

Características, efectividad y desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana

The characteristics, effectiveness and challenges of home visiting in early intervention programmes

María A. Kotliarenco¹, Esteban Gómez², María M. Muñoz³ y Marcela Aracena⁴

1 Centro de Estudios y Atención al Niño y la Mujer, Universidad de Western Sydney. Santiago, Chile. mkotliarenco@gmail.com

2 Fundación Protectora de la Infancia, Escuela de Psicología, Universidad Bernardo O'Higgins. Santiago, Chile. eagomez@uc.cl

3 Centro de Estudios y Atención al Niño y la Mujer, Escuela de Psicología, Universidad Bernardo O'Higgins. Santiago, Chile. mmmunoz@uc.cl

4 Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. maracena@uc.cl

Recibido 11 Noviembre 2009/Enviado para Modificación 18 Abril 2010/Aceptado 25 Abril 2010

RESUMEN

Se revisaron artículos publicados entre 1999 y 2009, en revistas indexadas en PubMed, EBSCO y ProQuest, sobre las características, efectividad y desafíos de los programas de visita domiciliaria orientados a la intervención en infancia temprana, clarificando los alcances y limitaciones de la investigación y sus ámbitos de aplicación. La visita domiciliaria se ha mostrado efectiva para una variedad de áreas relevantes, especialmente sobre el desarrollo de competencias parentales y la relación cuidador-infante. En términos generales, los programas más efectivos comenzaban en el embarazo, duraban más de un año, contaban con personal especialmente entrenado y se focalizaban en construir una relación de confianza y en modelar la interacción cuidador-infante. Se identificó la importancia de considerar en su diseño las características de la población objetivo, del modelo de visita usado y del agente visitador. A pesar de la evidencia acumulada en estudios anglosajones, los costos asociados a estos programas pueden ser muy altos, implicando barreras que pueden hacer dificultosa su diseminación en los países latinoamericanos. Los autores plantean la necesidad de desarrollar y evaluar otras variantes (por ejemplo, incorporando monitoras comunitarias), ponderando su relación costo/efectividad.

Palabras Clave: Visita domiciliaria, carencia psicosocial, intervención precoz (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

The authors reviewed papers published between 1999 and 2009 in journals indexed in PsycInfo, PubMed, EBSCO and ProQuest concerning the characteristics, effectiveness and challenges of home visit programmes orientated towards early childhood intervention, clarifying the research's scope and limitations and its applications. Home visiting has been shown to be effective for a variety of relevant areas, especially for

developing parent skills and child-caregiver relationships. The most effective programmes have started at pregnancy, lasted more than a year, had specially trained staff and have focused on building a trustworthy relationship and on modelling the infant-caregiver interaction. The importance of considering target population characteristics, the visiting model used and the visitor agent was identified in designing these programmes. In spite of the evidence accumulated in Anglo-Saxon studies, the costs associated with these programmes can be very high, thereby implying barriers which can make their dissemination difficult in Latin-American countries. The authors discuss the need for developing and evaluating other variants (i.e. including community agents), considering their cost/effectiveness ratio for treating early childhood problems, needs and characteristics in Latin-America.

Key Words: Home visit, early childhood, early intervention (*source: MeSH, NLM*).

En los últimos años ha cobrado fuerza la importancia que tienen los primeros años de vida para todo el desarrollo posterior (1-3), siendo un período crítico para apoyar a las familias en sus funciones de cuidado, crianza y estimulación oportuna. Este desafío es aún más significativo en los sectores más vulnerables de la población (4-6). En Chile, esta preocupación se ha concretado en el desarrollo sin precedentes de un Sistema de Protección Integral a la Infancia "*Chile Crece Contigo*", cuyos destinatarios son niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años. La política se organizó desde un enfoque ecosistémico para intervenir en todas las áreas del desarrollo biopsicosocial infantil, en una estrategia intersectorial amplia (7-8); destacándose el rol central en este sistema de la *Visita Domiciliaria* (VD), lo que se reflejó en un aumento de su uso de 439 % en cuatro años, pasando de 14 823 visitas domiciliarias durante 2006, a 65 105 durante 2009 (7).

