

VISITAS DOMICILIARIAS

Programas de Visitas Domiciliarias y su Impacto durante la Primera Infancia en la Preparación para la Escolarización

Erika Gaylor, PhD, Donna Spiker, PhD

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

Agosto 2004, Éd. rév.

Introducción

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 en 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.

Tema

La visita domiciliaria es un modelo de entrega de servicios que puede ser utilizado para proporcionar diversos tipos de intervenciones a los beneficiarios ¹. 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 cotidiana. 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 las últimas tres décadas, se ha acumulado información acerca de la eficacia de los programas de visitas domiciliarias. Recientes 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 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 y resultados del desarrollo infantil. 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

En este capítulo nos centramos en la efectividad de los programas de visitas domiciliarias para promover los resultados cognitivos, de desarrollo y de la preparación para la escolarización en los niños. La mayoría de los servicios e investigaciones sobre visitas domiciliarias se han centrado en el periodo prenatal y hasta los 2 ó 3 años, y por eso no han medido los impactos a largo plazo sobre la preparación para la escolarización y logros escolares. Sin embargo, algunos estudios más recientes han examinado el impacto de estos resultados indirectamente a través de cambios en prácticas de crianza y precursores para el éxito escolar (esto es, resultados de comportamiento positivo incluyendo la auto-regulación y atención).

Preguntas claves de la investigación

Las preguntas claves de la investigación incluyen las siguientes: 1) ¿Cuáles son los beneficios a corto y a largo plazo que han recibido las familias participantes y sus hijos con relación a las familias no participantes, en particular en cuanto a las destrezas de disposición de los niños frente a la escuela y la crianza para apoyar el desarrollo infantil? 2) ¿Qué factores influyen en la participación y la no participación en el programa? 3) ¿Varían los resultados para los siguientes subgrupos?

Resultados de la Investigación

Una revisión reciente de siete modelos de programas de visitas domiciliarias dentro de 16 estudios, que incluyó una evaluación rigurosa de los componentes y que midió el desarrollo infantil y los resultados de la preparación para la escolarización, reveló impactos positivos sobre el desarrollo y comportamiento de la primera infancia. Seis modelos mostraron efectos favorables sobre las mediciones de resultados primarios (por ejemplo, mediciones estandarizadas de resultados de desarrollo infantil y reducción de problemas de comportamiento).¹³ Sólo fueron incluidos los estudios que utilizaron la observación directa, la evaluación directa o datos administrativos. Sin embargo, los problemas identificados en una revisión hace una década aún afectan este campo.

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 modesta⁵.

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 objetivo 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.^{14,15} En otro estudio, un 20 por ciento de familias que aceptaron participar no comenzaron el programa rechazando una visita inicial.¹⁹ Segundo, las familias pueden no recibir todas las visitas planificadas. Una evaluación del modelo *Nurse Family Partnership* reveló que las familias recibieron sólo la mitad del número

programado de visitas.¹⁶ Las evaluaciones de los programas de la Fundación *Healthy Start de Hawai (Hawaii Healthy Start)* y el de Padres como Maestros (*Parents as Teachers*) encontraron que un 42 por ciento de 38 por ciento a 56 por ciento de las visitas planificadas respectivamente 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 por ciento y un 67 por ciento de familias inscritas abandonaron los programas antes de la fecha programada de término. Algunos estudios recientes de *Early Head Start* muestran también que las familias con mayor número de factores de riesgo son las que tienen mayores probabilidades de abandonar el programa.²⁰

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.^{21,22} Una excepción reciente, sin embargo, fue un estudio del modelo de *Program for Preschool Youngsters (HIPPY)* con familias latinas de bajos ingresos que muestra cambios en crianza en el hogar y mejores logros en las notas de matemática de tercer grado.²³ Unas evaluaciones anteriores de HIPPY hallaron resultados variados con respecto a la efectividad del programa. En algunas cohortes, los participantes en el programa superaron a los no participantes en mediciones de adaptación y logros escolares en el grado segundo, pero estos resultados no fueron reproducidos con otras cohortes en otros sitios.

La revisión de los programas de visitas domiciliarias descritos arriba incluyó únicamente los estudios que utilizaron diseños y mediciones rigurosos. Sin embargo, cierto número de modelos sí mostraron impactos significativos sobre el desarrollo infantil y sus resultados de la preparación para la escolarización. El modelo de *Early Head Start* utilizó un diseño de ensayo aleatorio controlado (RCT) para estudiar el impacto de la prestación de servicio de un modelo mixto (es decir, basado en el centro y visitas domiciliarias) sobre los resultados de desarrollo en seguimientos de 2 y 3 años. En general, hubo beneficios pequeños, pero significativos en desarrollo cognitivo a los 3 años, pero no a los 2 años. Los estudios del modelo de *Nurse Family Partnership* hizo seguimiento a los niños durante 6 años y halló efectos significativos del programa sobre el lenguaje y el funcionamiento cognitivo al igual que menos problemas de

comportamiento en un estudio del RCT.²⁴ Además, algunas evaluaciones recientes de *Healthy Families America* han demostrado efectos pequeños, pero favorables sobre la primera infancia.^{25,26}

