

La medición de la calidad de los servicios de visitas domiciliarias

Una revisión de la literatura

Sara Schodt
James Parr
María Caridad Araujo
Marta Rubio-Codina

División de Protección
Social y Salud

NOTA TÉCNICA N°
IDB-TN-881

La medición de la calidad de los servicios de visitas domiciliarias

Una revisión de la literatura

Sara Schodt
James Parr
María Caridad Araujo
Marta Rubio-Codina

Octubre 2015

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del

Banco Interamericano de Desarrollo

La medición de la calidad de los servicios de visitas domiciliarias: una revisión de la
literatura / Sara Schodt, James Parr, María Caridad Araujo, Marta Rubio-Codina.

p. cm. — (IDB Technical Note ; 881)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Child development. I. Schodt, Sara. II. Parr, James. III. Araujo, María Caridad. IV.
Rubio-Codina, Marta. V. Inter-American Development Bank. Social Protection and
Health Division. VI. Serie.

IDB-TN-881

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2015 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



scl-sph@iadb.org

<http://www.iadb.org/ProteccionSocial>

La medición de la calidad de los servicios de visitas domiciliarias

Una revisión de la literatura

Sara Schodt, James Parr, María Caridad Araujo y Marta Rubio-Codina*

Resumen

Este documento revisa la literatura sobre la definición y medición de calidad de los programas de visitas domiciliarias diseñados para promover el desarrollo infantil temprano, con un foco particular en aquellas intervenciones que apuntan a mejorar el desarrollo cognitivo, de lenguaje y socioemocional. Luego de resumir la evidencia de los programas de visitas domiciliarias en Estados Unidos y a nivel internacional, este estudio propone cuáles son los elementos clave que caracterizan una visita domiciliaria de buena calidad. Además, se presenta una descripción de una variedad de instrumentos diseñados para medir la calidad tanto de aspectos estructurales como de procesos de las visitas domiciliarias. Finalmente, se describen las situaciones en las que estos instrumentos han sido usados y los resultados de su administración.

Clasificación JEL: J13, H53, H75, I38

Palabras clave: desarrollo infantil temprano, calidad, visitas domiciliarias, medición, proceso de calidad, calidad estructural.

* La preparación de este documento estuvo a cargo de Sara Schodt (SCL/SCL), con los valiosos aportes de James Parr y bajo la dirección de María Caridad Araujo y Marta Rubio-Codina. Agradecemos a Florencia Lopez-Boo por sus comentarios y contribuciones.

Contenido

Introducción.....	2
Revisión de los programas de visitas domiciliarias basados en evidencia y de sus evaluaciones.....	3
La calidad de las visitas domiciliarias: una definición.....	9
Dosificación.....	10
Contenido.....	12
Relaciones.....	13
Instrumentos para medir la calidad de las visitas domiciliarias.....	15
El uso de los instrumentos para medir la calidad de la visita domiciliaria como parte de las evaluaciones de programas.....	21
Better Beginnings: HOVRS-A y HVCCF.....	22
BabyFACES: HOVRS-A y HVCCF.....	23
Illinois Prevention Initiative: HOVRS-A+	25
Part C y Early Head Start en Iowa central: HVOF	26
Evaluación del Modelo Family Check-Up: COACH.....	26
La calidad de la visita domiciliaria y sus efectos en el desarrollo infantil	27
Reflexiones finales	31
Bibliografía.....	33
Apéndice.....	41

Introducción

Las visitas domiciliarias o visitas al hogar, a las que nos referiremos indistintamente en adelante, son una estrategia para la prestación de servicios sociales utilizada para llegar a los niños en riesgo y a sus cuidadores, especialmente a sus madres¹. A través de las visitas domiciliarias, los programas aspiran a modificar el comportamiento parental y las prácticas de crianza con miras a mejorar los resultados de los niños o las familias (Howard y Brooks-Gunn 2009). Los diferentes modelos de visitas al hogar utilizan una variada selección de técnicas y currículos que se focalizan en mejorar una gama igualmente variada de resultados, sean estos la salud de la madre y el niño, el desarrollo social, emocional y cognitivo en la primera infancia, y el funcionamiento de la familia o de los padres (Stoltzfus y Lynch 2009). Por lo general, las visitas domiciliarias se realizan mediante interacciones estructuradas que involucran a un visitador capacitado, un cuidador y un niño. Estas interacciones ocurren de forma periódica en el hogar del cuidador.

