



Programas de Visitas Domiciliarias (Periodos Pre y Postnatal)

Índice de Contenidos

(Última Actualización: 16-03-2010)

Síntesis sobre los programas de visitas domiciliarias (periodos pre y postnatal).....	i
Programas de visitas domiciliarias en periodos pre y postnatal y su impacto en el desarrollo emocional y social de niños pequeños (0-5) <i>David Olds</i>	1-7
Programas efectivos de desarrollo en la primera infancia para familias de escasos recursos: Intervenciones de visitas domiciliarias durante el embarazo y la primera infancia <i>Harriet J. Kitzman</i>	1-7
Programas de visitas domiciliarias y su impacto en los niños pequeños <i>Craig Zercher y Donna Spiker</i>	1-8
Programas de visitas domiciliarias en periodos pre y postnatal y su impacto en el desarrollo emocional y social de niños pequeños (0-5): Comentarios sobre Olds, Kitzman, Zercher y Spiker <i>Deborah Daro</i>	1-5



Síntesis sobre los Programas de Visitas Domiciliarias (Periodos Pre y Postnatal)

*(Puesto en línea, en inglés, el 5 de octubre de 2007)
(Puesto en línea, en español, el 16 de marzo de 2010)*

*Esta síntesis ha sido traducida en colaboración con la Junta Nacional de Jardines Infantiles
-JUNJI- Gobierno de Chile.*

¿Por qué es importante?

Los programas de visitas domiciliarias buscan [ayudar a las familias](#) para que éstas apoyen el crecimiento y desarrollo saludable de sus niños. Estas intervenciones pueden orientar sus servicios a familias o cuidadores que se encuentren en una situación desfavorable para establecer y mantener un entorno que promueva el crecimiento y desarrollo saludable de los niños, o bien cuando el niño es más vulnerable debido a problemas de salud o de desarrollo.

Muchos de los [programas de visitas domiciliarias](#) surgieron a raíz de la necesidad de ejercer presión política para prevenir el maltrato infantil. Hay múltiples formas mediante las cuales estas intervenciones pueden identificar y abordar asuntos relacionados con el maltrato infantil: las visitas domiciliarias pueden ayudar a los proveedores de servicios a evaluar la [seguridad](#) del ambiente en el cual se encuentra el niño; asimismo, los proveedores pueden trabajar individualmente con los padres para mejorar la relación con sus hijos.

Algunos investigadores sugieren que estas iniciativas pueden llegar a familias y cuidadores que de otra forma no buscarían este apoyo. También logran que los beneficiarios se sientan más relajados y sean capaces de compartir su situación, lo que a su vez brinda a los proveedores más oportunidades para adaptar su apoyo y orientación a las diferentes circunstancias de la vida real de cada uno de ellos. Todo esto conlleva a relaciones más satisfactorias entre cliente y proveedor.

¿Qué sabemos?

Los programas de visitas domiciliarias varían significativamente en sus modelos teóricos subyacentes, las características de las familias elegidas, el número y la duración de las visitas programadas, la extensión de la intervención, el currículo y los enfoques adoptados y el grado de descripción de ellos en un manual, la fidelidad de ejecución del programa y los antecedentes y capacitación de los profesionales.

Con tantas variables involucradas, no es extraño que los efectos de los programas de visitas domiciliarias también hayan cambiado. Diversas revisiones han concluido que estas visitas pueden ser una [estrategia efectiva](#) para lograr resultados más satisfactorios en la salud y el desarrollo de los niños de familias socialmente desfavorecidas, en tanto que otros estudios no han informado sobre impacto alguno. Aun cuando la conducta de los padres sea modificada, no siempre se perciben mejores resultados en los niños.

De acuerdo a la investigación disponible, se logran [mejores resultados](#) cuando los programas de visitas están basados en teorías del desarrollo y cambios de conducta, se orientan empíricamente a los factores de riesgo, cuentan con visitadores altamente capacitados (tales como acompañantes terapéuticos), y siguen un programa bien estructurado durante el curso de las visitas.

Para lograr efectos incluso mayores, se puede necesitar de una intervención más intensiva, directamente con el niño.

Los [efectos de los programas de visitas domiciliarias](#) se pueden extender más allá de los resultados logrados en el niño. Algunos de estos programas han logrado resultados positivos en los siguientes aspectos:

- Planificación familiar: reducción de la frecuencia de embarazos y el número total de ellos;
- Conducta prenatal saludable: dieta más sana, disminución del consumo de cigarrillos y abuso de otras sustancias;
- Funcionamiento materno: disminución del deterioro de la capacidad funcional de la madre por el consumo de drogas; menor cantidad de arrestos y condenas, mayores posibilidades de participar en una relación estable, así como de mayor utilización de redes de apoyo social formales e informales;
- Autosuficiencia familiar: mayor participación en la fuerza laboral y reducción del tiempo de inscripción en programas de ayuda gubernamental;
- Habilidades parentales: actitudes parentales más positivas, y mejor interacción madre-hijo;
- Seguridad del niño: menores riesgos y menos visitas a los servicios de urgencia; disminución de hospitalizaciones infantiles debido a lesiones e ingesta de sustancias tóxicas y a cuidado primario por enfermedades delicadas; reducción de abuso y abandono infantil.

Un seguimiento de dos años al Proyecto Nacional de Capacitación en Educación Nacional Head Start (Early Head Start National Demonstration Project) muestra que las madres que participaron en el estudio proporcionaron más apoyo, fueron más sensibles, menos indiferentes y más dispuestas a prolongar los juegos para estimular el desarrollo cognitivo, el lenguaje y el conocimiento general del niño. También se informó de una menor incidencia de castigo físico y utilización de formas de disciplina más suaves con sus hijos. Estos [resultados](#) fueron más frecuentes en familias que participaron en los programas que incluían visitas domiciliarias, contrario a lo observado en familias que tomaron parte de programas que solo otorgaban sus servicios en los centros de atención. Sin embargo, el ideal pareció ser los programas que ofrecieron una combinación de servicios en los hogares y en los centros; éstos mostraron los mejores resultados.

La investigación también indica que los programas de visitas domiciliarias pueden tener un impacto positivo en el comportamiento de los jóvenes. Una investigación sobre los programas de visitas domiciliarias [pre y postnatales](#) mostró las diferencias a largo plazo en materia de detenciones, de condenas y de violaciones de la libertad condicional, del uso temprano del alcohol, del tabaco y de la promiscuidad sexual entre los adolescentes de 15 años, cuyas madres fueron identificadas como de mayor riesgo debido a sus bajos ingresos y a su estado civil de soltería al momento de inscribirse en el programa.

¿Qué podemos hacer?

Para desarrollar una evaluación integral de la eficacia y efectividad de los programas de visitas domiciliarias, es importante reunir información suficiente sobre los participantes que permita analizar los efectos del programa sobre varios tipos de subgrupos. La evaluación debería medir también múltiples resultados en el niño y su familia en diversos momentos durante el programa.

Además, sigue siendo necesario determinar qué [componentes de los programas](#) son esenciales y cuáles producen los mayores resultados a largo plazo. La evidencia muestra que los resultados de programas de visita domiciliarias multidimensionales; es decir, aquéllos que se orientan al desarrollo del ciclo vital de la madre, la vida familiar, el cuidado del niño y su desarrollo integral, perduran durante mucho tiempo después del término de la intervención.

La [ejecución](#) de los programas supone una serie de dificultades: las familias no siempre aceptan inscribirse o pueden abandonarlo antes de la fecha prevista, perdiendo así parte de las visitas que contempla el programa. Las investigaciones recientes sugieren que los índices de participación pueden ser ampliamente mejorados si estos programas se integran a un sistema amplio y diversificado. Cuando los programas domiciliarios intensivos van a la par con un programa comunitario o grupal, la proporción de nuevos padres que utilizan los servicios de prevención puede aumentar considerablemente.

Al igual que cualquier servicio con financiamiento público, aquí el costo es también un aspecto importante. Incluso cuando el nivel profesional de la intervención puede variar significativamente entre los distintos programas de visitas, el costo de éstos en sí es prácticamente el mismo. Sin embargo, la proporción costo-beneficio difiere considerablemente de un programa a otro, dependiendo de la duración del impacto. Los programas que producen efectos duraderos tienen una proporción mayor costo-beneficio que aquéllos con impactos más a corto plazo.

El costo social de los problemas sociales graves no debería ser minimizado. Por ejemplo, en Canadá el costo del abuso infantil asciende a 15 mil millones (CAD) al año, aproximadamente. Analizadas en este contexto, las inversiones públicas actuales por concepto de visitas domiciliarias y otros programas para el desarrollo de la infancia temprana (Early Childhood Development programs, ECD) son relativamente menores.

Cuando se trata de un [desarrollo de políticas](#), se produce un desequilibrio entre la oferta y la demanda. Nunca habrá suficientes proveedores de servicios disponibles para satisfacer a las familias necesitadas en los programas individuales. Los programas enfocados en visitas domiciliarias no pueden incluir a todas las familias en riesgo de maltrato infantil. Este hecho resalta la necesidad de reducir el tamaño de la población que requiere atención individual y servicios clínicos a través de programas calificados y universales que incluyan a un grupo más amplio de familias a nivel de población.