En contraste con la importancia creciente que ha adquirido esta modalidad de intervención temprana, son pocas las publicaciones en habla hispana sobre visitas domiciliarias, requiriéndose más conocimiento especializado para el desarrollo de prácticas y programas basados en evidencia (1, 8-12); sensibles a las características de la población infantil más vulnerable, y que consideren los problemas de acceso, involucramiento y adherencia que suelen presentar (1, 13). El presente artículo tiene por objetivo contribuir a suplir esta carencia, realizando una revisión temática sobre el conocimiento disponible, con especial énfasis en modalidades dirigidas a la infancia temprana. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, EBSCO y ProQuest, buscando los términos "*visita domiciliaria*", "*intervención temprana*", "*infancia*", "*programa*", "*efectividad*", "*costo-efectividad*" y "*para-profesionales*", en español e inglés, incluyendo prioritariamente artículos empíricos, revisiones sistemáticas y meta-

análisis publicados entre 1999 y 2009. Al no tratarse de una revisión sistemática, no se realizó una valoración de la calidad metodológica de los artículos.

Características

La visita domiciliaria (VD) constituye en la actualidad una de las estrategias más prometedoras en la intervención temprana con mujeres embarazadas, infantes y sus familias. Es una modalidad de los programas de apoyo a la familia, en donde ésta recibe servicios en su propio hogar, a través de encuentros periódicos realizados por un agente visitador previamente definido, permitiendo entregar una amplia gama de servicios, como información, guía y apoyo emocional, entre otros (9,14). Se fundamenta en premisas teóricas coherentes con un marco ecológico y sistémico, que comparte con los programas de apoyo familiar, como: a. Los padres son en general los cuidadores más consistentes para las necesidades de sus hijos/as; b. Pueden responder positivamente a sus hijos e hijas cuando se les ofrece el conocimiento, habilidades y soporte necesario, y; c. Sus necesidades deben estar cubiertas para que puedan ser padres efectivos (8,15).

Generalmente estos programas comienzan en la etapa del embarazo y duran hasta los dos años, prolongándose incluso a los cinco a seis años de edad del niño (15-18); se diferencian de otros modelos preventivos por su extensa duración, rara vez menor a dos años, por la elevada frecuencia de los contactos y por el lugar en que se ejecutan los servicios. Los participantes pueden ser reclutados de la población general (como centros de salud), de un grupo específico (como madres adolescentes), o de participantes con criterios de riesgo y vulnerabilidad (como violencia intrafamiliar) (8,16-18).

Si bien la VD fue diseñada preferentemente para prevenir el maltrato y negligencia infantil, se ha ampliado hasta incluir la promoción del desarrollo infantil y la prevención de resultados negativos en la familia (19-22). En la VD se abordan diversas temáticas, incluyendo competencias parentales, educación sobre desarrollo infantil, apego, reducción de estrés, activación de recursos disponibles, seguridad doméstica, problemas económicos/empleo, salud materna y nutrición infantil (23-27). En Chile, el Sistema Integral de Protección a la Infancia reporta para 2009 que de 37 285 visitas que se hicieron bajo el programa de *Visita Domiciliaria Integral*, un 35,9 % fue para apoyo al recién nacido en riesgo psicosocial; 28,6 % fue para apoyo a infantes con déficit en su desarrollo psicomotor; 13 % por situaciones de malnutrición infantil; 11,7 % por riesgo en la relación vincular/apego; 7,2 % por prematuridad y 3,6 % a infantes identificados en riesgo vital (7).

De acuerdo a una revisión sistemática reciente, que analiza 60 programas de VD publicados desde 1965 en adelante (18), las dos metas más frecuentes han sido: a. *Educación Parental*, 96,7 %: incluyendo fortalecimiento de competencias, conductas y actitudes parentales, y habilidades de interacción padre/hijo-a, y; b. El *Desarrollo Infantil*, 85 %. Otras metas han sido: entrega directa de cuidados de salud, 30 %; apoyo social parental, 28 %; prevención de maltrato infantil, 18,3 %; auto-ayuda, 10 %; y autonomía parental, 8,3 %.