Ha habido hallazgos variados en cuanto a la efectividad de los programas de visitas domiciliarias para aumentar la identificación temprana de retardos en el lenguaje. El modelo de *Nurse Family Partnership* mostró una tasa de detección significativamente mejor en el caso de retardo en el lenguaje,¹⁰ mientras que un estudio del *Hawaii Healthy Start Program* no mostró evidencia de prevención de retardo en el lenguaje o mejoras en identificación temprana.²⁷

Cierto número de programas modelos no han logrado dar cuenta de los impactos del programa sobre factores de crianza y del ambiente del hogar que son predictivos del aprendizaje y desarrollo temprano de los niños a través de 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 de 1990, del programa Parents as Teachers (PAT) 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. Algunos estudios más recientes del ensayo aleatorio controlado (RCT) con el currículo de *Born to Learn* del programa Padres como Maestros (PAT) han encontrado efectos significativos sobre el desarrollo cognitivo y motivación dominio a la edad de 2 años para las familias de bajo estrato socioeconómico únicamente.²⁸ Un ensayo aleatorio controlado (RCT) de *Family Check-Up* demostró impactos favorables sobre el comportamiento de niños en riesgo y prácticas de crianza positivas.²⁹

Los ensayos aleatorios controlados (RCT) 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, en el modelo de *Nurse Family Partnership* los niños nacidos de madres con bajos recursos psicológicos tuvieron mejores logros académicos en matemática y lectura en los grados primero a sexto en comparación con sus semejantes del grupo de control (esto, es, madres sin intervención con características similares).^{30,31}

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.⁷ 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 detenciones o arrestos de jóvenes.³² Otro ejemplo que muestra una programación más intensiva con mayores impactos es la evaluación de *Healthy Steps* que muestra resultados significativamente mejores en cuanto al lenguaje cuando el programa comenzó de manera prenatal y siguió por 24 meses.³³ 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 para el desarrollo temprano y el comportamiento de los niños y los comportamientos de crianza y las prácticas disciplinarias. Los programas que son diseñados y ejecutados con mayor rigor parecieran alcanzar mejores resultados. Estos programas también parecen ofrecer mayores beneficios a ciertos subgrupos de familias, tales como madres adolescentes, solteras, con bajos ingresos.

Implicaciones

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 objetivo participantes.

Con respecto a los resultados del desarrollo infantil y la preparación para la escolarización, algunos de los estudios más recientes son prometedores en cuanto a sus impactos sobre estos resultados e indirectamente a través de la promoción de prácticas de crianza positivas y apoyo en el hogar para el aprendizaje temprano. Mientras aprendemos más sobre los mecanismos para estos impactos, de manera tanto directa como indirecta, las investigaciones demostrarán el enfoque más efectivo para vincular los servicios de visitas domiciliarias con la educación de la infancia temprana y los programas de cuidado infantil para obtener resultados más positivos. Por ejemplo, una razón por la cual el modelo de *Nurse Family Partnership* produce efectos tan fuertes sobre los logros académicos de los niños en comparación con otros modelos de programas es que los niños cuyos padres participaron en el programa tenían más probabilidad de tomar parte en programas formales de educación para la primera infancia entre los 2 y 5 años de edad.²⁴ Para las familias en alto riesgo, los programas de visitas domiciliarias pueden servir para animar a las familias para que aprovechen los programas de preescolar disponibles para ellos y para sus niños, para apoyar mejor los resultados de la preparación para la escolarización.

Referencias

1. Roberts, R. N., & Wasik, B. H. (1990). Home visiting programs for families with children birth to three: Results of a national survey. *Journal of Early Intervention*, 14, 274-284.
2. Wasik, B. H., & Bryant, D. M. (2000). *Home visiting: Procedures for helping families* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
3. Behrman, R. E. (Ed.). (1999). *The future of children. Home visiting: Recent program evaluations* (Vol. 9). Los Altos, CA: The David and Lucile Packard Foundation.
4. Halpern, R. (2000). Early childhood intervention for low-income children and families. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 361-386). New York, NY: Cambridge University Press.
5. Gomby, D. S., Culross, P. L., & Behrman, R. E. (1999). Home visiting: Recent program evaluations-analysis and recommendations. *The Future of Children*, 9(1), 4-26.
6. Wagner, M., Spiker, D., & Linn, M. I. (2002). The effectiveness of the Parents as Teachers program with low-income parents and children. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22(2), 67-81.
7. Gross, R. T., Spiker, D., & Haynes, C. W. (Eds.). (1997). *Helping low birth weight, premature babies*. Stanford, CA: Stanford University Press.