Existe un consenso creciente respecto a la necesidad de contar con un sistema de desarrollo de infancia temprana integral. Es preciso [evaluar las políticas públicas](#) a nivel sistémico, colocando la efectividad de los programas de visita domiciliaria dentro de un contexto mayor de otras intervenciones en desarrollo de infancia

temprana. También se reconoce la necesidad de crear una red nacional de recursos que apoye evaluaciones longitudinales rigurosas de las inversiones en ECD.



Programas de Visitas Domiciliarias en Periodos Pre y Postnatal y su Impacto en el Desarrollo Emocional y Social de Niños Pequeños (0-5)

DAVID OLDS, PhD

University of Colorado Health Sciences Center, EE.UU.

*(Puesto en línea, en inglés, el 9 de julio de 2004)
(Puesto en línea, en español, el 16 de marzo de 2010)*

Tema

Programas de Visitas Domiciliarias (Periodos Pre y Postnatal)

Introducción

Los problemas emocionales y sociales de los niños pequeños se pueden rastrear a la salud prenatal de la madre,^{1,2} la forma de crianza de los padres^{3,4} y su trayectoria de vida (como el momento de los embarazos subsecuentes, empleo, dependencia de la ayuda social).^{5,6} Los programas de visitas domiciliarias que tratan estos riesgos y factores protectores antecedentes pueden reducir los problemas emocionales y sociales de los niños.

Materia

En las sociedades occidentales, las visitas domiciliarias tienen una larga historia de ser implementadas para proporcionar servicios a poblaciones vulnerables. En muchos países europeos, las visitas domiciliarias son parte de la rutina del cuidado de la salud materno-infantil, aunque esta práctica está menos establecida en Canadá y los Estados Unidos⁷.

Las intervenciones varían de acuerdo a la población meta, los modelos de programas y los proveedores de los servicios. Sin embargo, la mayoría de ellos funciona sobre el supuesto de que las conductas sanitarias prenatales de los padres, el cuidado infantil que ofrecen y su trayectoria de vida afectan el desarrollo cognitivo, emocional y social de sus hijos.⁸

Problemas

En la etapa prenatal, tanto la exposición al cigarrillo como las complicaciones obstétricas han sido relacionadas con el desarrollo de problemas conductuales externalizantes de los niños.^{1,2} Actualmente, la evidencia señala que el impacto de la exposición al tabaco durante el embarazo es mayor en los casos de una vulnerabilidad genética específica.⁹

Los casos de abuso infantil, negligencia y el trato excesivamente severo hacia el niño están asociados tanto con problemas conductuales de internalización y externalización, como con conductas violentas posteriores.^{3,4,10} Sin embargo, nuevamente el impacto del

maltrato infantil parece ser el mayor determinante de una conducta antisocial grave en casos de vulnerabilidad genética.¹¹

La dependencia familiar de la asistencia social, familias numerosas con nacimientos seguidos unos de otros y la monoparentalidad, se asocian con alteraciones emocionales y sociales en el desarrollo de los niños.^{5,6}

Contexto de la Investigación

A pesar que algunos metanálisis de programas de visitas domiciliarias sugieren que muchos tipos de estas intervenciones pueden reducir los resultados adversos como el maltrato y las lesiones infantiles,^{12,13} los metanálisis pueden conducir a resultados erróneos si no se dispone de un número suficiente de ensayos de programas representados en la clasificación cruzada de poblaciones meta, modelos de programas y formación de los visitadores familiares.

Al tomar decisiones políticas respecto a los tipos de programas más prometedores, es lógico enfocarse en programas que han replicado los efectos en resultados clínicos y sociales significativos, al menos en dos ensayos aleatorios separados, efectuados con poblaciones distintas,^{14,15} ya que estas pruebas proporcionan la base más sólida de evidencias sobre la cual cimentar la práctica y la política social.

Preguntas de Investigación Clave

Puesto que sólo algunos ensayos de programas de visita domiciliaria han examinado el desarrollo emocional y social de los niños con algún conjunto riguroso de indicadores,¹⁶ cabe preguntarse si los programas han afectado los riesgos precedentes y los factores protectores, además de los resultados emocionales y sociales en sí mismos. En particular, ¿qué modelos de programas de visitas muestran las mayores perspectivas para mejorar los resultados en los embarazos, disminuir el abuso y la negligencia infantil, mejorar la trayectoria de vida de los padres y el desarrollo emocional y social de los niños?

Resultados de Investigaciones Recientes

Mejoramiento de los Resultados en Embarazos. La mayoría de los estudios de los programas de visita domiciliaria ha producido efectos decepcionantes en los resultados respecto de embarazos,^{16,17} a pesar de que dos ensayos hayan demostrado que un programa de visitas domiciliarias a embarazadas y bebés realizado por enfermeras redujo el consumo de cigarrillo durante el embarazo^{18,19} así como la hipertensión gestacional en una muestra amplia de afroamericanos,²⁰ este efecto ha sido sólo vagamente corroborado por una reducción no-significativa de trastornos de hipertensión gestacional en el primer estudio del programa con una población americana y europea.¹⁹

Reducción del Abuso, Negligencia y Lesiones infantiles. El programa de visitas domiciliarias materno-infantil realizado por enfermeras/os probado fundamentalmente con una muestra de población blanca, arrojó un 46% de diferencia tratamiento-control en los índices generales de las tasas corroboradas de abuso y negligencia infantil (independientemente del factor de riesgo) y un 80% de diferencia para las familias en las que las madres tenían bajos ingresos y eran solteras al momento de inscribirse en el

programa.²¹ Los índices de maltrato infantil fueron demasiado bajos para servir como resultados viables en un ensayo posterior del programa con una muestra amplia de población negra de sectores urbanos,²⁰ pero los efectos del programa con respecto a los incidentes del cuidado de la salud infantil por lesiones graves e ingestas fueron consistentes con la prevención de abuso y negligencia.²⁰

Trayectoria de vida de la Madre. El efecto de los programas de visitas domiciliarias en la trayectoria de vida de la madre (embarazos posteriores, educación, empleo y utilización de la ayuda social) es, en general, decepcionante.⁸

En el estudio del programa de visitas domiciliarias realizadas por enfermeras/os citado anteriormente, se encontraron efectos duraderos hasta 15 años después del nacimiento del primer hijo en los resultados de la trayectoria de vida de la madre (por ejemplo, intervalos entre embarazos, uso de la asistencia social, problemas conductuales debido al consumo de drogas y alcohol y detenciones en mujeres de bajos ingresos y solteras al momento de ingresar al programa).²¹ Los efectos de este programa en la trayectoria de vida de la madre se han replicado en ensayos separados con una población negra de sectores urbanos^{20,22} y con hispanos.¹⁸

Problemas Emocionales y Sociales de los Niños

Se ha encontrado que un número creciente de programas ha tenido efectos favorables en las conductas de apego de los bebés y en la clasificación del apego seguro.²³⁻²⁸ Se considera que el apego seguro es un reflejo de la calidad del cuidado parental y está asociado con la adaptación conductual posterior con los pares.²⁹

El programa de visitas domiciliarias materno-infantil realizado por enfermeras/os descrito anteriormente produjo diferencias tratamiento-control en detenciones de jóvenes de 15 años de edad, violación a condenas/libertad condicional, incipiente consumo de alcohol y cigarrillos y actividad sexual promiscua entre jóvenes de madres que estaban en situación de mayor riesgo debido a sus bajos ingresos y al hecho de ser solteras al momento de registrarse al programa.³⁰ Estos hallazgos no se han replicado en ensayos posteriores porque los niños a evaluar no han llegado aún a la edad en la cual aparecen estos problemas. Sin embargo, hay algunos indicios que sugieren que el programa tiene un efecto sobre el desarrollo emocional y social temprano.

En el tercer ensayo del programa de visitas domiciliarias realizadas por enfermeras/os, los bebés de seis meses de edad, que recibieron visitas, cuyas madres tenían pocos recursos psicológicos, manifestaron menos expresiones emocionales aberrantes (por ejemplo, niveles bajos de afectividad y falta de referencia social de la madre) asociados al maltrato infantil.¹⁸

Un ensayo finlandés de visitas domiciliarias realizadas por enfermeras/os, encontró efectos significativos en un número importante de problemas conductuales infantiles.³¹

Conclusiones

Un número reducido de programas de visita domiciliaria ha mejorado los resultados de embarazos o la trayectoria de vida de los padres, reducido el abuso y la negligencia infantil, los cuidados parentales afectados y los problemas emocionales y sociales de los niños. Las intervenciones con las mayores perspectivas de modificación de estos resultados son aquellas que han utilizado a visitadores familiares profesionales, ya que la evidencia más sólida proviene de estudios realizados con enfermeras/os. En un ensayo que incluyó a grupos de tratamiento separados, enfermeras/os en uno, y visitadores familiares no profesionales en el otro, los primeros duplicaron los efectos positivos, en relación a los no profesionales.¹⁸

El programa de visitas domiciliarias materno-infantil realizado por enfermeras/os ha producido efectos sistemáticos sobre resultados clínicos significativos en tres ensayos distintos con poblaciones diferentes, en contextos distintos, y en diferentes períodos de la historia económica y social estadounidense. Esto aumenta las probabilidades de que los resultados sean actualmente aplicables a un amplio rango de poblaciones diversas en los Estados Unidos, hoy en día. Un desafío significativo para los programas basados en la evidencia es encontrar formas de trasladar eficazmente estas intervenciones de los centros de investigación a la práctica en comunidades.