Las visitas al hogar han crecido en popularidad en América Latina y el Caribe (ALC) y en otras regiones del mundo, reforzadas por la evidencia que existe sobre sus impactos fuertes y sostenidos en el desarrollo infantil. En su mayor parte, esta evidencia proviene de programas de pequeña escala rigurosamente evaluados y por esta razón no está claro si cuando se amplía la escala, este servicio puede ser ejecutado con la suficiente fidelidad como para lograr el mismo tipo de impactos. Una clave para asegurar la fidelidad y producir visitas de calidad en cualquier escala es recopilar información sobre qué exactamente sucede durante la visita domiciliaria misma y en torno a si las interacciones que están a la base de la visita se desarrollan como estaba previsto. El esfuerzo de documentar de forma sistemática lo que sucede durante la visita al hogar puede ser útil para el desarrollo profesional del personal que lleva a cabo las visitas y para capacitar a nuevos visitadores. Además, la recopilación de información sobre las visitas puede ofrecer una mirada más detallada y en profundidad de los procesos que han resultado más efectivos para mejorar los resultados de los niños, permitiendo que los programas continúen perfeccionando sus servicios. Es por estas razones que las herramientas para medir la calidad de las visitas domiciliarias son un elemento clave en la consolidación de programas a escala efectivos.

Este trabajo se concentra en revisar la literatura sobre la definición y medición de la calidad de las visitas al hogar, con un particular énfasis en los programas diseñados para mejorar los resultados cognitivos y/o socioemocionales de los niños. Para contextualizar el tema, la primera sección presenta un breve recuento de los programas de visitas domiciliarias basados en evidencia en los Estados Unidos e internacionalmente. La segunda sección de este documento revisa la literatura sobre los componentes clave de la calidad de las visitas al hogar. Una tercera y última sección describe la gama de instrumentos que se han utilizado para medir la calidad de las visitas domiciliarias y los resultados de su administración.

¹ A lo largo de este documento se usan indistintamente los términos padre/madre y cuidador para referirse a los adultos bajo cuya responsabilidad se encuentran los niños que reciben las visitas domiciliarias, y que participan en ellas.

Revisión de los programas de visitas domiciliarias basados en evidencia y de sus evaluaciones

El objetivo de esta sección es presentar un breve resumen de la evidencia mundial más importante sobre los programas de visitas domiciliarias. El **Nurse Family Partnership** (NFP) es sin duda el programa de visitas domiciliarias mejor conocido y evaluado en los Estados Unidos. Comenzó en 1977 en Elmira, Nueva York, para servir a madres primerizas de bajos ingresos y sus hijos. Bajo este modelo, las madres recibían visitas quincenales de una enfermera titulada, desde el embarazo hasta que el niño alcanzaba los 24 meses de edad, con la meta de lograr mejores resultados en el embarazo, las habilidades parentales y el curso de la vida materna (Olds et al 2002). El modelo del NFP ha sido probado en experimentos aleatorios durante 35 años, no solo en Nueva York sino también, a partir de 1988, en Memphis, Tennessee y, en 1994, en Denver, Colorado. Se encontraron efectos positivos consistentes (en por lo menos dos de los tres ensayos) en la salud prenatal y el aprestamiento para el aprendizaje a los 3 años, el número de lesiones infantiles, el número de embarazos subsecuentes de las madres, el intervalo entre los nacimientos y el empleo materno. Resulta importante, para los fines de esta revisión, señalar que los niños que recibieron NFP tuvieron niveles más elevados en la prueba Peabody Individual Achievement Tests (88,78 vs 85,70, $P = 0,009$) y puntajes más altos en pruebas estandarizadas de lenguaje y matemáticas luego de 6 años de escuela (40,52 vs 34,85, $P = 0,02$; Kitzman et al 2010). Los impactos positivos de estos primeros ensayos aleatorios del NFP condujeron a una expansión del programa en 1996 y desde entonces ha servido a más de 212.000 madres primerizas de bajos ingresos en 43 estados y a través de más de 100 proveedores (Howard y Brooks-Gunn 2009; Daro 2006; Olds et al 1997)².