Si bien los modelos de intervención temprana con VD son variados y se nutren de diversos marcos teóricos y técnicos, se ha propuesto que cada agente desarrolle sus intervenciones de acuerdo a cuatro categorías: a. Ciclo reproductivo de la familia; b. Factores de riesgo y protectores; c. Problemas de salud, y; d. Situaciones de crisis familiar (8,28-29). Se ha especificado entre las *buenas prácticas* evaluar permanentemente factores de riesgo, fomentar el uso y acceso a servicios y recursos comunitarios, prevenir accidentes domésticos y usar consentimiento informado (8). Bajo la modalidad de VD, McNaughton identifica en la literatura empírica 16 *tipos de servicios*, entre los que incluye evaluación, promoción de la lactancia y el desarrollo infantil, consejerías, derivaciones, monitoreo y apoyo social. Así, parece ser que la VD no sería una "técnica" de intervención, sino más bien un "contexto" ecológicamente apropiado para el desarrollo de intervenciones específicas con variados objetivos (30).

Impacto de los Programas Domiciliarios de Intervención Temprana

Si bien algunos autores han cuestionado su efectividad como modelo de intervención (31-32), revisiones recientes han concluido que la VD es potencialmente eficaz para abordar diversos problemas, aunque con tamaños de efecto desde pequeños hasta moderados según criterios de Cohen, y un rango de beneficios variado, que debe ponderarse con cautela (15-18,33-34). En una revisión sobre los efectos de programas de VD realizadas por enfermeras a familias jóvenes vulnerables, se examinó sistemáticamente 20 estudios experimentales y cuasi-experimentales (33). Sus hallazgos muestran que las VD realizadas por *enfermeras* logran resultados significativos: a. En las *madres*, especialmente sobre salud mental, apoyo social percibido, embarazos repetidos y consumo de alcohol; pero no en habilidades sociales, tasas de empleo o re-escolarización; b. En la *interacción* madre-infante, y; c. En las *habilidades parentales*, mostrando resultados mixtos en actitudes abusivas, y actitudes y conductas parentales (como indicadores de heridas, visitas a urgencia o reportes de maltrato y negligencia). Se observaron resultados menos robustos en salud y desarrollo infantil, uso de servicios de salud, asistencia a rutinas de control del niño/a o tasas de inmunización (33).

En otra revisión, Lagerberg analiza *intervenciones psicológicas* de VD orientadas a familias en vulnerabilidad biopsicosocial, concluyendo que se logra impactar positivamente el desarrollo de conductas pro-salud del niño/a, la seguridad doméstica y la estimulación infantil (35). Aunque la revisión muestra que las tasas de maltrato y negligencia infantil serían difíciles de influenciar, se observa que la VD sí logra menores reportes de accidentes y heridas severas en los niños/as. El desarrollo cognitivo en niños/as de bajo peso al nacer o prematuros podría ser positivamente influenciado por programas de VD, particularmente al combinarse con estimulación temprana en la unidad neonatal. Respecto a la depresión postparto, se observa que la VD lograría mejorías significativas mediante 6 a 8 consejerías realizadas por enfermeras una vez a la semana (35).

En una revisión sistemática y meta-análisis (34) se evaluó la efectividad de los programas de VD sobre la *parentalidad y calidad del entorno familiar*, en estudios experimentales y cuasi-experimentales que consideraran al menos una visita post-natal, incluyendo 34 estudios, de los cuales la mayoría (76 %) se realizaron con participantes considerados de alto riesgo. La VD tendría efectos positivos sobre: a. Interacción madre-infante; b. Disciplina parental; c. Expectativas parentales sobre el desarrollo de sus hijos/as; d. Habilidades para estimular el aprendizaje, y; e. Estimulación usando libros o juguetes. En 22 % de los estudios que reportaron medidas de parentalidad, no se encontraron resultados significativos (34). De los estudios, 12 que usaron el instrumento HOME se incluyeron en un meta-análisis, demostrando un efecto altamente significativo, sugiriendo que la VD es efectiva para mejorar la calidad del ambiente familiar según se evalúa en ese instrumento (34).

Finalmente, un meta-análisis que incluyó a 60 programas de VD, mostró que los niños/as visitados obtuvieron mejores resultados que los grupos de comparación (18). Si bien no se registraron efectos significativos para el maltrato actual, ni sobre el estrés parental, tres de los cinco tamaños de efecto promedio fueron significativos: a. Desarrollo cognitivo; b. Desarrollo socioemocional, y; c. Prevención del maltrato infantil. Con respecto a indicadores parentales generales, no se encontró efectos significativos para los niveles de empleo o uso de asistencia pública, pero sí para: a. Conductas parentales de crianza; b Actitudes de crianza, y; c; Re-escolarización materna. Sin embargo, deben interpretarse con cautela estos resultados, ya que los tamaños de efecto fueron pequeños en la mayoría de los casos (18).