Implicaciones

Si los legisladores y los profesionales deciden invertir en estos servicios durante el embarazo y en los primeros años de vida del niño, deberían examinar cuidadosamente las bases de la evidencia del programa en el cual invierten. Los programas varían considerablemente en sus fundamentos teóricos y empíricos subyacentes, la calidad de las pautas de orientación y sus posibilidades de éxito. Antes de que otros países inviertan en programas de visitas domiciliarias materno-infantil realizadas por enfermeras/os, se deberá evaluar el programa mediante ensayos separados, aplicados en esos contextos para determinar si produce los efectos correspondientes en poblaciones, culturas, y sistemas sociales y sanitarios diferentes a los analizados en los Estados Unidos. Es probable que las inversiones destinadas a los ensayos del programa impliquen costos modestos en comparación a la inversión en recursos públicos en programas relativamente costosos que podrían tener impactos limitados, en contextos diferentes de donde se realizaron los ensayos originales.

REFERENCIAS

1. Arseneault L, Tremblay RE, Boulerice B, Saucier JF. Obstetrical complications and violent delinquency: testing two developmental pathways. *Child Development* 2002;73(2):496-508.
2. Wakschlag LS, Pickett KE, Cook E Jr, Benowitz NL, Leventhal BL. Maternal smoking during pregnancy and severe antisocial behavior in offspring: a review. *American Journal of Public Health* 2002;92(6):966-974.
3. Widom CS. Child abuse, neglect, and adult behavior: Research design and

- findings on criminality, violence, and child abuse. *American Journal of Orthopsychiatry* 1989;59(3):355-367.
4. Widom CS. The cycle of violence. *Science* 1989;244(4901):160-166.
 5. Furstenberg FF, Brooks-Gunn J, Morgan SP. *Adolescent mothers in later life*. Cambridge Cambridgeshire, NY: Cambridge University Press; 1987. Human Development in Cultural and Historical Contexts.
 6. Yeung WJ, Linver MR, Brooks-Gunn J. How money matters for young children's development: Parental investment and family processes. *Child Development* 2002;73(6):1861-1879.
 7. Wasik BH, Bryant DM, Lyons CM; *Home visiting procedures for helping families*. Newbury Park, Calif: Sage Publications; 1990.
 8. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. Home-visiting: recent program evaluations--analysis and recommendations. *The Future of Children* 1999;9(1):4-26.
 9. Kahn RS, Khoury J, Nichols WC, Lanphear BP. Role of dopamine transporter genotype and maternal prenatal smoking in childhood hyperactive-impulsive, inattentive, and oppositional behaviors. *Journal of Pediatrics* 2003;143(1):104-110.
 10. Toth SL, Cicchetti D, Kim J. Relations among children's perceptions of maternal behavior, attributional styles, and behavioral symptomatology in maltreated children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2002;30(5):487-501.
 11. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002;297(5582):851-854.
 12. Guterman NB. *Stopping child maltreatment before it starts emerging horizons in early home visitation services*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2001. Sage Sourcebooks for the Human Services: Sage Sourcebooks for the Human Services Series.
 13. Roberts I, Kramer MS, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ - British Medical Journal* 1996;312(7022):29-33.
 14. Coalition for Evidence-Based Policy. *Bringing evidence-driven progress to crime and substance-abuse policy: a recommended federal strategy*. Washington, DC: Council for Excellence in Government; 2003.
 15. Elliott DS. *Blueprints for violence prevention (Vols. 1-11)*. Boulder, Colo: Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado; 1997.
 16. Olds D, Hill P, Robinson J, Song N, Little C. Update on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Current Problems in Pediatrics and Adolescent Health Care* 2000;30(4):107-141.
 17. Olds D, Kitzman H. Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The Future of Children* 1993;3(3):51-92.
 18. Olds DL, Robinson J, O'Brien R, et al. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2002;110(3):486-496.
 19. Olds DL, Henderson CR Jr, Tatelbaum R, Chamberlin R. Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home

- visitation.[Erratum Appears in Pediatrics 1986 Jul;78(1):138]. *Pediatrics* 1986;77(1):16-28.
20. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR Jr, Hanks C, Cole R, Tatelbaum R, McConnochie KM, Sidora K, Luckey DW, Shaver D, Engelhardt K, James D, Barnard K. Of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):644-652.
 21. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
 22. Kitzman H, Olds DL, Sidora K, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2000;283(15):1983-1989.
 23. Heinicke C, Fienman N, Recchia G, Gurthrie D, Rodning C. Relationship based intervention with at-risk mothers: outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal* 1999;20(4):349-374.
 24. Jacobson S, Frye K. Effect of maternal social support on attachment: Experimental evidence. *Child Development* 1991;62(3):572-582.
 25. Juffer F, Hoksbergen RA, Riksen-Walraven JM, Kohnstamm GA. Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 1997;38(8):1039-1050.
 26. Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development* 1991;62(1):199-209.
 27. van den Boom DC. Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of dutch irritable infants. *Child Development* 1995;66(6):1798-1816.
 28. van den Boom DC. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development* 1994;65(5):1457-1477.
 29. Sroufe A, Carlson E. Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen D, Eds. *Developmental psychopathology Vol.1: Theory and methods*. New York, NY: John Wiley and Sons Inc.; 1995:581-617.
 30. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L, Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.
 31. Aronen ET, Kurkela SA. Long-term effects of an early home-based intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1996;35(12):1665-1672.

*Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI-
Gobierno de Chile.*

Para citar este documento:

Olds D. Programas de visitas domiciliarias en periodos pre y postnatal y su impacto en el desarrollo emocional y social de niños pequeños (0-5). In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-7. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/OldsESPxp.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2010



Programas Efectivos de Desarrollo en la Primera Infancia para Familias de Escasos Recursos: Intervenciones de Visitas Domiciliarias Durante el Embarazo y la Primera Infancia

HARRIET J. KITZMAN, RN, PhD

University of Rochester, EE.UU.

*(Puesto en línea, en inglés, el 5 de febrero de 2004)
(Puesto en línea, en español, el 16 de marzo de 2010)*

Tema

*Programas de Visitas Domiciliarias (Periodos Pre y Postnatal)
Embarazo y Bajos Ingresos*

Introducción

La preocupación por el bienestar y la salud de los niños pequeños, en especial de aquéllos provenientes de hogares de escasos recursos, y socialmente desfavorecidos, ha traído como consecuencia la exploración de enfoques alternativos a la entrega de servicios a familias jóvenes. La visita domiciliaria es un medio a través del cual se puede brindar una serie de servicios. Este artículo se centra en el impacto de los servicios que proporcionan los programas de visitas domiciliarias a las familias de escasos recursos con hijos menores de cinco años de edad.

Materia

Pese al énfasis en la prevención del sistema de salud primaria tradicional y los servicios familiares, la atención individual que se ofrece en un centro/consultorio de salud requiere de beneficiarios que tengan la iniciativa de buscar servicios por su cuenta. Generalmente, los servicios que se proporcionan se limitan a una orientación sanitaria y al tratamiento de problemas de salud y enfermedades relacionados con las condiciones y las preocupaciones reveladas (de una forma u otra) por el usuario al proveedor. Se ha sugerido que las visitas domiciliarias pueden:

- a) Beneficiar a aquéllos que no solicitan servicios;
- b) Aumentar el confort de los beneficiarios y reforzar su confianza para revelar sus malestares;
- c) Brindar oportunidades a los profesionales para adaptar su apoyo y orientación a las situaciones de la vida real de los usuarios;
- d) Dar como resultado una relación satisfactoria entre beneficiario y proveedor.

Pese a la amplia variedad de servicios, se espera que las visitas domiciliarias aumenten, más que sustituyan los servicios humanos y de salud ofrecidos en los centros de atención. Las visitas a las familias comienzan durante el embarazo o a partir del nacimiento y duran hasta que los niños tienen entre 2 y 5 años de edad. Los programas son muy distintos

entre sí. Las diferencias se refieren a sus modelos teóricos subyacentes, las características de las familias seleccionadas, el número y la intensidad de las visitas, la duración del programa, el currículo, los enfoques de los servicios, el grado de manualización de los procesos, la fidelidad de su ejecución, y los antecedentes y la capacitación de los visitadores.

Problemas

Pese a que la historia de las visitas domiciliarias abarca más de un siglo, apareció con renovada fuerza en la década de 1970 como una estrategia promisoriosa para fomentar el desarrollo y la salud infantil, y reducir el abuso y negligencia en familias en riesgo y de sectores vulnerables. Algunos de los programas desarrollados recientemente se han multiplicado, apoyados por el apoyo federal, estatal/provincial, local y privado. A pesar de este estímulo, normalmente el financiamiento para estos programas se ha buscado en presupuestos sin una distribución previa. Como resultado, los legisladores han recurrido a los investigadores para responder a preguntas sobre los méritos relativos de los programas domiciliarios, y sus impactos en los resultados. Se ha prestado especial atención a los resultados de programas orientados a familias en riesgo debido a sus bajos niveles de ingresos y otras circunstancias sociales adversas.