Los impactos de otros programas de visitas domiciliarias de gran escala en los resultados de los niños han sido menos claros. Por ejemplo, el programa **Hawaii Healthy Start** (HHS), que comenzó en 1975 empleando a para-profesionales como visitantes (Duggan et al 2000), ha mostrado resultados mixtos. El HHS fue diseñado para prevenir el abuso y la negligencia infantil en los primeros tres años de vida, y mejorar el funcionamiento de familias en riesgo identificadas a través de un cuestionario corto que la madre llenaba cuando su niño nacía. Fue evaluado tanto experimental como cuasi-experimentalmente. Las primeras evaluaciones cuasi-experimentales sugerían que el programa lograba ampliar el uso de la atención pediátrica en caso de enfermedad o lesión y mejorar las destrezas para la vida de las madres, su salud mental, su uso de apoyo social, el entorno de aprendizaje en el hogar del niño, las interacciones entre padres-hijos, y en la reducción del consumo de sustancias por parte del cuidador. Por otra parte, una evaluación más rigurosa del programa realizada por Duggan et al (2004) encontró que los impactos eran muy limitados. Específicamente, los autores descubrieron que el HHS era efectivo para vincular a las familias con la atención médica pediátrica, mejorando algunas destrezas parentales y disminuyendo los daños resultantes de la violencia de pareja en el hogar, pero no encontraron impactos en el desarrollo de los niños u otros resultados (Duggan et al 2004). Este modelo fue posteriormente exportado a otros estados como **Healthy Families America**, un programa que todavía busca atender a madres de recién nacidos a través de la identificación oportuna de los factores de riesgo asociados al maltrato infantil.

El programa nacional **Early Head Start** (EHS) opera a escala en los Estados Unidos y también emplea visitas domiciliarias como parte de su prestación de servicios; ha sido evaluado en varias ocasiones. El EHS se dirige tanto a padres como a niños

² Puede encontrarse información más detallada sobre el NFP en el sitio web del Programa: nfp.org.

pequeños, con la meta de mejorar la salud y el desarrollo de niños menores de 3 años en entornos de bajos ingresos, y de aumentar el acceso de sus familias a los servicios de apoyo, así como su bienestar y autosuficiencia. Como parte de los servicios del EHS basados en el hogar, las familias reciben semanalmente visitas domiciliarias que se enfocan en el desarrollo de las habilidades parentales para apoyar un desarrollo infantil saludable. Dos veces por mes se ofrecen sesiones grupales para padres y niños a fin de que se reúnan para el aprendizaje, la conversación y las actividades sociales.

Varias evaluaciones experimentales con grupo de control de este programa han documentado sus resultados en desarrollo infantil. Estos resultados parecen variar según la edad del niño en el momento de la evaluación, su origen étnico y la calidad de la ejecución del programa específico de EHS al cual pertenece el niño. En tres estudios separados de escala pequeña—elaborados por Roggman y Cook (2010), Love et al (2001) y Roggman, Boyce y Cook (2009)— no se encontraron impactos en el área de desarrollo infantil³ a la edad de 24 meses.

