo (+ o -) e implicaba que se reconocían como facilitadores o barreras, respectivamente. En cuanto a la magnitud, se consideraron tres niveles, a saber: fuerte (2), débil (1) y neutral (0). Al igual que en el proceso anterior, en los casos en que había alguna duda, esta se resolvía por consenso del equipo de investigación. Los criterios utilizados para esta clasificación se pueden encontrar en la Tabla 2.

Finalmente, se determinaron los constructos que representan las mayores barreras o facilitadores para la implementación del programa HPV-JUNAEB, realizando para

Tabla 2
Criterios utilizados para asignar calificaciones a los constructos del CFIR

Clasificación	Criterios
-2	Se hace referencia a un constructo que puede considerarse una influencia negativa para el programa, que impide los procesos de trabajo y los esfuerzos de implementación. Las personas entrevistadas son capaces de dar ejemplos explícitos de cómo la presencia (o ausencia) de este factor influye de manera negativa en el programa.
-1	Se hace referencia a un constructo que representa una influencia negativa para el programa, que impide los procesos de trabajo y los esfuerzos de implementación. Las personas entrevistadas hacen afirmaciones generales sobre cómo su influencia afecta de manera negativa el programa, pero sin dar ejemplos concretos: <ul style="list-style-type: none"> • El constructo solo es mencionado sin ejemplos, evidencia o descripciones reales y concretas de cómo se manifiesta o influye en el programa. • Hay un efecto "mixto" del constructo, donde algunos aspectos son favorables y otros negativos, pero en general es mayormente negativo. • Hay suficiente información para hacer una inferencia indirecta sobre la influencia generalmente negativa del constructo. • La ausencia de algún elemento o aspecto es juzgada como débilmente negativa para el programa.
0	Un constructo tiene influencia neutral si: <ul style="list-style-type: none"> • Parece tener un efecto neutro (puramente descriptivo) o solo se menciona genéricamente, sin valencia. • No hay evidencia de influencia positiva o negativa. • Las personas entrevistadas se contradicen entre sí al hablar del constructo. • Hay influencias positivas y negativas en diferentes niveles de la organización que se equilibran entre sí. • Diferentes aspectos del constructo tienen influencia positiva, mientras que otros tienen influencia negativa y, en general, el efecto es neutral.
+1	Se hace referencia al constructo como una influencia positiva dentro del programa, que facilita los procesos de trabajo y los esfuerzos de implementación. Las personas entrevistadas hacen afirmaciones generales sobre cómo su influencia afecta de manera positiva el programa, pero sin dar ejemplos concretos: <ul style="list-style-type: none"> • El constructo solo es mencionado sin ejemplos, evidencia o descripciones reales y concretas de cómo se manifiesta o influye en el programa. • Hay un efecto "mixto" del constructo, donde algunos aspectos son favorables y otros negativos, pero en general es mayormente positivo. • Hay suficiente información para hacer una inferencia indirecta sobre la influencia generalmente positiva del constructo. • La ausencia de algún elemento o aspecto es juzgada como débilmente positiva para el programa.
+2	Se hace referencia a un constructo que puede considerarse una influencia positiva para el programa, que promueve los procesos de trabajo y los esfuerzos de implementación. Las personas entrevistadas son capaces de dar ejemplos explícitos de cómo la presencia (o ausencia) de este factor influye de manera positiva en el programa.

Nota: basado en Damschroder & Lowery (2013).

ello un análisis descriptivo de la frecuencia con la que fue mencionado cada constructo. Se utilizó como punto de corte para determinar la valencia de un constructo si había sido mencionado por al menos el 60% de los entrevistados como positivo o negativo; aquellos constructos que no cumplieron con este criterio se consideraron como neutrales. La magnitud se determinó por la mayoría de las personas que señalaron el constructo como fuerte o débil. Por otro lado, siguiendo a Damschroder & Lowery (2013), no se tomaron en cuenta aquellos constructos que fueron mencionados por menos de dos participantes.

Para garantizar aspectos éticos de la investigación se sometió el proyecto a la evaluación del Comité de Ética de la Investigación de la Academia de Humanismo Cristiano.

3. RESULTADOS

Se entrevistaron 16 personas. En la Tabla 3 se encuentra la categorización de cada constructo del CFIR respecto al HPV-JUNAEB en cuanto a su magnitud, su valor y su clasificación en las categorías facilitador fuerte o débil, barrera fuerte o débil y neutro. Es importante destacar que

Tabla 3

Barreras y facilitadores del HPV-JUNAEB según el CFIR.