Costo-Efectividad

El análisis de costo-efectividad de estos programas es un elemento fundamental para su inclusión en políticas públicas y su difusión masiva como metodología de intervención. Los programas de VD temprana norteamericanos implican un costo elevado para la realidad socioeconómica chilena. En un programa de VD que usó enfermeras y que mostró efectos positivos sobre la salud infantil, el costo reportado fue 523 dólares por familia, mientras que el costo del sistema estándar de salud fue 2 900 dólares por familia (33). Estos costos son similares a los reportados por otro programa de 10 visitas domiciliarias por familia, con un costo aproximado de 550 dólares por familia (33). Otros programas han mostrado costos más elevados, con un promedio de 1 500 dólares por niño/a, en una modalidad de 12 visitas domiciliarias (33). Un estudio que evaluó el costo-efectividad de un programa de visitas posnatales realizadas por enfermeras, encontró que la tasa de costo-efectividad incremental era de (-)181,8 dólares en comparación a no realizar la visita, mostrándose altamente costo-efectiva como estrategia para reducir la necesidad de servicios hospitalarios posteriores al alta (36). Así, si bien la literatura ha mostrado variaciones en estos estudios de VD, los hallazgos preliminares indican que serían costo-efectivas, con beneficios netos en rangos que oscilan entre los 6 000 dólares y 17 200 dólares por niño/a, en los Estados Unidos (37). Un estudio de costo-efectividad concluyó que un programa estatal de VD integral para padres primerizos, costaría menos del 4 % del costo de tratar las consecuencias del maltrato infantil (38).

En Chile, se dispone de muy poca información sobre el costo-efectividad; sin embargo, existen indicios de que la VD realizada por monitoras comunitarias sería costo-efectiva con respecto a resultados en la salud mental de las madres. Aracena reportó que la comparación de los costos incrementales, con la efectividad incremental de un programa de VD para madres adolescentes, arroja un costo de 13,5 dólares por cada unidad de efectividad (medida como descenso en un punto de un cuestionario que mide problemas de salud mental en madres). El estudio concluye que se obtienen ganancias significativas en la salud mental de las madres, por una inversión adicional sobre el tratamiento estándar de aproximadamente 40 dólares por adolescente, invertidos en un período total de 15 meses (39).

Profesionales versus Para-profesionales

La literatura muestra que según el diseño técnico del programa, la VD puede ser implementada por un profesional de la salud (tradicionalmente enfermeras y

gradualmente médicos familiares y otros), de las ciencias sociales (trabajadores sociales, psicólogos), un para-profesional y/o monitoras comunitarias (26,29,39). Debido a que a nivel internacional y nacional los programas de intervención para niños/as menores de seis años resultan ser costosos (40), se han tomado medidas para abaratarlos, por ejemplo, usando a voluntarios procedentes de las comunidades. Así, un proyecto británico, pionero en usar monitoras comunitarias, fue el "*Home Start*" (41); trabajó básicamente con voluntarias para apoyar a madres primerizas sin una red social efectiva, si bien las intervenciones específicas de mayor complejidad eran atendidas por profesionales especializados.

Otros estudios dan cuenta de familias que debido a su problemática podrían no aceptar ser visitadas por profesionales, si bien las razones no han sido estudiadas con claridad (42-43). Programas implementados en Australia, como el "*Good Beggining*", mostraron que ciertas familias preferían ser atendidas por personas que ellas consideraban similares a sí mismas (44). Las evaluaciones de proyectos que usan voluntarias con un alto compromiso, mostraron que éstas pueden entregar cuidados y atención de alta calidad (44). En este plano, investigaciones desarrolladas durante más de 25 años en Estados Unidos por Olds y su equipo, han concluido que los efectos de la VD son diferentes dependiendo de las características de la persona que la realiza. Así, en un estudio en que se compararon los efectos de la VD llevada a cabo por enfermeras y por para-profesionales (45), se encontraron resultados positivos en ambos casos, pero en ámbitos diferentes. Las mujeres visitadas por monitoras comunitarias, comparadas con el grupo control, mostraron mejor salud mental y mayor sensibilidad hacia sus hijos/as. Por otra parte, las mujeres visitadas por enfermeras presentaron mayor intervalo entre el nacimiento del primer y segundo hijo/a, menor nivel de violencia intrafamiliar, y sus hijos/as presentaron mejor nivel de lenguaje y adaptación conductual. En ambos casos, las mujeres visitadas lograron generar ambientes propicios para el aprendizaje de sus hijos/as. En línea con estos hallazgos, una revisión mostró que los resultados obtenidos por para-profesionales se observan similares a los de visitadores profesionales (34).