Una de las evaluaciones aleatorias más grandes del EHS abarcó a más de 17 proveedores y a cerca de 3.000 niños y padres, y midió a niños a los 14 y 24 meses de edad durante el programa, a los 36 meses (al final del programa) y a la edad de 5 años (dos años después del término del programa). Los autores encontraron que los niños que participaron de los servicios de visitas domiciliarias del EHS habían mejorado sus resultados tanto en el área cognitiva como en la de lenguaje (Jones Harden et al 2012). A la edad de 2 años la magnitud del efecto fue de 0,12 de una desviación estándar (DE) en el MacArthur Communication Development Inventory (CDI) y 0,15 DE en las Bayley Scales of Infant Development-II (Bayley-II). A la edad de 3 años hubo un efecto de 0,13 DE en el Peabody Picture Vocabulary Test-III (PPVT-III) y de 0,15 DE en la prueba de Bayley-II. Finalmente, a la edad de 5 años, dos años después de que los niños habían completado el programa, se encontró un efecto de 0,09 DE en el PPVT, pero ninguno en las pruebas Woodcock-Johnson de identificación de letras o palabras (lenguaje) y de problemas aplicados (matemáticas). También se encontraron efectos positivos en el desarrollo socioemocional infantil a la edad de 2-3 años (entre 0,1 y 0,2 DE), algunos de los cuales fueron sostenidos hasta los 5 años. Globalmente, los resultados de los niños, así como algunos comportamientos positivos de los cuidadores, mostraron ser más fuertes cuando los programas en los que participaban los niños se implementaron conforme a las orientaciones y lineamientos decididos por mandato federal (Jones Harden et al 2012). Raikes et al (2006) reexaminaron la misma evaluación y encontraron que al desagregar los efectos por raza, los impactos en la cognición y el lenguaje se concentraban en los niños afroamericanos pero no en los blancos o hispanos. Vale la pena resaltar que los niños en el grupo de tratamiento, además de las visitas domiciliarias de EHS pueden haber recibido desde la infancia servicios de atención del EHS basados en centros. Por otra parte, aquellos niños en el grupo de control pudieron haber recibido servicios basados en centros o visitas domiciliarias de otros proveedores, volviendo así más difícil aislar los efectos de las visitas al hogar de EHS.

Pese a la evidencia mixta del impacto de las visitas domiciliarias en el desarrollo infantil, estos programas suscitaron suficiente interés como para que el gobierno estadounidense asignara más recursos a las intervenciones de visitas al hogar y a la investigación de las mismas. Como resultado, en 2008 el programa Evidence Based Home Visiting (EBHV) destinó 10 millones de dólares a la expansión y mejoramiento de los programas de visitas domiciliarias (Brookings 2015).

³ Las medidas utilizadas incluyeron el Bayley Scales of Infant Development Index, los MacArthur Communicative Development Inventories, la Bayley Behavior Rating Scale, la Child Behavior Checklist y observaciones del juego estructurado entre padres/niños y de la agresión infantil.

A fin de facilitar el proceso de monitoreo y evaluación y la distribución de los fondos del EBHV, en 2009 el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos contrató una revisión de la efectividad de los programas de visitas domiciliarias basados en evidencia; su población objetivo fueron mujeres embarazadas y niños desde el nacimiento hasta los 5 años. **El objetivo de esta revisión fue identificar modelos de alta calidad. La revisión se llamó Home Visiting Evidence of Effectiveness o HomeVEE** y definió como efectivos a los programas que habían encontrado resultados positivos importantes en una o más de siete áreas: (a) salud materna; (b) salud infantil; (c) desarrollo infantil y aprestamiento para el aprendizaje; (d) maltrato infantil; (e) delincuencia juvenil, violencia familiar o crimen; (f) prácticas de crianza; (g) factores económicos de la familia; y, (h) vínculos y referentes (Paulsell et al 2010)⁴.

La HomVEE identificó 17 (de entre 40) programas que cumplieron con sus estándares tanto para ser evaluados como para reportar impactos positivos en las familias y niños a los que atendían. Todos los 17 programas tuvieron algún impacto positivo en las principales medidas del desarrollo infantil, el aprestamiento para el aprendizaje y las prácticas de crianza positivas, aunque la magnitud de los resultados fue relativamente pequeña en tamaño. Ninguno de los programas identificados mostró reducciones en la delincuencia juvenil, la violencia familiar o el crimen (Paulsell et al 2010). La revisión de HomVEE no especificó un marco temporal para las evaluaciones que incluyó, de modo que algunos programas fueron evaluados en fases más tempranas que otros. La Tabla A1 que figura en el Apéndice resume los resultados de un subgrupo de programas que reportaron impactos positivos específicamente en los resultados del desarrollo infantil. Aunque los resultados del análisis de la revisión HomVEE fueron importantes, esta no intentó abrir la “caja negra” de las visitas domiciliarias para identificar las dimensiones clave de la calidad o de los procesos que se desarrollaron durante las visitas y que son el motor principal de generación de los efectos deseados. Se trata de una omisión importante pues actualmente se considera que este tipo de información —tradicionalmente no recopilada— es crucial para la comprensión y el mejoramiento de la efectividad de las visitas al hogar.