Dominios y constructos	n	Magnitud/valencia					Categoría
		-2	-1	0	+1	+2	
Innovación							
Proveedor (fuente) de la innovación	2	–	–	–	–	1,00	Facilitador fuerte
Evidencia sobre la que se basa la innovación	4	–	–	0,25	0,25	0,50	Facilitador fuerte
Ventaja relativa de la innovación	4	–	–	–	0,25	0,75	Facilitador fuerte
Adaptabilidad de la innovación	11	0,09	0,09	0,18	0,64	–	Facilitador débil
Complejidad de la innovación	8	–	1,00	–	–	–	Barrera débil
Diseño de la innovación	11	0,09	0,09	0,27	0,45	0,09	Neutro
Contexto externo							
Incidentes críticos	4	0,67	0,33	–	–	–	Barrera fuerte
Condiciones locales	7	0,43	0,43	–	0,14	–	Barrera fuerte
Asociaciones y conexiones	7	0,14	0,29	0,14	0,14	0,29	Neutro
Políticas y leyes	3	1,00	–	–	–	–	Barrera fuerte
Contexto interno							
Características estructurales	12	0,42	0,33	0,17	0,08	–	Barrera fuerte
Infraestructura de tecnologías de la información	2	1,00	–	–	–	–	Barrera fuerte
Conexiones relacionales	8	–	–	0,25	0,50	0,25	Facilitador débil
Comunicaciones	5	–	0,40	0,20	–	0,40	Neutro
Cultura	5	–	0,60	0,20	0,20	–	Barrera débil
Compatibilidad	6	0,33	0,17	–	0,33	–	Neutro
Alineación con la misión	2	–	1,00	–	–	–	Barrera débil
Financiamiento	6	0,67	0,17	–	–	0,17	Barrera fuerte
Acceso al conocimiento e información	10	0,27	0,27	0,36	–	–	Neutro
Individuos							
Líderes de alto nivel	3	–	0,67	0,33	–	–	Barrera débil
Líderes de nivel medio	11	0,09	0,09	0,36	0,27	0,18	Neutro
Ejecutores de la innovación	11	–	–	0,36	0,18	0,45	Facilitador fuerte
Beneficiarios de la innovación	9	0,44	0,33	0,11	0,11	–	Barrera fuerte
Proceso de implementación							
Trabajo en equipo	2	–	–	–	–	1,00	Facilitador fuerte
Evaluación de necesidades	3	–	–	–	1,00	–	Facilitador débil
Evaluación de contexto	2	–	–	–	0,33	0,67	Facilitador fuerte
Planificación	7	–	0,71	–	0,14	0,14	Barrera débil
Reflexión y evaluación	6	–	0,33	0,17	0,33	0,17	Neutro
Adaptación	5	–	0,17	0,17	0,50	0,17	Facilitador débil

Nota: las proporciones más altas de cada constructo se muestran en negrita.

de los 44 constructos que componen el CFIR, solo 31 fueron mencionados por al menos 2 de los entrevistados.

3.1. Innovación

Este dominio se enfoca en las características de la intervención que se implementa –en este caso, el programa HPV-JUNAEB– y agrupa el mayor número de constructos considerados como facilitadores por los participantes.

Los participantes consideraron que el constructo “proveedor de la innovación”, es decir, la reputación y credibilidad del grupo que desarrolla, patrocina y distribuye el programa, es un facilitador fuerte para su implementación. La trayectoria de la JUNAEB como implementador del programa y su capacidad para formar equipos multidisciplinarios, que generalmente no se encuentran dentro de las escuelas, lo diferencia de otras iniciativas, con lo cual gana una buena reputación y la confianza de los establecimientos.

La evidencia sobre la que se basa la innovación también fue identificada como un facilitador fuerte. En general, las personas se refieren al hecho de que las acciones promovidas por el programa están respaldadas por una base teórica y empírica, señalando aspectos como que los éxitos del programa se pueden observar en los resultados académicos de los niños. Esta base en la evidencia facilita la adopción del programa por parte de los ejecutores y las autoridades de los establecimientos, que ven en este una inversión de recursos segura.

El constructo “ventaja relativa de la innovación” fue identificado como un facilitador fuerte, destacándose las ventajas que el programa tiene sobre otras iniciativas; por ejemplo, el programa ofrece retroalimentación del proceso a sus beneficiarios, además interviene en diferentes niveles, realizando acciones promocionales, preventivas y específicas.

La adaptabilidad de la innovación fue clasificada como un facilitador débil. El programa parece ser fácilmente adaptable a los diferentes contextos en los que se encuentran los establecimientos educativos en Chile. En este sentido, su diseño proporciona a sus ejecutores un conjunto de objetivos que cumplir y un número mínimo de actividades para llevar a cabo, pero deja abierta la posibilidad de adaptar los contenidos y estrategias utilizadas. Aquellos que lo consideraron como una barrera, lo hicieron con base en que el número de actividades ya sea por su frecuencia o duración, era demasiado alto para llevarse a cabo en un contexto escolar, donde las prioridades de los profesionales tienden a estar enfocadas en aspectos académicos y la salud mental pasa a segundo orden.