Contexto de la Investigación

Hasta ahora, la mayoría de las investigaciones ha sido diseñada para determinar si el mejoramiento del desarrollo y la salud de los niños y sus familias se deben a estos servicios. Las investigaciones han entregado información limitada sobre los programas y su ejecución. Pero más allá de algunas excepciones,¹ los investigadores generalmente no han intentado variar las características de las intervenciones y realizar un estudio sistemático de ellas.

Preguntas de Investigación Clave

Esta revisión se diseñó para responder a dos preguntas clave:

1. ¿Cuáles son los resultados de los programas de visitas domiciliarias en familias de escasos recursos?
2. ¿Los resultados de los programas difieren en función de las características particulares de cada programa?

Resultados de Investigaciones Recientes

1. ¿Cuáles son los efectos de los programas de visitas domiciliarias?

Diversas revisiones han concluido que las visitas domiciliarias pueden ser una estrategia efectiva para mejorar los resultados del desarrollo y la salud de los niños de familias socialmente desfavorecidas^{2,4}. Sin embargo, hasta ahora no se han encontrado efectos sistemáticos y algunos estudios no han informado de impacto alguno. Cuando se han encontrado efectos, éstos generalmente no son tan amplios como los esperados. Además, los impactos no se han identificado sistemáticamente en las mismas áreas de los resultados. Como se pudiera esperar, se ha encontrado que los distintos programas, así como los diferentes niveles de ejecución, han producido resultados diversos. Algunos programas muestran efectos considerables durante la fase de ejecución, pero éstos se disipan después del término de la intervención, en tanto que otros han informado efectos

retardados, al año (o años) posteriores a su finalización. En algunas ocasiones, los efectos aparecen tempranamente y perduran muchos años después del término del programa.⁵

- **Resultados Maternales**

Algunos programas que han incluido estrategias de desarrollo de la madre y la familia han demostrado reducciones en los embarazos seguidos unos de otros y del número total de ellos. Las conductas de salud prenatales, incluyendo un menor consumo de tabaco y abuso de otras sustancias, han sido reportadas pero no se han asociado sistemáticamente con mejores resultados de embarazos. También se han encontrado actitudes parentales y relaciones madre-hijo más positivas. Las madres que participaron en estas visitas domiciliarias mostraron menos deterioro por el consumo de sustancias que aquéllas que no lo hicieron. Un estudio de seguimiento a largo plazo informó de menos detenciones y condenas en los grupos que accedieron a estos programas a los 15 años después del nacimiento de un niño⁶. Por último, se encontró que las madres que accedieron a estos servicios fueron más propensas a mantener relaciones estables.

- **Desarrollo y Salud Infantil**

Pese a que algunos estudios han mostrado un aumento en los índices de inmunización, otros no han obtenido mejora alguna en los índices de inmunización o en otros servicios preventivos. De los dos estudios principales que informaron de reducción del abuso y negligencia como resultado principal, se encontró un índice menor en uno de ellos, pero no en ambos. Pese a no ser sistemáticos, algunos estudios han revelado menores hospitalizaciones de los niños como resultado de lesiones e ingestiones y de cuidado de salud primario por enfermedades delicadas. Las pruebas cognitivas dieron resultados inconsistentes a través de los diferentes estudios. Las diferencias entre los niños de las familias visitadas y aquéllos que no participaron en estos servicios tienden a ser mínimas o no se mantienen a través del tiempo.

2. *¿Difieren los resultados del programa de acuerdo a sus características?*

- **Características de los participantes**

El debate sobre servicios de cobertura universal versus servicios a una población meta continúa.⁷ Sin embargo, a la fecha, la mayoría de los programas se dirige a la población en riesgo. A menudo, los programas se enfocan en adolescentes, madres primerizas socialmente vulnerables, niños en riesgo médico/del desarrollo o provenientes de familias cuyas características los colocan en riesgo de abuso o negligencia. La evidencia se acumulada señalando que las madres con menos recursos personales y sociales, incluyendo con bajos ingresos, obtienen mayores beneficios del servicio, al menos en las áreas evaluadas, que aquéllas que disponen de mayores recursos.²

- **Intensidad del programa**

A pesar del número de visitas sugeridas en los manuales del programa, en la práctica sólo se llevan a cabo aproximadamente la mitad de ellas. Aun cuando no se ha determinado un número óptimo de visitas, la evidencia señala que es mejor una mayor cantidad y se puede requerir un umbral mínimo para producir los efectos deseados. Además del déficit anterior, los programas dan cuenta de un índice de deserción superior al estimado.⁸ Los índices fluctúan entre menos de la mitad de familias que continúan participando al año

siguiente y a cerca de la totalidad de ellas que siguen involucradas a los dos años.⁹ A menudo se desconoce la causa de la deserción. Sin embargo, existe actualmente evidencia preliminar respecto a qué mantiene a las familias involucradas y comprometidas en las visitas.

- **Importancia de la Relación Familia-Profesional**

La mayoría de los programas resalta la importancia de una relación positiva entre el proveedor del servicio y la familia puesto que los programas son voluntarios y las visitas dependen de la voluntad de la familia para investirle al programa.¹⁰ En efecto, la evidencia señala que la calidad de la relación es un factor predictivo de los resultados del programa. Sin embargo, el criterio de las intervenciones para definir una relación satisfactoria no es homogéneo: algunos se basan en una construcción amical, en tanto que otros se centran en una relación de maestro-aprendiz, e incluso otros se refieren a una alianza terapéutica. Progresivamente, la evidencia sugiere que la amistad por sí sola no es suficiente para producir los resultados esperados. Si bien este tipo de relación puede brindar alivio temporal al aislamiento y la angustia, puede no ser suficiente para construir los recursos necesarios para el logro de resultados efectivos y duraderos para la familia, la madre y el niño.

- **Programas Unidimensionales versus Multidimensionales**

Algunos programas se basan en la enseñanza de desarrollo del niño y las estrategias de interacción padres-hijo, en tanto que otros se centran en la amistad y en brindar una presencia de apoyo, e incluso otros se enfocan en las actividades sugeridas por la familia. Algunos programas son multidimensionales y se orientan a la trayectoria de vida de la madre, la vida familiar, el cuidado del niño y la promoción del desarrollo integral.¹¹ Estos programas, que consideran tanto los propósitos de la intervención como los del beneficiario, intentan balancear el manejo de las tensiones del momento con la construcción de fortalezas en las múltiples áreas, necesarias para enfrentar los desafíos futuros. La evidencia emergente señala que el impacto de programas de visitas domiciliarias multidimensionales perdura mucho tiempo después del término de la intervención. Las familias establecen una trayectoria de vida distinta, con embarazos más espaciados en el tiempo, menos dependencia de la ayuda social y mejor estado de salud y mayor bienestar de los niños.¹² Se sabe poco sobre cómo estos programas logran impactos a largo plazo. Por ejemplo, no está claro si a los niños les va mejor debido al cuidado de más alta calidad, aumento de los recursos personales maternos, mejor funcionamiento familiar, mayores recursos económicos familiares, o por todos estos factores juntos.

Conclusiones

Una amplia gama de estudios ha confirmado un mejoramiento de los índices del estado de salud y del desarrollo de los niños y de ambientes más positivos en las familias que participaron en estos programas, lo que permite suponer que las visitas domiciliarias son una estrategia que puede ayudar en la vida de los niños en riesgo.

No obstante, no todos los servicios diseñados para fomentar la salud de las familias con bebés y niños pequeños arrojaron resultados comparables para todos los niños. Pese a que

algunos programas han demostrado resultados duraderos y a largo plazo tanto en el niño, la madre como en la familia, otros programas con una cobertura extensa no han producido efectos detectables. Al interior de los programas existe evidencia que aquéllos en mayor riesgo obtienen mejores beneficios de las intervenciones que aquéllos menos vulnerables. Esta diferencia en los resultados no debiera sorprender, dado que los programas difieren considerablemente en sus perfiles de beneficiarios, los antecedentes de los proveedores, los modelos teóricos implícitos y explícitos, y en qué tan bien esos modelos han sido traducidos a procesos/contenidos de programa, e implementados posteriormente. Subsiste una necesidad de determinar cuáles componentes de los programas de visita son esenciales y cuáles producen los mayores impactos a largo plazo. El costo anual de los servicios es similar, sin importar la formación profesional del proveedor.¹³ Sin embargo, los programas que producen impactos en la trayectoria de vida tienen una relación costo-beneficio más alta que aquéllos que sólo producen efectos de corto plazo.