Fuera de los Estados Unidos también se han hecho algunas evaluaciones rigurosas de los programas de visitas domiciliarias. El reciente proyecto *Pro Kind* en Alemania, basado en el modelo de Nurse Family Partnership, es la primera evaluación aleatoria con grupo de control de un programa de visitas domiciliarias en ese país en mostrar resultados de desarrollo infantil positivos. Parteras, enfermeras o pedagogas sociales capacitadas realizaron visitas semanales, quincenales y mensuales a un grupo de tratamiento aleatorio de 393 madres primerizas de bajos ingresos y en riesgo, y prestaron servicios de salud y sociales a un grupo de control de 362 madres comparables (Sierau, Brand y Jungmann 2012). La intervención comenzó durante el embarazo y continuó hasta el segundo cumpleaños de los niños, enfocándose principalmente en el mejoramiento de la salud materna y las habilidades de crianza. La evaluación del programa demostró que los niños que participaron habían mejorado su desarrollo (0,18 DE), según mediciones del Bayley Scales of Infant Development - Mental Developmental Index (MDI), el Psychomotor Developmental Index (PDI) y el German Language Test (SETK-2), comparados con los

⁴ Específicamente, la HomVEE identificó estudios que para cada modelo de programa debían ajustarse a uno de los siguientes criterios: (a) por lo menos un estudio de impacto de alta o moderada calidad del modelo encuentra impactos favorables, estadísticamente significativos en dos o más de las áreas de resultados identificadas; o, (b) al menos dos estudios de impacto de alta o moderada calidad del modelo, utilizando muestras independientes, encuentran impactos favorables, estadísticamente significativos en la misma área. Los estudios con asignación aleatoria, baja deserción y ninguna reasignación de miembros en los grupos de tratamiento y control fueron favorecidos por tratarse de estudios con diseños de regresión discontinua (Paulsell et al 2014, p.7).

del grupo de control a los 12 meses edad (Sandner 2013). Sin embargo, a los 24 meses el tamaño del efecto no era significativamente distinto de cero.

El UCD Geary Institute en **Irlanda** utilizó un diseño experimental para evaluar una intervención preventiva temprana denominada ***Preparing for Life*** (PFL) dirigida a mejorar los resultados de la calidad de vida de los niños y las familias en el norte de Dublín mediante visitas a las familias y los niños desde el embarazo hasta el comienzo de la escolaridad formal a los 5 años. Las madres asignadas aleatoriamente a un grupo de tratamiento recibieron visitas quincenales de consejeros capacitados (con formación en educación temprana o en psicología/trabajo social) mientras que a las madres del grupo de control se les brindó servicios médicos y sociales estándar. El programa reclutó a 233 mujeres embarazadas entre 2008 y 2010 para participar en la evaluación y midió más de 150 resultados que abarcaron salud infantil y familiar, desarrollo, condiciones sociales y participación. Los autores reportaron un impacto del programa principalmente en las prácticas parentales y el entorno del hogar, con un impacto modesto en el desarrollo infantil a los 18 meses (Doyle et al 2013). Sin embargo, a los 24 meses los niños que recibieron visitas domiciliarias tenían impactos positivos importantes en muchas áreas, incluido el desarrollo infantil⁵ (0,2 – 0,24 DE), comparados con los del grupo de control que no recibieron visitas (Doyle et al 2013).