8. Karoly, L. A., Greenwood, P. W., Everingham, S. S., Hoube, J., Kilburn, M. R., Rydell, C. P., et al. (1998). *Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions* (No. MR-898-TCWF). Santa Monica, CA: RAND Corporation.
9. Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 278(8), 637-643.
10. Olds, D. L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3(3), 153-172.
11. Wagner, M., Spiker, D., Linn, M. I., Gerlach-Downie, S., & Hernandez, F. (2003). Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education*, 23(4), 171-187.
12. Roberts, R. N., Wasik, B. N., Casto, G., & Ramey, C. T. (1991). Family support in the home: Programs, policy, and social change. *American Psychologist*, 46(2), 131-137.
13. Paulsell, D., Avellar, S., Sama Martin, E., & Del Grosso, P. (2010). *Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary*. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.
14. Duggan, A. K., McFarlane, E. C., Windham, A. M., Rohde, C. A., Salkever, D. S., Fuddy, L., et al. (1999). Evaluations of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children*, 9(1), 66-90.
15. Olds, D. L., Henderson, C. R., Jr., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E., & Tatelbaum, R. C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. *The Future of Children*, 9(1), 44-65.
16. Korfmacher, J., Kitzman, H., & Olds, D. L. (1998). Intervention processes as predictors of outcomes in a preventive home visitation program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 26(1), 49-64.
17. Wagner, M. M., & Clayton, S. L. (1999). The Parents as Teachers program: Results from two demonstrations. *The Future of Children*, 9(1), 91-115.
18. Baker, A. J. L., Piotrkowski, C. S., & Brooks-Gunn, J. (1999). The Home Instruction Program for Preschool Youngsters (HIPPY). *The Future of Children*, 9(1), 116-133.
19. Hebbeler, K. M., & Gerlach-Downie, S. G. (2002). Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly*, 17, 28-51.
20. Roggman, L. A., Cook, G. A., Peterson, C. A., & Raikes, H. H. (2008). Who drops out of Early Head Start home visiting programs? *Early Education & Development*, 19(4), 574-599.
21. Caughy, M. O., Huang, K., Miller, T., & Genevro, J. L. (2004). The effects of the Healthy Steps for Young Children Program: Results from observations of parenting and child development. *Early Childhood Research Quarterly*, 19(4), 611-630.
22. Minkovitz, C. S., Strobino, D., Mistry, K. B., Scharfstein, D. O., Grason, H., Hou, W., et al. (2007). Healthy steps for young children: Sustained results at 5.5 years. *Pediatrics*, 120(3), 658-668.
23. Nievar, M. A., Jacobson, A., Chen, Q., Johnson, U., & Dier, S. (2011). Impact of HIPPY on home learning environments of Latino families. *Early Childhood Research Quarterly*, 26, 268-277.
24. Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., et al. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 6(6), 1550-1559.
25. Caldera, D., Burrell, L., Rodriguez, K., Crowne, S. S., Rohde, C., & Duggan, A. (2007). Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*, 31(8), 829-852.
26. Landsverk, J., Carrillo, T., Connelly, C. D., Ganger, W., Slymen, D., Newton, R., & al., e. (2002). *Healthy Families San Diego clinical trial: Technical report*. San Diego, CA: The Stuart Foundation, The California Wellness Foundation, State of California Department of Social Services: Office of Child Abuse Prevention.

27. King, T. M., Rosenberg, L. A., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., & Duggan, A. K. (2005). Prevalence and early identification of language delays among at-risk three year olds. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(4), 293-303.
28. Drotar, D., Robinson, J., Jeavons, L., & Lester Kirchner, H. (2009). A randomized, controlled evaluation of early intervention: The Born to Learn curriculum. *Child: Care, Health & Development*, 35(5), 643-649.
29. Shaw, D. S., Dishion, T. J., Supplee, L., Gardner, F., & Arnds, K. (2006). Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 1–9.
30. Olds, D. L., Kitzman, H., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., et al. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: Age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 120(4), e832-e845.
31. Kitzman, H. J., Olds, D. L., Cole, R. E., Hanks, C. A., Anson, E. A., Arcoleo, K. J., et al. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 164(5), 412-418.
32. Reynolds, A. J., Temple, J. A., Robertson, D. L., & Mann, E. A. (2001). Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest: A 15-year follow-up of low-income children in public schools. *Journal of the American Medical Association*, 285(18), 2339-2346.
33. Johnston, B. D., Huebner, C. E., Anderson, M. L., Tyll, L. T., & Thompson, R. S. (2006). Healthy steps in an integrated delivery system: Child and parent outcomes at 30 months. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 793-800.