La complejidad de la innovación fue el único constructo de este dominio considerado como una barrera débil. Esto se debe a que la complejidad del programa, tanto en su base teórica y empírica, como en su ejecución, incluye varios niveles y dimensiones que dificultan la implementación de las intervenciones y el trabajo de los ejecutores.

El diseño de la innovación, es decir, el grado en que el programa está bien diseñado y empaquetado para su implementación, fue clasificado como un elemento neutral debido a la variabilidad de las respuestas obtenidas. La mayoría de los participantes lo consideraron como un

facilitador de la implementación, indicando que, una vez que se comprende el programa, los objetivos son claros; asimismo, la estructura dada a las actividades facilita su implementación y proporciona a los ejecutores la suficiente flexibilidad para adaptarse a diferentes contextos. Aquellos que lo percibieron como una barrera, se refieren al hecho de que el programa ha sido modificado en muy pocas ocasiones desde que fue creado, lo que hace que tenga algunos aspectos obsoletos, aunque esto se resuelve en cierta medida gracias a su adaptabilidad.

3.2. Contexto externo

Este dominio incluye el sistema de salud, los servicios locales públicos de educación o las corporaciones educativas, el Estado y el resto de las organizaciones privadas que puedan tener alguna relación con el programa.

Los incidentes críticos se perciben como barreras fuertes para el programa. En general, los participantes señalaron que eventos como huelgas profesionales, terremotos, incendios forestales, inundaciones y disturbios sociales críticos detienen por completo las actividades escolares en los establecimientos públicos, lo que obliga a reestructurar la programación de actividades y dificulta completarlas debido a la falta de tiempo.

Las condiciones locales también se perciben como barreras fuertes para la implementación del programa. En este caso, los participantes se refirieron principalmente a que la política regional y local puede afectar el programa a través de decisiones que generan nuevas barreras para su implementación, como cuando se decide si los servicios locales de educación serán o no entidades ejecutoras.

El constructo “asociaciones y conexiones” se consideró como un factor neutral. Aquellos que lo ven como un facilitador tienden a referirse a la buena relación entre los centros de atención primaria públicos y el programa HPV-JUNAEB, mientras que aquellos que lo consideran una barrera indican que su relación con los programas de salud u otros servicios sociales que se implementan en las escuelas es difícil, está desarticulada y a veces es un obstáculo por la burocracia o las condiciones materiales del gobierno local.

Las políticas y leyes fueron mencionadas por el mínimo número de personas para ser consideradas en el análisis. Quienes las consideran una barrera fuerte se refieren específicamente a cómo las regulaciones actuales desfavorecen contractualmente a los profesionales del programa, lo que genera una alta rotación. Por otro lado, se señala que la legislación actual parece tener ciertas inconsistencias con los objetivos del programa; por ejemplo, invita a posicionarse desde una perspectiva médica y farmacológica de la salud mental mientras que el programa intenta promover la salud mental dentro de la escuela a través de la convivencia escolar y la formación en habilidades socioemocionales.

3.3. Contexto interno

El contexto interno es aquel en el que se implementa la innovación. En el caso del HPV-JUNAEB, implica tanto

a los establecimientos educativos donde se realizan las intervenciones como a las instituciones que alojan el programa y se encargan de su estructura administrativa.

Las características estructurales fueron el constructo más mencionado por los participantes. Se identificó como una barrera fuerte para la implementación del programa, agrupando diferentes contenidos, pero todos asociados con la gestión administrativa del programa.

En primer lugar, se hizo referencia a la dependencia administrativa del programa, que determinaba que su valor quedara condicionado por la diversidad de organizaciones a las que está anclado. Las personas que tenían como referencia instituciones compatibles con el resto de las actividades del HPV-JUNAEB y donde se daban facilidades a los equipos ejecutores para la implementación, se refirieron a este aspecto como algo positivo. Por otro lado, la mayoría de las personas lo señalaron como una barrera, ya que, desde su experiencia, el programa tiende a depender de centros de salud o servicios sociales, donde las condiciones contractuales de los ejecutores no son óptimas, se les pide que realicen actividades adicionales y a veces incompatibles, están subordinados a personas que tienen visiones desalineadas con el programa y pueden volverse administrativamente ineficientes. Asimismo, la infraestructura de tecnologías de la información también es una barrera fuerte, debido a que está desactualizada o es insuficiente.

Las conexiones relacionales representan el único facilitador débil dentro de este dominio. Se refiere a las relaciones, redes y equipos que se forman dentro del contexto interno del programa. En este sentido, las personas generalmente se refieren a las relaciones que pueden establecerse dentro del equipo de ejecutores y con los equipos directivos de los establecimientos donde se realizan las intervenciones, ya que estos funcionan como una “puerta de entrada” y facilitan la aceptación del programa.