Implicaciones

Así como los programas cambian, sus resultados también lo hacen. Pese a que en las últimas décadas la dosis de entusiasmo en relación a las visitas domiciliarias ha bajado, en la medida en que los informes de algunos ensayos aleatorios no han logrado demostrar los efectos del programa, la evidencia de otras intervenciones orientadas a las familias en riesgo, aquellas de bajos ingresos, por ejemplo, ha provocado suficiente optimismo para impulsar el desarrollo de estos programas. Gomby *et al* han aclamado el grado de control al cual las visitas domiciliarias como estrategia de tipo “servicio humano” han sido sometidas, y han concluido que la reciente expansión de los programas de visitas domiciliarias debería aprovechar lo aprendido hasta ahora. Los investigadores recomiendan específicamente mejorar la calidad y la implementación de los servicios y proyectar un panorama modesto de los efectos del programa.⁴

Las intervenciones que han demostrado un rango amplio de efectos necesitan de recursos considerables y habrá una creciente presión para continuar usando los modelos de programas establecidos, a pesar de una reducción de los recursos necesarios para su ejecución. Se debería ser cauteloso en esta área. La evidencia preliminar de los estudios descriptivos en los programas y metanálisis de ensayos aleatorios (comparación de programas con características diferentes) sugiere que será importante adherir a modelos de programas establecidos hasta que haya evidencia suficiente que respalde las revisiones.¹⁴ Pese a que la literatura científica proporciona algunas comparaciones de efectos en programas con una constelación de características diferentes, el campo de las visitas domiciliarias está aún en su etapa inicial en lo que respecta a determinar la importancia relativa de cualquier característica específica.

REFERENCIAS

1. Korfmacher J, O'Brien R, Hiatt S, Olds D. Differences in program implementation between nurses and paraprofessionals providing home visits during pregnancy and infancy: A randomized trial. *American Journal of Public Health* 1999;89(12):1847-1851.
2. Olds D, Kitzman HJ. Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Future of Children* 1993;3(3):52-92.
3. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robeinson J, Williams D, Brummell K. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*. 2000;82(6):443-451.
4. Gomby DS, Culross PL, Behrmann RE. Home visiting: Recent program evaluations – analysis and recommendations. *Future of Children* 1999;9(1):5-25.
5. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman HJ, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt L, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
6. Olds DL, Henderson, CR, Cole, R., Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L., Sidora, K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.
7. Guterman, NB. Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "Universal versus targeted" debate: A meta-analysis of population-based and screening-based programs. *Child Abuse & Neglect* 1999;23(9):863-890.
8. McGuigan WM, Katzev, AR, Pratt CC. Multi-level determinants of retention in a home visiting child abuse prevention program. *Child Abuse & Neglect* 2003;27(4): 363-380.
9. Duggan A, Windham A, McFarlane E, Fuddy L, Rohde C, Buchbinder S, Sia C. Hawaii's healthy start program of home visiting for at-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics* 2000;105(1):250-259.
10. Kitzman HJ, Cole R, Yoos HL, Olds, DL. Challenges experienced by home visitors: A qualitative study of program implementation. *Journal of Community Psychology* 1997;25(1):95-109.
11. Olds DL, Henderson C, Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, Tatelbaum RC. Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *Future of Children* 1999;9(1):44-65.
12. Kitzman HJ, Olds DL, Sidora K, Henderson CR, Hanks C, Cole R, Luckey DW, Bondy J, Cole K, Glazner J. Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 2000;283(15):1983-1989.
13. Barnett B, Duggan AK, Devoe M, Burrell L. The effect of volunteer home visitation for adolescent mothers on parenting and mental health outcomes. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2002;156(12):1216-1222.

14. Daro AK, Harding, KA. Healthy Families America: Using research to enhance practice. *Future of Children* 1999;9(1):152-176.

*Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI-
Gobierno de Chile.*

Para citar este documento:

Kitzman HJ. Programas efectivos de desarrollo en la primera infancia para familias de escasos recursos: Intervenciones de visitas domiciliarias durante el embarazo y la primera infancia. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-7. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/KitzmanESPxp-Visitas.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2010



Programas de Visitas Domiciliarias y su Impacto en los Niños Pequeños

CRAIG ZERCHER, M.A. & DONNA SPIKER, PhD

SRI International Center for Education and Human Services, EE.UU.

(Puesto en línea, en inglés, el 5 de agosto de 2004)

(Puesto en línea, en español, el 16 de marzo de 2010)

Tema

Programas de Visitas Domiciliarias (Periodos Pre y Postnatal)

Introducción

La vida en el hogar y la familia constituyen el contexto principal para el desarrollo de bebés y niños pequeños. En este entorno, los cuidadores brindan la interacción, la supervisión y el apoyo del mundo físico y social que ellos necesitan para crecer y desarrollarse. Muchos factores pueden influir en la capacidad de los cuidadores para satisfacer estas necesidades básicas. La edad y madurez de los profesionales, su salud física y mental, su nivel académico y su situación económica moldearán el ambiente que los niños vivenciarán. A veces, la salud o desarrollo del niño plantea desafíos al cuidador: por ejemplo, cuando el niño tiene problemas graves de salud o una historia de nacimiento que supondría una señal de riesgo, como bajo peso al nacer, por ejemplo, o presenta un retraso del desarrollo o discapacidad. Los programas de visitas domiciliarias se diseñan y ejecutan en función de que las familias puedan brindar un ambiente que fomente el crecimiento saludable y el desarrollo de sus niños. Los programas pueden orientar sus servicios a las familias y cuidadores que tienen desventajas particulares al momento de establecer y mantener este ambiente. También pueden centrarse en familias cuyo hijo es más vulnerable que un niño común, debido a problemas de salud o de desarrollo.

Materia

La visita domiciliaria es un modelo de entrega de servicios que puede ser utilizado para proporcionar diversos tipos de intervenciones a los beneficiarios meta¹. Los programas pueden variar considerablemente en sus objetivos, usuarios, proveedores, actividades, horarios y estructura administrativa. No obstante, comparten algunos elementos comunes. Las intervenciones entregan servicios estructurados: 1) se desarrolla al interior de un hogar; 2) por un proveedor de servicio capacitado; 3) para cambiar el conocimiento, las creencias y/o conducta de los niños, cuidadores u otros proveedores de su entorno de cuidado y para brindar apoyo a los padres.²

Las visitas domiciliarias se estructuran de forma tal que puedan dar continuidad a la relación proveedor-participante y para vincular las prácticas ejecutadas a los resultados esperados. Un protocolo de visita, un currículo formal, una planificación del servicio

personalizada y/o un marco teórico específico pueden ser la base sobre la cual se realicen las actividades durante las visitas a los hogares. Los servicios se proporcionan en el espacio vital de la familia participante y como parte de su rutina y actividades cotidianas. Los proveedores pueden ser profesionales acreditados o titulados, semiprofesionales o voluntarios, pero normalmente con algún nivel de capacitación en los métodos y contenidos del programa para que puedan actuar como una fuente experta para los cuidadores.³ Finalmente, estos programas intentan lograr algún cambio en las familias participantes, en su comprensión (creencias sobre la crianza de los hijos, conocimiento de desarrollo infantil) y/o acciones (su forma de interactuar con su hijo o de organizar su ambiente) o de parte del niño (cambio en el ritmo del desarrollo, estado de salud, etc.). Las visitas domiciliarias también pueden ser utilizadas como una forma de manejo de casos, pueden remitir a los servicios comunitarios existentes o brindar información a los padres o cuidadores para apoyar su capacidad de mantener un ambiente familiar positivo para los niños.⁴

Problemas

Durante los últimos veinte años, se ha acumulado información relativa a la eficacia de los programas de visitas domiciliarias. Diversos proyectos a gran escala han utilizado diseños aleatorios, con múltiples fuentes de datos, mediciones de resultados y seguimientos longitudinales. Estos estudios generalmente han encontrado que los programas producen un rango limitado de efectos significativos y que los efectos producidos a menudo son pequeños.^{5,6} Sin embargo, los análisis detallados algunas veces revelan efectos importantes sobre el programa.⁷ Por ejemplo, algunos subconjuntos de participantes pueden experimentar resultados positivos a largo plazo en variables específicas.^{8,9} Éstos y otros resultados sugieren que al evaluar la eficacia de los programas, es importante incluir mediciones de los múltiples resultados en el niño y la familia en diversos momentos, además de reunir información suficiente acerca de los participantes que permita realizar un análisis de los efectos del programa en varios tipos de subgrupos.

Otras dificultades que se deben considerar al realizar o evaluar una investigación en esta área incluyen: garantizar la equivalencia del control y de los grupos experimentales de ensayos aleatorios¹⁰, controlar el desgaste de los participantes (lo cual puede afectar la validez de los hallazgos al reducir la equivalencia del grupo), las visitas no efectuadas (lo cual puede afectar la validez al reducir la intensidad del programa),¹¹ documentar que el programa fue ejecutado integral y correctamente y determinar si la teoría del cambio del programa relaciona en forma lógica o no las actividades de la intervención con los resultados esperados.