Un meta-análisis, en cambio, muestra diferencias: los profesionales se asociaron con tamaños de efecto más altos que los no-profesionales en el desarrollo cognitivo infantil (18). Los para-profesionales fueron más efectivos que profesionales en cambiar los comportamientos parentales. Respecto a la prevención del maltrato infantil, los resultados indican que los para-profesionales se asociaron con tamaños de efecto más altos que los profesionales. Estos resultados apoyan la labor de los para-profesionales pero se vieron, sin embargo, limitados por la carencia de hallazgos significativos en los otros dominios evaluados (18).

Experiencias documentadas en Chile

En Chile, los programas de visita domiciliaria han sido usados desde hace décadas, pero la sistematización y evaluación de estas experiencias ha sido muy escasa, encontrándose documentada muchas veces en textos de circulación restringida, documentos de trabajo o informes institucionales internos, comprometiendo la capacidad de retroalimentación efectiva de las políticas públicas orientadas a la infancia temprana, grupos vulnerables o familias en situación de riesgo psicosocial (14,28,46). A continuación se revisan algunas de estas experiencias, sin pretender ser exhaustivos.

El Programa de Apoyo a la Paternidad Adolescente de la Vicaría Pastoral Social se implementó en Santiago desde 1992, con el objetivo de favorecer el desarrollo integral de los hijos e hijas de madres adolescentes (de 0 a 7 años de edad), así como la participación de los padres en espacios de fortalecimiento de autoestima, habilidades sociales y soporte social. La evaluación muestra resultados en el compromiso materno con el niño/a, y ganancias significativas en el coeficiente de desarrollo de los niños/as (47). En un seguimiento, se observaron efectos sobre el desarrollo psicomotor en niños/as menores de dos años, pero que se atenúan sobre esa edad (48).

La experiencia de CEANIM en el uso de la VD comienza en 1979 con los Centros Comunitarios de Atención Preescolar (49). Entre 2006 y 2008 se implementaron los Centros de Desarrollo Infantil Temprano (DIT) con financiamiento de Fundación Integra, siendo un proyecto piloto de intervención temprana en Chile, focalizado en mujeres embarazadas desde el quinto mes de gestación hasta los dos años de edad del niño/a. Su objetivo fue favorecer el desarrollo integral materno-infantil, a través de intervenciones educativas, psicosociales y comunitarias, con un modelo mixto centro/hogar. La VD, implementada por monitoras comunitarias y supervisadas por coordinadores profesionales, fue un componente central (29). Se seleccionó al usuario caso a caso, de acuerdo a características de pobreza y riesgo biopsicosocial. Un estudio cualitativo de evaluación por asesoría externa que usó tres grupos focales, mostró que su propósito y actividades resultaron atingentes y que según las usuarias y monitoras se consideró como una experiencia exitosa (50). Un estudio reciente sobre su efectividad, mediante diseño pre-post no experimental, mostró ganancias estadísticamente significativas en indicadores del estilo de apego ($n=49$, $p<0,01$) evaluados con la Escala de Apego Durante Stress (ADS), y en el desarrollo psicomotor de los niños ($n=166$, $p<0,05$) evaluado con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) (51).

Por su parte, un estudio de la Universidad Católica (39), evaluó la efectividad de un programa de VD para madres adolescentes (15-19 años de edad), cuyos objetivos eran: a. Estimular el desarrollo de una identidad integral en las jóvenes; b. Ayudarlas a desarrollar un proyecto de vida; c. Reforzar sus habilidades parentales; d. Promover prácticas de cuidados saludables, y; e. Fortalecer sus relaciones sociales. Las visitas fueron realizadas por monitoras de la comunidad bajo la supervisión y guía de matronas de los centros de salud. El estudio siguió un diseño experimental, aleatorio y controlado, con mediciones pre-post. El grupo experimental (n=45) recibió los cuidados pre-natales y de control niño sano estándares del Centro de Salud, más los apoyos adicionales del programa realizados en VD por las monitoras comunitarias; mientras que el grupo de control (n=45) recibió sólo los cuidados estándares mencionados. Este estudio encontró que el grupo intervenido obtuvo puntajes significativamente más altos en la salud mental y estado nutricional de las madres, así como también en los niveles de desarrollo de lenguaje de los niños/as ($p < 0,05$) (39).