Las comunicaciones se clasificaron como un factor neutral debido a la variabilidad de las respuestas de los participantes. Mientras que algunos profesionales consideran que las prácticas de intercambio de información dentro del programa son muy jerárquicas y están atravesadas por la burocracia, otros participantes sostuvieron que los medios de comunicación utilizados dentro del programa son accesibles y eficientes.

La cultura se clasificó como una barrera débil. Los participantes mencionaron la resistencia que aún existe respecto al cuidado de la salud mental y el trabajo de los psicólogos, así como el rechazo que algunos profesores tienen hacia los profesionales de una institución externa que ocupan espacios dentro de las escuelas.

La compatibilidad se categorizó como un elemento neutral debido a su variabilidad, que está sujeta a la diversidad de contextos en los que se implementa el programa HPV-JUNAEB. Mientras que algunos participantes comentaron que el programa era compatible con las actividades escolares y las de su dependencia administrativa, que se integraba correctamente y no causaba modificaciones en

la planificación, otros entrevistados mencionaron que las actividades del programa no estaban alineadas ni con las escuelas ni con su dependencia administrativa, lo que los conducía a modificar horarios o a llevar a cabo actividades que no deberían formar parte de sus funciones.

En relación con esto, también se detectó que la alineación con la misión se considera una barrera débil, ya que los participantes señalan que los establecimientos educativos o las instituciones de las que depende el HPV-JUNAEB no están alineados en términos de su misión con los objetivos del programa, lo que crea distorsiones o disputas en cuanto a cómo debe ser la implementación.

La financiación se clasificó como una barrera fuerte. En general, las personas mencionaron que pasa mucho tiempo entre el inicio de la implementación de las intervenciones y el pago de los honorarios de los profesionales. Esto resulta en inestabilidad laboral, alta rotación de personal, así como la falta de algunos materiales y recursos, lo que genera que las instituciones que alojan el programa deban buscar fuentes de financiamiento alternativas para mantenerlo en funcionamiento hasta que lleguen los fondos designados.

El acceso al conocimiento e información se codificó como un elemento neutral. En las ocasiones en que se mencionó como un factor facilitador, se hizo referencia a la calidad de la capacitación y los manuales con los que cuenta el programa, indicando que son de buena calidad y guían eficazmente a los profesionales. Sin embargo, la mayoría parece estar de acuerdo en que el alcance de estas capacitaciones es bajo y que las nuevas incorporaciones generalmente aprenden mediante ensayo y error, o a través de la convivencia con sus pares.

3.4. Individuos

El dominio “individuos” se refiere a cómo las características y roles de las personas que forman parte del programa impactan en su implementación.

El primer grupo de individuos mencionado fueron los líderes de alto nivel, considerados como una barrera débil. Los participantes mencionan que estos líderes están desconectados de las actividades realizadas por el HPV-JUNAEB y no pueden ser referentes técnicos para los ejecutores. En la misma línea, se señala que estas personas no parecen tener las habilidades administrativas y políticas necesarias para garantizar condiciones favorables o, debido a su desconexión con el trabajo de campo, las decisiones que toman obstaculizan o simplemente no favorecen la tarea de los ejecutores.

La percepción de los líderes de nivel medio se consideró un factor neutral y fue uno de los constructos más mencionados, por lo que se considera que tiene una gran relevancia para la implementación del programa. Al referirse a este constructo como una barrera, se señala principalmente el poco compromiso que algunos coordinadores parecen tener con el programa y los ejecutores a su cargo, que están desconectados del trabajo de campo, no realizan sus tareas de coordinación y que los ejecutores no pueden confiar en

estas personas para resolver las dificultades que enfrentan o promover condiciones de trabajo óptimas. Por otro lado, al referirse a estos líderes como facilitadores, se señala que constituyen un apoyo estructural y emocional para los ejecutores, están comprometidos con el programa, son conscientes de las condiciones contextuales, responden a las necesidades de los ejecutores y realizan esfuerzos visibles para promover condiciones de trabajo óptimas.

El constructo de implementadores de innovación también fue uno de los más mencionados; la mayoría de los participantes consideran a los implementadores como un facilitador fuerte. Se hace referencia a la motivación, compromiso y dedicación de los implementadores al llevar a cabo su trabajo, así como al alto desarrollo de competencias sociales de estas personas.

Los beneficiarios de innovación fueron vistos como una barrera fuerte por los entrevistados. Los participantes señalaron principalmente la relación del programa con padres y profesores, quienes a menudo no comprenden su papel en la salud mental de los niños, no le dan importancia al cuidado de su propia salud mental, no desean participar en el programa o expresan tener otras prioridades, esperando que los profesionales del programa se hagan cargo por completo del cuidado de la salud mental de los estudiantes. Por lo general, cuando se hizo alguna mención de este constructo como facilitador, se habló sobre cómo los estudiantes, y en menor medida algunos padres y profesores comprometidos, reciben las intervenciones de manera positiva.