Contexto de la Investigación

Puesto que los programas de visitas domiciliarias difieren en sus objetivos y contenidos, la investigación sobre su eficacia debe ser adaptada a los objetivos específicos de la intervención, las prácticas y los participantes. En general, estos programas pueden agruparse en dos tipos: aquéllos que buscan resultados en los aspectos físicos/clínicos de la salud y aquéllos centrados en el mejoramiento de la relación padres-hijo. La población meta se puede identificar en el nivel del cuidador (por ejemplo, madres adolescentes, familias de bajos ingresos) o del niño (niños discapacitados). Algunos programas pueden

tener objetivos amplios y diversos, tales como mejorar la salud pre y perinatal, nutrición, seguridad y forma de criar a los hijos. Otros, pueden fijarse objetivos más reducidos, como la reducción de la incidencia del abuso y abandono infantil. Los resultados de los programas pueden centrarse en adultos o en niños; los proveedores de servicios mencionan con frecuencia objetivos múltiples (por ejemplo, mejor desarrollo del niño, apoyo socio-emocional a los padres, educación parental).¹² Los investigadores deben tener certeza de identificar los resultados esperados, así como otros que puedan aparecer, pero que no estaban contemplados. Del mismo modo, se necesita comprender el modelo del programa, para que su ejecución se pueda medir acuciosamente.¹³ Una tendencia reciente de la investigación en visitas domiciliarias, para intentar revelar el “componente activo” de los servicios exitosos, consiste en el análisis del compromiso parental.^{14,15}

Preguntas de Investigación Clave

Las preguntas de investigación clave para los programas de visitas domiciliarias incluyen las siguientes: 1) ¿Hasta qué punto se logran los objetivos esperados del programa en las familias y niños participantes? 2) ¿Logra o no el programa cambiar la incidencia o prevalencia de las condiciones estudiadas de la comunidad? 3) ¿Es posible identificar y replicar los elementos efectivos del programa? 4) ¿Qué factores influyen en la participación y la no participación en el programa? 5) ¿Qué factores influyen en la ejecución apropiada y total del programa? 6) ¿Cuáles son los beneficios a corto y largo plazo que experimentan las familias participantes, en comparación con aquellas que no participan? 7) ¿Cuál es el costo del programa en relación a los beneficios que brinda a las familias, las comunidades y la sociedad?

Resultados de la Investigación

Una revisión reciente a gran escala de los programas de visitas domiciliarias que incluyó una evaluación rigurosa de los componentes concluyó lo siguiente:

Estos hallazgos hacen recapacitar. En la mayoría de los estudios descritos, los programas tuvieron dificultades para inscribir, involucrar y retener a las familias. Cuando se demostraron los beneficios del programa, con frecuencia éstos sólo ocurrieron en un subconjunto de familias, aquéllas inscritas originalmente en el programa, rara vez se extendieron a todos los objetivos buscados, y a menudo tuvieron una magnitud bastante modesta.¹⁶

La investigación sobre la ejecución de estos programas ha revelado una serie de dificultades transversales a distintos programas de suministro de servicios. Primero, las familias meta pueden rechazar la inscripción inicial en el programa. Dos estudios que reunieron información sobre este aspecto de la implementación encontraron que entre un décimo a un cuarto de familias declinaron las invitaciones a participar en el programa.^{17,18} En otro estudio, un 20% de familias que aceptaron participar no comenzaron el programa rechazando una visita inicial.¹⁹ Segundo, las familias pueden no recibir todas las visitas planificadas. Al respecto, una Evaluación del Proyecto de Visitas Domiciliarias de Enfermeras/os (Nurse Home Visitation Project) informó que las familias accedieron sólo a la mitad del número programado de visitas.²⁰ Las evaluaciones de los programas de la Fundación *Healthy Start* de Hawái (Hawaii Healthy Start) y el de Padres como Maestros

(Parents as Teachers) encontraron que un 42% y de 38% a 56% de las visitas planificadas se realizaron efectivamente.^{21,22} Incluso cuando efectivamente se llevan a cabo, el currículo y las actividades planificadas pueden no efectuarse de acuerdo al diseño inicial, y las familias pueden no llevar a cabo las actividades adicionales al horario de visitas.^{23,24} Finalmente, en una revisión de la investigación principal de estas intervenciones, Gomby, Culross y Berman (1999) encontraron que entre un 20% y un 67% de familias inscritas abandonaron los programas antes de la fecha programada de término.

Tal vez, lo más asombroso es que el vínculo supuesto entre el cambio de conducta de los padres y el mejoramiento de los resultados de los niños no haya sido objeto de mayor interés en las investigaciones realizadas hasta ahora. En otras palabras, incluso cuando los programas lograron el objetivo de cambiar la conducta de los padres, estos cambios no parecieron producir resultados significativamente mejores en el niño.

Un sinnúmero de programas modelos no han logrado dar cuenta de los impactos de estos programas mediante diseños de grupos de control. Una evaluación del programa *Healthy Start*, de Hawai, no encontró diferencias entre los grupos control y los experimentales en el ciclo vital maternal (logros de objetivos de vida y académicos); abuso de sustancias; violencia de la pareja; síntomas depresivos; el hogar como ambiente de aprendizaje; interacción padres-hijo; estrés parental y mediciones sobre estado de salud y desarrollo del niño.²⁵ Sin embargo, la participación en el programa estuvo asociada a una reducción del número de casos de abuso infantil.

Una evaluación del programa Padres como Maestros tampoco logró encontrar diferencias entre los grupos en mediciones sobre conocimiento y conducta de los padres o salud y desarrollo del niño.²⁶ En algunas de estas mediciones, se encontraron diferencias positivas, aunque poco significativas, en los casos de madres adolescentes y de origen latino.

La evaluación del Programa de Instrucción Domiciliaria para Párvulos (Home Instruction Program for Preschool Youngsters) encontró resultados desiguales en relación a su efectividad. En algunas cohortes, los participantes superaron a los no-participantes en mediciones sobre adaptación escolar y logros en el segundo año, pero estos resultados no se replicaron con otras cohortes en otros lugares.

La investigación disponible indica que los programas de visitas domiciliarias producen resultados cuando cuentan con profesionales altamente capacitados (como enfermeras/os), se basan en teorías del desarrollo y cambio de conducta, se centran en los factores de riesgo derivados empíricamente y siguen un currículo apropiado durante el proceso de visitas.²⁷ Se ha demostrado que, cuando se cumplen estas condiciones, los programas arrojan resultados positivos. En un ensayo aleatorio, realizado con grupos experimentales, el Programa de Visitas Domiciliarias con Enfermeras/os (Nurse Home Visitation Program) arrojó resultados favorables en las áreas detalladas a continuación.²⁸ En términos de seguridad infantil, los hogares que participaron en el programa presentaron menos peligros y los niños recurrieron menos a los servicios de urgencia pediátrica por lesiones e ingestas. La participación en el programa también alteró el curso

normal de vida parental. Las familias visitadas tuvieron menor frecuencia de embarazos posteriores, mayor espacio de tiempo entre los distintos embarazos, mayor participación en la fuerza laboral y menos dependencia de los programas de ayuda gubernamental. El programa redujo el abuso y abandono infantil, la evaluación encontró índices más bajos de abuso infantil y de abandono al término de la intervención y tras 15 años de seguimiento. Por último, en términos de conducta parental, las familias visitadas demostraron un menor consumo de cigarrillo, mejor dieta alimentaria y mayor uso de apoyos sociales formales e informales.

Los ensayos clínicos aleatorios también han mostrado que los programas son más propensos a tener efectos positivos cuando se orientan a los subgrupos más necesitados de una población. Por ejemplo, además de los efectos de la muestra integral mencionados anteriormente, las personas adictas al cigarrillo en el Programas de Visitas Domiciliarias por Enfermeras/os tuvieron menos partos prematuros, y las madres solteras con bajos salarios castigaron menos a sus hijos, al tiempo que les proporcionaron material para jugar más apropiados. Tras 15 años de seguimiento, los niños del último grupo de madres habían tenido menos detenciones, condenas y problemas conductuales. Un análisis de costo-beneficio del resultado del programa encontró que éste no había producido ahorros netos. Sin embargo, la intervención sí obtuvo reservas líquidas que excedieron los costos en cuatro veces cuando sólo se incluyeron las madres solteras con empleos precarios.²⁹

El mayor y más completo ensayo aleatorio de intervención temprana en niños prematuros de bajo peso (desde su nacimiento hasta los tres años), es el Programa del Desarrollo y Salud Infantil (Infant Health and Development Program), que incluyó un componente de visitas a los hogares junto con un programa educativo impartido en un centro de atención.³⁰ A los tres años, los niños del grupo de intervención habían obtenido resultados conductuales y cognitivos considerablemente superiores, así como mejor interacción padres-hijo. Los resultados positivos más pronunciados correspondieron al grupo socioeconómico de niños y familias más pobres y en aquéllos que participaron en la totalidad del programa. El Programa Hijos-Padres del Centro Chicago (Chicago Parent-Child Center Program) también combinó un programa preescolar estructurado con un componente de visitas domiciliarias. Este programa encontró diferencias a largo plazo entre los participantes y los controles apareados. Los niños que participaron en la intervención obtuvieron un mayor índice de escolaridad completa, y menor en repitencia, ingreso a la educación especial y arrestos juveniles.³¹ Estos estudios sugieren que, para que se aprecien mayores efectos, se necesitaría de una intervención más intensiva, que involucre al niño directamente.

Conclusiones

La investigación en programas de visitas domiciliarias no ha podido demostrar que éstos tengan un efecto sistemático y sólido en los niños y familias participantes, pero se ha informado reiteradamente de efectos modestos. Los programas que son diseñados y ejecutados con mayor rigor parecieran alcanzar mejores resultados. Éstos pueden incluir cambios en la salud, en la conducta segura de los padres, formas de crianza, disciplina y ciclo vital parental. Estos programas también parecen ofrecer mayores beneficios a ciertos subgrupos de familias, tales como madres adolescentes solteras con bajos

ingresos. En general, no se ha demostrado que los programas produzcan grandes cambios en resultados importantes del niño, como el peso al nacer, desarrollo cognitivo o problemas conductuales.