DISCUSIÓN

De acuerdo a la literatura revisada, la VD a nivel internacional ha resultado ser exitosa en grupos y poblaciones específicas, dado el apoyo y contención emocional que entregan las visitadoras a las mujeres en situación de vulnerabilidad (44). En términos generales, los programas más efectivos para la intervención temprana: a. Comienzan en el embarazo; b. Su duración es extensa, generalmente más de un año; c. Cuentan con personal especialmente entrenado, y; d. Se focalizan en construir una relación de confianza y en modelar la interacción madre-infante.

A pesar de los avances conquistados, existen brechas en la investigación sobre este tipo de programas que requieren el desarrollo de investigación de calidad (28,30,31,34,46,52). Actualmente, lo que se sabe en la literatura respecto a qué problemas son más abordables mediante VD y qué medidas de resultado son más sensibles, no alcanza consenso ni el mismo nivel metodológico en los estudios (30). A nivel del diseño de nuevos programas, se requiere más investigación sobre la dosis requerida para los resultados deseados, lo que implica testear modelos y dosis en función de temáticas específicas (30). Otro tema relevante a profundizar es cómo ve el agente visitador su propio rol y cuál es su *percepción* de aquellas prácticas que contribuyen positivamente a mejorar los resultados (27). Asimismo, se ha planteado la necesidad de indagar sistemáticamente en las *prácticas* desarrolladas por los agentes visitadores, en orden a comprender la relación entre variaciones en la forma de ejecutar una VD y los resultados que se busca conseguir (25,32). A este respecto, uno de los factores más relevantes

de profundizar es el establecimiento de la relación colaborativa o *alianza de trabajo* entre el agente visitador y los usuarios, en consideración al poder predictivo que ha mostrado tener sobre la adherencia, participación y resultados obtenidos por los participantes en programas de VD (30).

Otro de los aspectos que las evaluaciones de impacto dejan por resolver, es en qué medida el éxito de una VD radica en los *contenidos* que ésta aborda, o en el *marco teórico* de referencia (30). Así, es fundamental que las nuevas líneas de diseño y evaluación de programas de VD, especifiquen los modelos teóricos que sustentan sus intervenciones, para testear hipótesis específicas de funcionamiento (15,44), y llegar a construir modelos teóricos pertinentes y útiles para el diseño e implementación de estos programas (30).

Uno de los aspectos más controversiales sigue siendo el uso de *profesionales versus para-profesionales*; los programas de VD han mostrado efectividad con profesionales, siendo no concluyente la evidencia existente sobre para-profesionales (44-45). Sin embargo, los costos asociados pueden ser muy altos, implicando barreras que pueden hacer dificultosa su diseminación en países latinoamericanos. Es por ello necesario desarrollar y evaluar en forma rigurosa variantes más adecuadas para países en desarrollo (por ejemplo, implementados por monitoras comunitarias), ponderando su relación *costo/efectividad* frente a las modalidades más tradicionales (46). En Chile la investigación se ha caracterizado por utilizar agentes visitadores no profesionales, mostrando resultados prometedores para el desarrollo de un modelo más apropiado a la realidad latinoamericana (39,47,51). Así, el uso de *monitoras comunitarias* se ha incorporado progresivamente en éste y en otros países de América Latina, como en Perú con los Wawa Wasi (1).

Cabe señalar como una limitación del presente artículo que no se trata de una revisión sistemática, por lo que no se realizó una búsqueda sistemática de publicaciones ni se evaluó estructuradamente la calidad metodológica de los estudios aquí reportados, debiendo tomarse ciertas precauciones al utilizar las conclusiones reportadas. Futuros estudios de revisión sistemática y meta-análisis de investigaciones realizadas en Latinoamérica, con modelos propios, permitirán consolidar los lineamientos aquí señalados ♣

Agradecimientos: Al Fondo Nacional de Ciencias y Tecnología (FONDECYT), Proyecto1070836.