3.5. Proceso de implementación

El proceso de implementación se refiere a las estrategias y actividades utilizadas para implementar la innovación, que tienden a distinguirse de la implementación misma porque son acciones que se llevan a cabo antes o después de la ejecución de una intervención.

El trabajo en equipo se categorizó como un facilitador fuerte. Las personas que se refirieron a este constructo indican que en los equipos de ejecutores del HPV-JUNAEB tiende a haber una adecuada articulación entre sus miembros para la coordinación e implementación del programa.

La evaluación de las necesidades se categorizó como un facilitador débil, mientras que la evaluación del contexto se clasificó como un facilitador fuerte. Las personas que mencionaron estos constructos se refieren a cómo en los equipos han instalado instancias para la evaluación del contexto en el que se desarrolla el programa, las necesidades de sus ejecutores y la población beneficiaria, lo que sirve de base sobre la cual construir futuras planificaciones.

La planificación es considerada por la mayoría de los entrevistados como una barrera débil para la implementación del programa. Esto se debe a que, incluso a nivel local, el programa es tan amplio y tiene tantos componentes que planificarlo se vuelve difícil. Además, a menudo se hace referencia a que las instancias superiores del programa exigen una alta carga de trabajo administrativo por parte de los equipos ejecutores.

Los espacios para reflexionar y evaluar se categorizaron como una influencia neutral en la implementación del programa. Aquellos que mencionaron este constructo como una barrera refirieron que la recopilación de información cuantitativa y cualitativa implica un trabajo extra que al final no se utiliza para modificar el programa. Por otro lado, aquellos que indican que reflexionar y evaluar es un facilitador para el programa señalan que la propia actividad de recopilar información sobre el éxito del programa le otorga validez y reconocimiento, lo que puede facilitar su adopción; también indican que esta información puede utilizarse eficazmente para generar planificación futura.

Finalmente, la adaptación del programa se percibe como un facilitador débil. Las personas que mencionan este constructo tienden a hablar sobre cómo la experiencia y los resultados obtenidos a lo largo de los años han permitido realizar modificaciones al programa. Estas modificaciones generalmente han sido percibidas como beneficiosas y se han llevado a cabo con buenos resultados tanto a nivel local como nacional.

4. DISCUSIÓN

El principal objetivo de este estudio fue identificar las barreras y facilitadores que afectan la implementación del programa HPV-JUNAEB en Chile, utilizando el CFIR (Damschroder et al., 2009, 2022; Means et al., 2020). En este sentido, se encontró que el CFIR es suficientemente flexible como para cubrir la amplitud de los determinantes que influyen positiva o negativamente en un programa que se implementa en un país de ingresos medios y en los diversos contextos institucionales en los que se implementa el HPV-JUNAEB, tal como ha ocurrido en estudios similares en otros países (Agulnik et al., 2022; Straw et al., 2022).

Se identificaron 31 constructos determinantes para la implementación del programa, seis facilitadores fuertes, cuatro facilitadores débiles, siete barreras fuertes, cinco barreras débiles y siete determinantes neutrales. La primera fuente de facilitadores para el programa se encuentra en las características de la propia innovación, entre las que se encuentran el proveedor de la innovación, que tiene una importante reputación en el país; la evidencia a favor de la efectividad de la innovación; la ventaja relativa sobre otras posibles intervenciones, y la adaptabilidad de la innovación.

La confianza en el proveedor de la innovación, en sus bases teóricas y empíricas, y su ventaja en comparación con otras posibles intervenciones, tienden a ser los determinantes más importantes para la implementación (Damschroder & Lowery, 2013; Kirk et al., 2016; Newbury et al., 2022). En este sentido, que los ejecutores de una innovación tengan confianza en ella, conozcan sus fortalezas y efectos, tiende a aumentar la aceptabilidad de la innovación y la fidelidad de la implementación (Leiva et al., 2021).

Por otro lado, los resultados pueden interpretarse como que el locus de control y el punto de referencia desde el cual expresan sus puntos de vista los participantes juegan un papel importante en cómo perciben los factores

que afectan la implementación de la innovación (Newbury et al., 2022). La mayoría de los facilitadores identificados son susceptibles al control de los ejecutores en mayor o menor medida, mientras que la mayoría de las barreras parecen ser aquellas que están más alejadas de esta posibilidad de control, independientemente de si el factor en cuestión pertenece al contexto interno o externo.

Teniendo esto en cuenta, la adaptabilidad de la innovación, que es una característica del HPV-JUNAEB, podría ser interpretada por los participantes como el grado en que la innovación les permite generar acciones que se adapten al contexto, siendo un aspecto que les otorga cierto control sobre la implementación del programa (Newbury et al., 2022). Esta percepción de autonomía y control también podría estar facilitando el nivel de compromiso de los ejecutores con el programa HPV-JUNAEB, lo cual ha sido observado tanto en esta investigación como en otras (Leiva et al., 2021; Rojas-Andrade & Leiva, 2018).