Implicancias

“Uno de los mensajes más claros que ha surgido de este programa de investigación es que los beneficios económicos y funcionales del programa de visitas domiciliarias realizadas por profesionales son mayores en los casos de familias de más alto riesgo”³² Este hallazgo implica que la cobertura universal de las intervenciones puede ser poco eficiente, pues disponen innecesariamente de recursos que podrían ser mejor utilizados en familias más propensas a beneficiarse de ellos. Los programas exitosos en familias de mayor riesgo debido a los bajos resultados del desarrollo del niño, tienden a ser programas que ofrecen un enfoque integral; es decir, orientados a las múltiples necesidades de las familias, por lo cual pueden ser más costosos de desarrollar, ejecutar y mantener. En el estado de desarrollo actual, los programas no parecen representar la solución de bajo costo para los problemas de salud y desarrollo infantil que la sociedad y los legisladores han esperado.³³ Sin embargo, la información que se está recabando acerca de resultados a largo plazo y prácticas efectivas pueden conducir al desarrollo de programas replicables que a su vez puedan producir resultados modestos pero positivos y sistemáticos para las familias meta participantes.

REFERENCIAS

1. Roberts RN, Wasik BH. Home visiting programs for families with children birth to three: Results of a national survey. *Journal of Early Intervention* 1990;14(3):274-284.
2. Wasik BH, Bryant DM. *Home visiting: Procedures for helping families*. 2nd Edition. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2000.
3. Behrman RE, ed. *The Future of Children: Home visiting: Recent program evaluations* 1999;9(1):4-223.
4. Halpern R. Early childhood intervention for low-income children and families. In: Shonkoff JP Meisels SJ, eds. *Handbook of early childhood intervention*. 2nd Edition. New York, NY: Cambridge University Press; 2000:361-386.
5. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. Home-visiting: Recent program evaluations—analysis and recommendations. *The Future of Children* 1999;9(1):4-26.
6. Wagner M, Spiker D, Linn MI. The effectiveness of the Parents as Teachers Program with low-income parents and children. *Topics in Early Childhood Special Education* 2002;(22):67-81.
7. Gross RT, Spiker D, Haynes C. *Helping low birth weight, premature babies: The Infant Health and Development Program*. Stanford, Calif: Stanford University Press; 1997.
8. Karoly LA, Greenwood PW, Everingham SS, Hoube J, Kilburn MR, Rydell CP, Sander M, Chicsa J. *Investing in our children: What we know and what we don't*

- know about the costs and benefits of early childhood interventions*. Santa Monica, Calif: The RAND Corporation; 1998.
9. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettit LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(8):637-643.
 10. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science* 2002;3(3):153-172.
 11. Wagner M, Spiker D, Linn M, Gerlach-Downie S, Hernandez F. Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education* 2003;23(4):171-183.
 12. Roberts RN, Wasik BN, Casto G, Ramey CT. Family support in the home: Programs, policy, and social change. *American Psychologist* 1991;46(2):131-137.
 13. Hebbeler KM, Gerlach-Downie SG. Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly* 2002;17(1):28-51.
 14. Wagner M, Spiker D, Linn M, Gerlach-Downie S, Hernandez F. Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education* 2003;23(4):171-183.
 15. Duggan A, Windham A, McFarlane E, Fuddy L, Rohde C, Buchbinder S, Sia C. Hawaii's Healthy Start Program of home visiting for at-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics* 2000;105(1):250-259.
 16. Gomby DS, Cuboss PL, Behrman RE. Home-visiting: Recent program evaluations—analysis and recommendations. *The Future of Children* 1999;9(1):4-26.
 17. Duggan AK, McFarlane EC, Windham AM, Rohde CA, Salkever DS, Fuddy L, Rosenberg LA, Buchbinder SB, Sia CCJ. Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children* 1999;9(1):66-90.
 18. Olds DL, Henderson CR, Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, Tatelbaum RC. Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children* 1999;9(1):44-65.
 19. Wagner M, Spiker D, Linn M, Gerlach-Downie S, Hernandez F. Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education* 2003;23(4):171-183.
 20. Korfmacher J, Kitzman H, Olds DL. Intervention processes as predictors of outcomes in a preventative home visitation program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 1998;26(1):49-64.
 21. Duggan AK, McFarlane EC, Windham AM, Rohde CA, Salkever DS, Fuddy L, Rosenberg LA, Buchbinder SB, Sia CCJ. Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children* 1999;9(1):66-90.
 22. Wagner MM, Clayton SL. The Parents as Teachers program: Results from two demonstrations. *The Future of Children* 1999;9(1):91-115.
 23. Baker AJL, Piotkowski CS, Brooks-Gunn J. The Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY). *The Future of Children* 1999;9(1):116-133.

24. Hebbeler KM, Gerlach-Downie SG. Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly* 2002;17(1):28-51.
25. Duggan A, Windham A, McFarlane E, Fuddy L, Rohde C, Buchbinder S, Sia C. Hawaii's Healthy Start Program of home visiting for high-risk families: Evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics* 2000;105(1):250-259.
26. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science* 2002;3(3):153-172.
27. Olds DL, Henderson CR, Kitzman H. Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics* 1994;93(1):89-98.
28. Karoly LA, Greenwood PW, Evernham SS, Hoube J, Kilburn MR, Rydell CP, Sanders M, Chiesa J. *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions*. Santa Monica, Calif: RAND; 1998.
29. Gross RT, Spiker D, Haynes C. *Helping low birth weight, premature babies: The Infant Health and Development Program*. Stanford, Calif: Stanford University Press; 1997.
30. Reynolds AJ, Temple JA, Robertson DL, Mann EA. Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2001;85(18):2339-2346.
31. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science* 2002;3(3):168.
32. Gomby DS, Cuboss PL, Behrman RE. Home-visiting: Recent program evaluations—analysis and recommendations. *The Future of Children* 1999;9(1):4-26.

*Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI-
Gobierno de Chile.*

Para citar este documento:

Zercher C, Spiker D. Programas de visitas domiciliarias y su impacto en los niños pequeños. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-8. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/Zercher-SpikerESPxp.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2010



Programas de Visitas Domiciliarias en Periodos Pre y Postnatal y su Impacto en el Desarrollo Psicosocial de los Niños Pequeños (0-5): Comentarios sobre Olds, Kitzman, Zercher y Spiker

DEBORAH DARO, PhD

*Chapin Hall Center for Children
University of Chicago, EE.UU.*

(Puesto en línea, en inglés, el 27 de julio de 2004)

(Revisado, en inglés, el 25 de agosto de 2006)

(Puesto en línea, en español, el 16 de marzo de 2010)

Tema

Programas de Visitas Domiciliarias (Periodos Pre y Postnatal)

Introducción

Diversos analistas políticos y defensores de las visitas domiciliarias en los Estados Unidos se han referido a estos programas como el suministro de un servicio muy promisorio para educar a los padres y reducir el potencial abuso.^{1,2,3} Esto es particularmente cierto en la medida que los servicios sean ofrecidos durante el desarrollo temprano de un niño. Cuando este servicio comienza durante el embarazo o al nacer, facilita el desarrollo de un apego positivo y seguro entre los padres y el niño y sienta una base sólida para el desarrollo posterior.⁴ Ofrecer tales servicios en el hogar de los padres tiene un sinnúmero de ventajas agregadas. Dichos servicios permiten al proveedor una oportunidad excelente para evaluar la seguridad del entorno cotidiano del niño y trabajar individualmente con los padres para mejorar las relaciones padres-hijo. El método también ofrece al participante un grado de privacidad y al profesional un nivel de flexibilidad que es difícil de lograr en programas grupales.

Pese a la teoría de la estrategia y a la aceptación popular, las rigurosas evaluaciones de programas de visitas domiciliarias pre y postnatales muestran niveles de desempeño irregulares, como se confirma en cada uno de los tres artículos del Centro de Excelencia para el Desarrollo Infantil Temprano (*Centre of Excellence for Early Childhood Development CEECD*), presentados sobre este tema. Zercher y Spiker consideran la evidencia empírica a la luz de la selección más amplia de preguntas de investigación, en la búsqueda de apoyo empírico para la efectividad y la eficacia del método. Por contraste, Kitzman se basa en la capacidad de los programas de visitas domiciliarias para llegar efectivamente a las familias socialmente desfavorecidas y pone especial atención a la forma en que las diferentes estructuras o elementos de programas pudieran influir en los índices de inscripción, así como en los resultados individuales. Olds analiza la evidencia que estos tipos de intervenciones pueden orientar tres factores predictivos clave de

problemas emocionales y sociales en los niños (por ejemplo, salud prenatal de la madre, formas de crianza de los padres y ciclo vital materno). Los tres artículos mencionan la amplia variabilidad entre los programas agrupados bajo el título general de visitas domiciliarias pre y postnatales y el número limitado de lo que se puede considerar estudios de evaluación “de alta calidad” (es decir, ensayos clínicos aleatorios).