En América Latina y el Caribe (ALC) se han evaluado rigurosamente algunas intervenciones de visitas domiciliarias. **La evaluación mejor conocida de ALC es de Jamaica**. El programa fue un pequeño piloto de una intervención de dos años que ofreció visitas domiciliarias semanales, suplementos nutricionales, o ambos, a niños de entre 9 y 24 meses de edad con desnutrición crónica (Walker et al 2005). Después de dos años, los niños que recibieron tanto visitas domiciliarias semanales enfocadas en la estimulación como suplementos nutricionales alcanzaron a sus pares sin desnutrición crónica. No obstante, hacia los 7 años de edad los efectos de las visitas domiciliarias permanecían mientras que los de los suplementos nutricionales desaparecían; los niños que recibieron el tratamiento combinado no difirieron estadísticamente de aquellos que solamente tuvieron visitas al hogar, aunque aun así ambos grupos superaron a los niños que recibieron únicamente suplementos nutricionales. Los autores encontraron que a los 7 y 11 años de edad, aquellos niños que recibieron estimulación temprana tenían CI significativamente más elevados y puntajes más altos en las pruebas de razonamiento y vocabulario que aquellos que no la recibieron. A los 17-18 años de edad, los mismos niños presentaban tasas más bajas de deserción escolar y puntajes significativamente más elevados en 11 de 12 pruebas cognitivas que los niños con desnutrición crónica que habían recibido solo suplementos nutricionales.

Attanasio et al (2014) adaptaron el currículo del estudio de Jamaica a Colombia y lo implementaron y evaluaron a una escala mayor utilizando un diseño aleatorio por conglomerados. Los autores siguieron a 1.420 niños de entre 1-2 años de edad provenientes del 20% de hogares más pobres en 96 municipalidades de ocho departamentos. Compararon la efectividad de una intervención de estimulación cognitiva basada en visitas domiciliarias, una intervención de suplementos de micronutrientes, o ambas, entregadas durante un periodo de 18 meses. Encontraron que los servicios de estimulación mejoraron los puntajes cognitivos de los niños en

⁵ Las desviaciones estándar reportadas aquí se refieren a los rangos para los resultados estadísticamente significativos provenientes de una batería de 41 instrumentos para evaluar el desarrollo infantil. 14 de estos instrumentos tuvieron resultados estadísticamente significativos, incluyendo el Short Early Development Instrument, los MacArthur-Bates Communicative Development Inventories, el Developmental Profile 3 y la Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment. Para mayor información véase http://geary.ucd.ie/preparingforlife/wp-content/uploads/2014/03/24MoReport_final.pdf.

0,26 DE e incrementaron los de lenguaje receptivo en 0,22 DE, todos medidos con Bayley-III, mientras que los suplementos nutricionales aisladamente no tuvieron un impacto significativo en los resultados de los niños. En términos prácticos, el impacto de las visitas de estimulación fue de un tamaño equivalente a una reducción de la brecha entre los puntajes cognitivos de los niños pobres y ricos de casi un tercio.

En **Nicaragua** Lopez-Boo, Urzua y Palloni (2013) estimaron los efectos promedio del tratamiento en el desarrollo infantil de un programa integral de gran escala que incluyó un componente de visitas domiciliarias para la promoción del desarrollo infantil. Los impactos encontrados fueron modestos aunque no tan disímiles en magnitud que los hallados en las evaluaciones de Early Head Start. Entre una submuestra de niños de 30-60 meses de edad, el programa mejoró la memoria verbal y numérica, medida por las McCarthy Scales of Children's Ability después de un año y medio, en 0,13 DE.

El programa cubano *Educa a tu Hijo* es un programa intersectorial de gran escala que atiende a la mayoría de niños pequeños en Cuba. Los visitantes domiciliarios son miembros de la comunidad capacitados que pueden ser educadores, médicos familiares, enfermeras y voluntarios. Estos visitantes ofrecen visitas domiciliarias de una hora una o dos veces por semana a niños de menos de 2 años y sus padres, así como sesiones grupales de dos horas semanales para niños de 3 a 6 años. Los temas que se abordan apuntan a mejorar las prácticas y actividades que promueven un desarrollo infantil saludable. Hasta la fecha, el programa no ha sido evaluado rigurosamente. Sin embargo, este modelo ha sido reproducido en ALC en programas de visitas domiciliarias en Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela (Tinajero 2010).