Del mismo modo, investigaciones previas sitúan a los ejecutores como el eje central del funcionamiento del programa: son ellos quienes permiten que la innovación genere beneficios para la población a pesar de los problemas estructurales que rodean la ejecución de las intervenciones (Rojas-Andrade & Leiva, 2018). Estos resultados están en línea con lo observado en la evaluación de la implementación de otros programas en la región (Agulnik et al., 2022; Newbury et al., 2022).

Por otro lado, entre las barreras para la implementación del programa, destacan la complejidad de la innovación y la planificación. Los participantes mencionaron la primera para justificar por qué la segunda se convierte en un determinante que ejerce influencia negativa. En un programa como el HPV-JUNAEB, cuya complejidad no proviene de los protocolos o la intervención en sí misma, sino de sus diferentes niveles de atención, con una consecuente amplia gama de intervenciones y diferentes actores involucrados, superar esta barrera podría significar generar un cambio en sus características estructurales, que también fueron identificadas como una barrera. Los cambios podrían ir, por ejemplo, en la dirección de especializar puestos de trabajo, especificar las funciones de los ejecutores y reorganizar la estructura organizativa para que la comprensión y planificación de los diferentes niveles del programa no representen un desafío abrumador para los ejecutores y coordinadores (Kok et al., 2016).

Otras barreras para la implementación del programa son aspectos del contexto externo, como incidentes críticos, condiciones locales, leyes y políticas, así como otros del contexto interno, como la infraestructura tecnológica, la dependencia administrativa del programa o la financiación. Estos resultados están en línea con lo que se ha encontrado en investigaciones previas (Aranguren Zurita et al., 2022; Leiva et al., 2021; López & Álvarez, 2018; Rojas-Andrade & Leiva, 2018), y destacan que innovaciones como HPV-JUNAEB, que involucran a múltiples actores, dependen mucho más del apoyo del contexto que aquellas innovaciones que se

dedican a entregar productos concretos (por ejemplo, entrega de medicamentos o comida) y están dirigidas a un único nivel (por ejemplo, un único beneficiario o un único nivel de intervención) (Fixsen et al., 2019; Means et al., 2020).

Finalmente, es relevante destacar que los factores identificados como neutrales lo son porque se entrevistó a personas que trabajan en diferentes instituciones que implementan el programa. Este resultado, que muestra la importancia de la institución implementadora, está en línea con otras investigaciones, que sugieren que las mejores instituciones para albergar el HPV-JUNAEB son aquellas dedicadas específicamente al sector educativo (Rojas-Andrade & Prosser Bravo, 2022).

5. CONCLUSIÓN

El uso de un marco amplio como el CFIR en la investigación sobre la implementación del HPV-JUNAEB extiende la visión e información sobre los determinantes de la implementación que facilitan o dificultan la aplicación del programa.

En conclusión, se encontró que en general, desde la perspectiva de los coordinadores de instituciones implementadoras del HPV-JUNAEB, la innovación y el proceso son percibidos como facilitadores de la implementación del programa en contraposición al contexto externo, que se percibe como un fuerte obstaculizador.

Este estudio proporciona información relevante sobre la implementación del programa para mejorar la calidad, coherencia y relevancia cultural de las prácticas de salud mental escolar en la región latinoamericana.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores no han referido ningún potencial conflicto de interés en relación con el contenido de este artículo.

FINANCIAMIENTO

Este trabajo fue posible gracias al Proyecto ANID FONDECYT de Iniciación 11220112.

REFERENCIAS

- Agudelo-Hernández, F. & Rojas-Andrade, R. (2021). Ciencias de la implementación y salud mental: un diálogo urgente. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(1), S174-S182. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.001>
- Agulnik, A., Ferrara, G., Puerto-Torres, M., Gillipelli, S. R., Elish, P., Muniz-Talavera, H., González-Ruiz, A., Armenta, M., Barra, C., Díaz, R., Hernandez, C., Juárez Tobías, S., De Jesús Loeza, J., Méndez, A., Montalvo, E., Penafiel, E., Pineda, E. & Graetz, D.E. (2022). Assessment of barriers and enablers to implementation of a pediatric early warning system in resource-limited settings. *JAMA Network Open*, 5(3), E221547. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.1547>
- Aranguren Zurita, S., López-Donaire, V., Meza-Ibarra, M., Parra Moraga, B., Prosser Bravo, G., Caro Zúñiga, C. & Rojas-Andrade, R. (2022). Análisis de un programa