Investigaciones y Conclusiones

Pese a la popularidad de la innovación, los datos de evaluación de los programas revisados por los tres autores indicaron que los resultados positivos no son universales para todos los modelos ni sistemáticos a través de los distintos sectores de la población. Los tres artículos concuerdan en que los ensayos aleatorios amplios generalmente concluyen en que los servicios producen “un rango limitado de efectos importantes y que los impactos producidos a menudo son pequeños”. Los tres también están de acuerdo en que los efectos son más propensos a ocurrir entre los sectores con más desventajas. En conjunto, Kitzman y Olds, utilizando en gran parte su propio trabajo, son un poco menos críticos de la intervención que Zercher y Spiker, al señalar que se han observado impactos positivos y significativos en la conducta de salud prenatal de madres, maltrato y abandono infantil y relaciones madre-hijo, y que los impactos positivos se pueden sostener y mejorar en el tiempo. Al menos un estudio longitudinal citado en los tres artículos demostró una reducción de la dependencia de la ayuda social y de la conducta delictual en el grupo experimental al compararlo con el grupo de control.⁵

Al referirse a sus conclusiones, Zercher y Spiker cuentan casi exclusivamente con una fuente principal para sus datos de evaluación, una versión resumida producida por la Fundación Packard (Packard Foundation) sobre información recopilada durante más de diez años.⁶ Kitzman y Olds se refieren ampliamente a su trabajo. Para ser justos, la investigación de Kitzman y Olds constituye un conjunto de estudios impresionante. El desarrollo de su programa Asociación de Enfermeras/os y familia (Nurse Family Partnership, NFP, por sus siglas en inglés) y su evaluación sistemática a través de una serie de ensayos aleatorios diseñados rigurosamente y la investigación longitudinal no tiene precedentes en el campo de la planificación en servicios sociales. El programa de visitas domiciliarias NFP continúa siendo uno de los de mayor connotación e implementación sistemática en los Estados Unidos.

Sin embargo, desde la publicación del Informe Packard, la base de la investigación sobre estos programas se ha extendido y matizado. Los metanálisis sobre la ampliación de estos principios confirman los impactos del modelo en un rango de factores protectores y de riesgo asociados al maltrato infantil.^{7,8,9} Además, actualmente todos los modelos estadounidenses de visitas domiciliarias están involucrados en diversas actividades de investigación, lo que ha implicado mejores diseños y una atención más rigurosa a los temas clave de la inscripción y continuidad de los participantes, capacitación del personal y normas de garantía de calidad.¹⁰ Por ejemplo, hallazgos generados por el Proyecto de Demostración Nacional *Early Head Start* (Early Head Start National Demonstration Project), en los dos primeros años de seguimiento, confirman la eficacia de los programas de visitas domiciliarias a los nuevos padres. Específicamente, las madres participantes en el proyecto fueron más protectoras, más sensibles, menos distantes y más propensas a

jugar con sus hijos durante más tiempo para estimular el desarrollo cognitivo, el lenguaje y la información que las madres asignadas al grupo control en este ensayo aleatorio general. Asimismo, las madres participantes en el programa *Early Head Start* informaron una menor recurrencia de maltrato físico y, en general, recurrieron a métodos de disciplina más suaves en el manejo de sus hijos a los dos años de edad.¹¹ Estos impactos tuvieron más probabilidades de ocurrir entre aquellos destinatarios del programa inscritos en intervenciones que incluyeron visitas domiciliarias, comparados con los que se inscribieron en intervenciones que sólo se basaron en servicios impartidos en centros de atención, aunque los programas que obtuvieron mayores beneficios combinaron servicios en los centros y visitas a los hogares.

Más que la opinión sobre la falta de hallazgos sistemáticos como indicador de la falla del programa, otra interpretación de estos patrones es que ellos subrayan la limitación inevitable de cualquier intervención aislada, no importando cuán bien se haya diseñado y suministrado.¹² Mejorar los resultados de los niños y la capacidad parental no sólo requiere de un programa sólido, sino de sistemas de cuidados de alta calidad. En efecto, la investigación más reciente sugiere que las asociaciones de estos tipos de intervenciones intensivas domiciliarias con un programa de servicios comunitario o grupal pueden aumentar considerablemente la participación de nuevos participantes que utilizarán servicios de prevención.^{13,14,15} Se necesita de estudios adicionales en esta dirección para identificar cualquier papel especial que puedan jugar las visitas domiciliarias en un contexto de sistema diversificado y general de educación y apoyo parental.

Implicancias para el Desarrollo de Políticas

Los tres artículos presentan perspectivas diferentes sobre las ventajas de extender los servicios de visitas. Kitzman sugiere que fortalecer las bases del conocimiento requerirá de programas que mantengan principios de integridad y compromiso así como la utilidad específica de diversos elementos estructurales. Zercher y Spiker señalan que se debería adoptar la intervención sólo como una estrategia de prevención secundaria, resaltando que no existe evidencia empírica que respalde una estrategia de suministro de servicios universal. Olds advierte que cualquier aplicación del modelo a una cultura o población distinta sólo se debería realizar si cuenta con financiamiento para realizar ensayos clínicos aleatorios.

Aunque los programas de visitas domiciliarias han ido mejorando su estructura y ejecución, aún no está claro cuál es el método mejor para evaluar rigurosamente su efectividad. La diversidad de las necesidades familiares y las vías para lograr un mejor desarrollo infantil sugiere que los mejores programas serán aquéllos que no sólo se hayan ejecutado adecuadamente, sino que también estén bien informados sobre los desafíos y fortalezas particulares de sus comunidades locales.¹⁶ Por lo tanto, una comprensión cabal de los impactos de los programas requiere de diversos métodos de evaluación. Las mejores políticas y programas se formulan cuando se consideran las lecciones colectivas de un conjunto amplio de investigación, utilizando diversos modelos teóricos y metodologías.¹⁷

REFERENCIAS

1. U.S. Government Accounting Office (GAO). *Home visiting: A promising early intervention strategy for at-risk families*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1990. GAO/HRD-90-83.
2. U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect. *Creating caring communities: Blueprint for an effective federal policy for child abuse and neglect*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1991.
3. Hahn RA, Bilukha OO, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki EK, Snyder S, Tuma F, Schofield A, Corso PS, Briss P. First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: Early childhood home visitation. Findings from the Task Force on Community Preventive Services. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2003;52(RR-14):1-9.
4. Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children. *Starting points: Meeting the needs of our youngest children*. New York, NY: Carnegie Corporation of New York; 1994. Abridged version available at: http://www.carnegie.org/starting_points/. Accessed February 12, 2007.
5. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L, Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.
6. Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. Home visiting: Recent program evaluations - Analysis and recommendations. *The Future of Children* 1999;9(1):4-26.
7. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 2003;129(2):195-215.
8. Geeraert L, Van den Noortgate W, Grietens H, Onghena P. The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis. *Child Maltreatment* 2004;9(3): 277-291.
9. Sweet MA, Appelbaum MI. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development* 2004;75(5):1435-1456.
10. Daro D. *Home Visitation: Assessing Progress, Managing Expectations*. Chicago, Ill: Chapin Hall Center for Children. Available at: <http://www.chapinhall.org>. Accessed February 12, 2007.
11. U.S. Department of Health and Human Services. *Building Their Futures: How Early Head Start Program are Enhancing the Lives of Infants and Toddlers in Low Income Families. Summary Report*. Washington D.C.: Commissioner's Office of Research and Evaluation, Head Start Bureau; 2001. Available at: <http://www.mathematica-mpr.com/publications/PDFs/buildsumm.pdf>. Accessed February 12, 2007.

12. Weiss HB. Home visits: necessary but not sufficient. *The Future of Children* 1993;3(3):113-128.
13. Anisfeld E, Sandy J, Guterman NB. *Best Beginnings: A Randomized Controlled Trial of a Paraprofessional Home Visiting Program*. New York, NY: Columbia University School of Social Work; 2004. Available at: http://www.healthyfamiliesamerica.org/downloads/eval_NY_bb_2004.pdf. Accessed February 12, 2007.
14. Constantino JN, Hasemi, N, Solis E, Alon T, Haley S, McClure S, Nordlicht N, Constantino MA, Elmen J, Carlson VK. Supplementation of urban home visitation with a series of group meetings for parents and infants: results of a “real world” randomized, controlled trial. *Child Abuse and Neglect* 2001;25(12):1571-1581.
15. Klagholz D. *Starting Early Starting Smart: Final Report*. Great Falls, Mont: Donna D. Klagholz & Associates, LLC; 2005. Available at: <http://www.healthyfamiliesamerica.org/research/index.shtml>. Accessed February 12, 2007.
16. Daro D, Cohn-Donnelly A. Child abuse prevention: Accomplishments and challenges. In: Myers JEB, Berliner L, Briere J, Hendrix T, Jenny C, Reid T, eds. *The APSAC handbook on child maltreatment*. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2002:431-448.
17. McCall RB, Green BL. Beyond the methodological gold standards of behavioral research: Considerations for practice and policy. *Social Policy Report* 2004;18(2):3-19. Available at: <http://www.srcd.org/Documents/Publications/SPR/spr18-2.pdf>. Accessed February 12, 2007.

Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI- Gobierno de Chile.

Para citar este documento:

Daro D. Programas de visitas domiciliarias en periodos pre y postnatal y su impacto en el desarrollo psicosocial de los niños pequeños (0-5): Comentarios sobre Olds, Kitzman, Zercher y Spiker. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-5. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/DaroESPxp.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2010