Hay otros varios programas que utilizan las visitas al hogar para promover el desarrollo infantil en América Latina. En Brasil el programa de visitas domiciliarias Mejor Infancia Temprana (***Programa Infância Melhor - PIM***), basado en el modelo cubano, se implementa en el estado de Rio Grande do Sul para promover el desarrollo integral de niños desde la etapa prenatal hasta los 6 años, con particular énfasis en el periodo de 0 a 3 (Unesco 2007). En 2014 el programa atendió a 55.140 familias, 8.271 madres embarazadas y 60.654 niños en total (Schneider y Ramires 2007).

El ***Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF)– Programa Nacional Cuna Más*** (PNCM) es un programa peruano que comenzó en 2013 y llega a más de 60 mil familias en distritos rurales pobres con visitas domiciliarias semanales realizadas por personal comunitario capacitado. Tiene una evaluación experimental en marcha, alineada con su proceso de expansión (PNCM 2015). En Ecuador, ***Creciendo con Nuestros Hijos*** llega a más de 240 mil niños, principalmente en áreas rurales, a través de visitas al hogar semanales (a niños menores de 2 años) y sesiones grupales (para niños de 2-3 años).⁶ En Colombia, la ***Modalidad Familiar*** del *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar* combina sesiones grupales semanales con visitas domiciliarias mensuales para niños menores de 2 años.⁷ Hasta donde sabemos, con la excepción de SAF-Cuna Más, la mayoría de estos programas en ALC no han estado sujetos a evaluaciones experimentales ni ha habido ninguna información sistemática recopilada sobre las dimensiones clave de la calidad de las visitas al hogar que ofrecen.

⁶ Modalidad Creciendo con Nuestros Hijos Ecuador, atención domiciliaria, febrero de 2014, recuperado el 11 de julio de 2015 de <http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Presentacion-CNH-6.2.2014.pdf>

⁷ "Primera Infancia". Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: Modalidad Familiar. Recuperado el 11 de julio de 2015 de <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PrimeraInfanciaCBF/Serviciosdeatencion/modalidadesdeeducacioninicial/ModalidadFamiliar>.

Fuera de ALC las visitas domiciliarias han sido implementadas y evaluadas en otros países de ingresos bajos y medianos. En Bangladesh, Hamadani et al (2006) evaluaron los efectos de añadir estimulación sicosocial al tratamiento de niños desnutridos en un ensayo aleatorio con grupo de control. Basado en parte en la intervención de Jamaica ya descrita, el **Bangladesh Integrated Nutrition Program (BINP)** entregó a niños desnutridos de 6-24 meses suplementos nutricionales a través de centros comunitarios de nutrición (CCN). La intervención incorporó estimulación sicosocial al tratamiento del mismo grupo de niños desnutridos, enfocándose en la crianza parental receptiva (incluida la alimentación responsiva) y en la educación sobre desarrollo infantil. La intervención de estimulación proporcionó visitas domiciliarias y sesiones grupales para las madres y 107 niños de 20 CCN durante 12 meses. Posteriormente se comparó a este grupo con uno de control de 107 niños de las mismas comunidades, que recibieron únicamente los suplementos nutricionales. Los autores encontraron que luego de recibir un año del programa de visitas domiciliarias con estimulación sicosocial, los niños habían mejorado significativamente sus puntajes en el Índice de Desarrollo Mental (0,33 DE) y sus calificaciones en vocalización (0,30 DE) y cooperación (0,41 DE) entre otros resultado medidos por la versión revisada de las Escalas Bayley (BSID-II).

También en Bangladesh, Nahar et al (2012) estudiaron **a niños desnutridos que recibieron sea nutrición o estimulación sicosocial basada en el juego entregadas mediante visitas al hogar**. Los autores examinaron una muestra de 507 niños hospitalizados de entre 6 meses y 2 años de edad, con peso muy inferior al normal. Las escalas Bayley, al igual que una batería de pruebas de habilidades motoras, se midieron antes de iniciar y después de 3 y 6 meses de intervención. En el seguimiento de los 6 meses, el grupo de tratamiento había mejorado los puntajes de desarrollo mental de Bayley-II (0,97 DE) y los de habilidades motoras (0,56 DE).