- chileno de salud mental escolar desde el enfoque de fases de implementación. *Revista de Psicología*, 31(2). <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2022.69305>
- Aravena León, S. (2018). Barreras y facilitadores para la implementación de un programa de salud mental en Chile (memoria para optar al título de psicólogo). Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología.
- Bertram, R., Edwards, D., Engell, T., Kerns, S.E.U., Øvretveit, J., Rojas-Andrade, R., Sarkies, M. & Williams, C.R. (2021). Welcome to global implementation research and applications. *Global Implementation Research and Applications*, 1(1), 1-4. <https://doi.org/10.1007/s43477-021-00006-3>
- Creswell, J. & Creswell, D. (2022). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (6ª ed.). SAGE Publications, Inc.
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Damschroder, L.J. & Lowery, J.C. (2013). Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR). *Implementation Science*, 8(1), 51. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-51>
- Damschroder, L.J., Reardon, C.M., Widerquist, M.A.O. & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- De Chaisemartin, C. & Navarrete, N. (2020). *The direct and spillover effects of a nationwide socio-emotional learning program for disruptive students*. <http://arxiv.org/abs/2004.08126>
- Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D. & Schellinger, K.B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Fixsen, D.L., Blase, K. & Van Dyke, M.K. (2019). *Implementation practice & science*. The Active Implementation Research Network.
- Forman, J. & Damschroder, L. (2008). Qualitative content analysis. En L. Jacoby & L. A. Siminoff (eds.), *Advances in Bioethics* (1ª ed., vol. 11, pp. 39-62). Elsevier Ltd.
- George, M., Guzmán Piña, J., Flotts de los Hoyos, M., Squicciarini Navarro, M.A. & Guzmán Llona, M.P. (2012). Salud mental en escuelas vulnerables: evaluación del componente promocional de un programa nacional. *Revista de Psicología*, 21(2), 55-81. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26424861003>
- González Ramírez, L. (2016). *Características de la implementación de una intervención en salud mental escolar: La experiencia de los equipos ejecutores (memoria para optar al título de psicóloga)*. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología.
- González Zúñiga, F. (2018). Origen del Programa HPV. En F. Peña Quintanilla (ed.), *Apoyando el bienestar en las comunidades educativas. Programa Habilidades para la Vida* (1ª ed., pp. 11-29). Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB).
- Guzmán, J., Kessler, R. C., Squicciarini, A.M., George, M., Baer, L., Canenguez, K.M., Abel, M. R., McCarthy, A., Jellinek, M.S., & Murphy, J.M. (2015). Evidence for the effectiveness of a national school-based mental health program in Chile. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(10), 799-807.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.07.005>
- Hoover Stephan, S., Weist, M., Kataoka, S., Adelsheim, S. & Mills, C. (2007). School mental health. *Psychiatric Service*, 58(10), 1330-1338. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2007.58.10.1330>
- Hudson, K.G., Lawton, R. & Hugh-Jones, S. (2020). Factors affecting the implementation of a whole school mindfulness program: a qualitative study using the consolidated framework for implementation research. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4942-z>
- Kirk, M.A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S.A., Abadie, B. & Damschroder, L. (2016). A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z>
- Kok, G., Gottlieb, N.H., Peters, G.J.Y., Mullen, P.D., Parcel, G.S., Ruiters, R.A.C., Fernández, M.E., Markham, C. & Bartholomew, L.K. (2016). A taxonomy of behaviour change methods: an Intervention Mapping approach. *Health Psychology Review*, 10(3), 297-312. <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1077155>
- Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4(6), 421. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)
- Leiva, L., George, M., Antivilo, A., Squicciarini, A.M., Simonsohn, A., Vargas, B. & Guzmán, J. (2015). Salud mental escolar: logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica. *Psicoperspectivas*, 14(1), 31-41. <https://doi.org/10.5027/Psicoperspectivas-vol14-issue1-fulltext-508>
- Leiva, L., Zavala-Villalón, G., Antivilo-Bruna, A., Torres, B. & Ganga-León, C. (2021). Implementation of a national mental health intervention in educational communities: what do successful teams do differently? *Journal of Community Psychology*, 49(1), 133-151. <https://doi.org/10.1002/jcop.22370>
- López, V. & Álvarez, J.P. (2018). Diseño, desarrollo y transferencia de un sistema de monitoreo de la convivencia escolar al Programa Habilidades para la Vida. En F. Peña Quintanilla (ed.), *Apoyando el*