REFERENCIAS

1. Young ME. *Early Child Development: Investing in the Future*. Washington DC: The World Bank; 1996.
2. Cassidy J, Shaver P. *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press; 1999.
3. Shonkoff J, Phillips D, eds. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington DC: National Academy Press; 2000.
4. Connell-Carrick K. A Critical Review of the Empirical Literature: Identifying Correlates of Child Neglect. *Child and Adolescent Social Work* 2003; 20(5): 389-425.
5. Baer J, Martinez C. Child maltreatment and insecure attachment: a meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2006; 24(3): 187-197.
6. Gómez E, Muñoz M, Haz AM. Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención. *Psykhé* 2007; 16(2): 43-54.
7. Chile Crece Contigo. *Cuatro Años Creciendo Juntos. Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010*. Santiago: Gobierno de Chile; 2010.
8. MINSAL. *Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia*. Santiago : Gobierno de Chile, Ministerio de Salud; 2008.
9. MINSAL. *Intervenciones Basadas en la Evidencia en el Ámbito de la Prevención de la Salud Mental en Familias con Niños de 0 a 6 años, Revisión Sistemática de la Literatura. Informe Final*. Santiago: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud; 2007.
10. Olds D, Sadler L, Kitzman H. Programs for Parents of Infants and Toddlers: Recent Evidence from Randomized Trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48: 355-391.
11. Zlotnik JL, Galambos C. Evidence-based practices in health care: Social work possibilities. *Health and Social Work* 2004; 29: 259-261.
12. Gómez E, Muñoz M, Santelices MP. Efectividad de las Intervenciones en Apego con Infancia Vulnerada y en Riesgo Social: Un Desafío Prioritario para Chile. *Terapia Psicológica* 2008; 26(2): 241-251.
13. MINSAL. *Orientaciones Metodológicas para el trabajo en las 92 Comunas Vulnerables: Componente Barreras de Acceso*. Santiago: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud; 2009.
14. Muñoz B, Berger C, Aracena M. Una Perspectiva Integradora del Embarazo Adolescente: La Visita Domiciliaria como Estrategia de Intervención. *Revista de Psicología* 2001;10(1):21-34.
15. Russell B, Britner P, Woolard J. The Promise of Primary Prevention Home Visiting Programs: A Review of Potential Outcomes. *Journal of Prevention & Intervention in the Community* 2007; 34(1/2): 129-147.
16. Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson J, Tolley K, Blair M, et al. The effectiveness of Domiciliary Health Visiting: A systematic review of international studies and selective review of the British literature. *Health Technology Assessment* 2000; 4(13): 1-339.
17. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001; 323(7315):1-9.
18. Sweet M, Appelbaum M. 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.
19. Olds D, Henderson C, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing Child Abuse and Neglect: A Randomized Trial of Nurse Home Visitation. *Pediatrics* 1986; 78(1): 65-78.
20. Olds D, Henderson C, 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.
21. Olds D, Henderson C, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, et al. Long-term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior. 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *JAMA* 1998; 280(14): 1238-1244.