- bienestar en las comunidades educativas. Programa Habilidades Para la Vida* (1ª ed., pp. 43-63). Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). www.simplecomunicacion.cl
- Mascayano, F. & Gerardo, J. (2018). Ciencia de implementación en la evaluación de programas y servicios de salud en Chile. *Revista Médica de Chile*, 146(7), 942-945. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000700945>
- McLoughlin, G.M., Sweeney, R., Liechty, L., Lee, J.A., Rosenkranz, R.R. & Welk, G.J. (2022). Evaluation of a large-scale school wellness intervention through the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): implications for dissemination and sustainability. *Frontiers in Health Services*, 2. <https://doi.org/10.3389/frhs.2022.881639>
- Means, A.R., Kemp, C.G., Gwayi-Chore, M.C., Gimbel, S. Soi, C., Sherr, K., Wagenaar, B.H., Wasserheit, J.N. & Weiner, B.J. (2020). Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in low- and middle-income countries: a systematic review. *Implementation Science*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0977-0>
- Murphy, J.M., Abel, M.R., Hoover, S., Jellinek, M. & Fazel, M. (2017). Scope, scale, and dose of the world's largest school-based mental health programs. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(5), 218-228. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000149>
- Newbury, D., Mesa, C., Puglisi, M., Nash, M., Nag, S., Hulme, C. & Snowling, M. (2022). Challenges for implementation in diverse settings: reflections on two randomised controlled trials of educational interventions in South American communities. *Research Papers in Education*, 38(6), 966-986. <https://doi.org/10.1080/02671522.2022.2065526>
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- Owens, J.S., Lyon, A.R., Brandt, N.E., Masia Warner, C., Nadeem, E., Spiel, C. & Wagner, M. (2014). Implementation science in school mental health: key constructs in a developing research agenda. *School Mental Health*, 6(2), 99-111. <https://doi.org/10.1007/s12310-013-9115-3>
- Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
- Patton, M.Q. (2014). *Qualitative research & evaluation methods* (4ª ed.). SAGE Publications, Inc.
- Peters, D.H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I.A. & Tran, N. (2014). Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. *British Journal of Sports Medicine*, 48(8), 731-736. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>
- Powell, B.J., Fernandez, M.E., Williams, N.J., Aarons, G.A., Beidas, R.S., Lewis, C.C., McHugh, S.M. & Weiner, B.J. (2019). Enhancing the impact of implementation strategies in healthcare: a research agenda. *Frontiers in Public Health*, 7(enero). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00003>
- Richter, A., Sjunnestrand, M., Strandh, M.R. & Hasson, H. (2022). Implementing school-based mental health services: a scoping review of the literature summarizing the factors that affect implementation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph19063489>
- Rojas-Andrade, R. & Leiva Bahamondes, L. (2019). Adherencia y resultados. Un análisis de componentes estratégicos en salud mental escolar. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 19(1), 47-59. <https://doi.org/10.21134/haaj.v19i1.403>
- Rojas-Andrade, R., Leiva Bahamondes, L., Vargas, B. & Squicciarini Navarro, A.M. (2017). Efectos de la fidelidad de la implementación sobre los resultados de una intervención preventiva en salud mental escolar: un análisis multinivel. *Psychosocial Intervention*, 26(3), 147-154. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.12.002>
- Rojas-Andrade, R. & Leiva, L. (2018). School mental health from the perspective of Chilean professionals. *Psicoperspectivas*, 17(2), 1-12. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue2-fulltext-1101>
- Rojas-Andrade, R. & Prosser Bravo, G. (2022). El mejor colaborador. Evaluación del efecto escolar de diferentes colaboraciones interorganizacionales utilizando Propensity Matching Score. *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 39(2), 73-88. <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.2.5>
- Short, K.H., Bullock, H.L., Crooks, C.V. & Georgiades, K. (2022). Using implementation science to optimize school mental health during the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 41(3), 5-21. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2022-021>
- Straw, C., Sánchez Antelo, V., Paolino, M., Murillo, R., Espina, C. & Arrossi, S. (2022). Acceptability, appropriateness and feasibility of the Latin American and Caribbean Code against Cancer: perceptions of decision-makers and health professionals in Argentina. *Ecancermedicalscience*, 16. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2022.1375>
- Taylor, S., Bogdan, R. & DeVault, M. (2016). *Introduction to Qualitative Research Methods* (4ª ed.). John Wiley & Sons, Inc.
- Torres-Cortés, B., Leiva, L., Antivilo-Bruna, A. & Zavala-Villalón, G. (2021). Between acceptance and rejection: how gender influences the implementation climate of a school sexuality education program. *Frontiers in Education*, 6. <https://doi.org/10.3389/educ.2021.599712>
- Wilhelm, A.K., Schwedhelm, M., Bigelow, M., Bates, N., Hang, M., Ortega, L., Pergament, S. & Allen, M.L. (2021). Evaluation of a school-based participatory intervention to improve school environments using

the Consolidated Framework for Implementation Research. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11644-5>

Zhang, S.X., Batra, K., Xu, W., Liu, T., Dong, R.K., Yin, A., Delios, A.Y., Chen, B.Z., Chen, R.Z., Miller, S.,

Wan, X., Ye, W. & Chen, J. (2022). Mental disorder symptoms during the COVID-19 pandemic in Latin America - a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e23. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000767>