22. Asawa L, Hansen D, Flood MF. Early Childhood Intervention Programs: Opportunities and Challenges for Preventing Child Maltreatment. *Education and Treatment of Children* 2008; 31(1): 73-110.
23. Gracia E. *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós; 1997.
24. Emond A, Pollock J, Deave T, Bonnell S, Peters TJ, Harvey I. An evaluation of the First Parent Health Visitor Scheme. *Archives of Disease in Childhood* 2002; 86(3): 150-157.
25. Wagner M, Spiker D, Inman M. The Effectiveness of the Parent as Teachers Program with Low-Income Parents and Children. *Topics in Early Childhood Special Education* 2002; 22(2): 67- 81.
26. Ammerman R, Stevens J, Putnam F, Altaye M, Hulsmann J, Lehmkuhl H, et al. Predictors of Early engagement in Home Visitation. *Journal of Family Violence* 2006; 21(2): 105-115.
27. Parker S, Kirk S. The Parent Positive programme: opportunities for health visiting. *Community Practitioner* 2006; 79(1): 10-14.
28. Bedregal P. Eficacia y efectividad en la atención de niños entre 0 y 4 años. *En Foco* 2006; 79.
29. Kotliarenco MA, Gómez E, Muñoz M. Centros de Desarrollo Infantil en Chile: Una Experiencia Piloto. *Perspectivas-CEES UC* 2009; 8.
30. McNaughton D. Nurse Home Visits to Maternal-Child Clients: A Review of Intervention Research. *Public Health Nursing* 2004; 21(3): 207-219.
31. Chaffin M. Is it time to rethink Healthy Start/Healthy Families? *Child Abuse and Neglect* 2004; 28: 589-595.
32. Peterson C, Luze G, Eshbaugh E, Jeon H, Ross K. Enhancing Parent-Child Interactions through Home Visiting: Promising Practice or Unfulfilled Promise? *Journal of Early Intervention* 2007; 29(2): 119-140.
33. Kearney M, York R, Deatrick J. Effects of Home Visits to Vulnerable Young Families. *Journal of Nursing Scholarship* 2000; 32(4): 369-376.
34. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, et al. 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.
35. Lagerberg D. Secondary Prevention in Child Health: effects of psychological intervention, particularly home visitation, on children's development and other outcomes variables. *Acta Paediatrica Supplement* 2000; 434: 43-52.
36. Paul I, Phillips T, Widome M, Hollenbeak C. Cost-Effectiveness of Postnatal Home Nursing Visits for Prevention of Hospital Care for Jaundice and Dehydration. *Pediatrics* 2004; 114(4): 1015-1022.
37. Acs S, Lieb R, Mayfield J, Miller M, Pennucci A. Benefits and Costs of Prevention and Early Intervention Programs for Youth. Olympia: Washington State Institute for Public Policy; 2004.
38. Noor I, Caldwell RA, Strong D. The Costs of Child Abuse Vs Child Abuse Prevention: A Decade of Michigan's Experience. *National Alliance of Children's Trust & Prevention Funds* 2003; 1: 7-10.
39. Aracena M, Krause M, Pérez C, Méndez MJ, Salvatierra L, Soto M, et al. A cost-effectiveness Evaluation of a Home Visit Program for Adolescent Mothers. *Journal of Health Psychology* 2009; 14: 878-887.
40. Van der Eyken W. *Home-Start: A Four-Year Evaluation*. Leicester: Home-Start Consultancy; 1982.
41. Armstrong K, Fraser J, Dadds M, Morris J. A randomized controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *Journal of Pediatrics Child Health* 1999; 35: 237-244.
42. Armstrong K, Fraser J, Dadds M, Morris J. Promoting Secure Attachment, Maternal Mood and Health in a Vulnerable Population: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatrics Child Health* 2000; 36: 555-562.
43. Vimpani G. Home Visiting for Vulnerable Infants in Australia. *Journal of Paediatrics Child Health* 2000; 36: 537-539.
44. Olds D, Robinson J, Pettitt L, Luckey D, Holmberg J, Ng R, et al.. Effects of Home-visiting by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up. Results of a randomized trial. *Pediatrics* 2004; 114(6): 1560-1569.

45. Strasser K. Evaluación de Programas de Intervención Temprana. *En Foco* 2006; 78.
46. Ramírez V, Cumsille P. Evaluación de la eficiencia de un programa comunitario de apoyo a la maternidad adolescente. *Revista Latinoamericana de Psicología* 1997; 29(2): 267-286.
47. Cumsille P, Ramírez V. Evaluación de un programa comunitario destinado a favorecer el desarrollo psicosocial de madres adolescentes y sus hijos. *Psykhé* 1999; 8(2): 17-29.
48. Kotliarenco MA. *De Crisálida a Mariposa (20 Años de CEANIM)*. Santiago: CEANIM; 1999.
49. Leyton E, Ferrer S. Estudio Cualitativo de Evaluación. Proyecto Centros de Desarrollo Infantil Temprano. Informe de Resultados. Santiago: Fundación INTEGRA; 2007.
50. Kotliarenco MA, Muñoz M, Gómez E, Armijo I. Evaluación Pre-Post del desarrollo psicomotor y el estilo de apego en los usuarios de los Centros de Desarrollo Infantil Temprano. *SUMMA Psicológica UST* 2009; 6(2): 89-104.
51. Gomby D. Understanding Evaluations of Home Visitation Programs. *The Future of Children* 1999; 9(1): 27-43.