Yousifzai et al (2014a) investigaron los efectos de las visitas domiciliarias en los resultados del desarrollo y crecimiento infantiles para 1.489 díadas madre-hijo en el programa **Lady Health Worker (LHW) en zonas rurales de Pakistán**. Mediante una asignación aleatoria hecha por los investigadores a nivel comunitario, 80 conglomerados de niños recibieron rutinariamente sea servicios de salud y nutrición o estimulación, o ambas intervenciones. Los tratamientos se entregaron tanto a través de sesiones grupales como de visitas al hogar. Las escalas Bayley-III fueron usadas para medir el desarrollo infantil a los 12 y 24 meses de edad. Los niños que recibieron estimulación receptiva tenían puntajes de desarrollo significativamente más elevados en las escalas cognitiva, de lenguaje y motoras a los 12 y 24 meses y en la escala socioemocional a los 12 meses que aquellos que no recibieron la intervención. Específicamente, a los 24 meses la intervención de estimulación mejoró los resultados en desarrollo infantil con tamaños del efecto de moderados a grandes en cognición (0,6 DE), lenguaje (0,7 DE) y desarrollo motor (0,5 DE) evaluados con las escalas Bayley-III. (Yousafzai et al 2014). No se encontraron beneficios adicionales de ambas intervenciones combinadas.

En resumen, hay una gama de experiencias en la implementación y evaluación de los programas de visitas domiciliarias en diferentes contextos y países. La evidencia de impactos altos y de largo plazo de estas intervenciones proviene principalmente de los pilotos de pequeña escala. Sin embargo, existe menos evidencia sobre los impactos de los programas de visitas al hogar implementados a escala y especialmente sobre si es posible implementar este tipo de intervenciones a escala con la fidelidad necesaria para lograr impactos de tamaño comparable a aquellos obtenidos en los programas piloto.

La calidad de las visitas domiciliarias: una definición

Las evaluaciones abordadas en la sección anterior proporcionan información de programas que han tenido impactos positivos en los resultados de los niños. No obstante, sabemos poco acerca de qué clases de prácticas y procesos que ocurren durante las visitas domiciliarias contribuyen a esos resultados y, de manera más general, al éxito de un programa. El propósito de esta sección es revisar lo que dice la literatura sobre cuáles son los elementos críticos de una visita domiciliaria de buena calidad.

Incluso en los casos en los cuales se cuenta con información sobre lo que sucede durante la visita domiciliaria, muchas veces esta no se disemina ni se comparte con el público en general. Como señalan Yousafzai et al (2014b), comprender más acerca de la implementación de un programa o proyecto permite que la disciplina de las visitas domiciliarias identifique con exactitud qué hizo un programa para producir resultados. Una mejor comprensión de lo que sucede durante una visita al hogar nos ayudaría a asegurar que los programas alcancen los objetivos que se propusieron; más aún, el conocimiento adquirido sería una herramienta importante para vincular investigaciones en curso con la práctica y para mejorar la prestación de servicios.

¿Cómo ha sido evaluada la calidad de las visitas domiciliarias? Paulsell et al (2010) sugieren que hay **tres dimensiones que definen la calidad de las visitas domiciliarias: dosis, contenido y relaciones interpersonales**. La evidencia y el sentido común indican que la interacción entre esas tres variables es tan importante como lo es cada una de las tres dimensiones por sí sola; por ejemplo, la dosis y el contenido pueden tener poco impacto en los resultados de los niños si la calidad de las relaciones interpersonales promovida durante las visitas es baja (Roggman et al 2008, Wasik y Bryant 2001).

Tanto la dosis como el contenido pueden caracterizarse como elementos *estructurales* de la calidad y, como tales, ser medidos con relativa facilidad a través de una variedad de herramientas tipo lista de verificación. Diversas herramientas para medir y hacer el seguimiento de la calidad y el contenido de las visitas domiciliarias han sido citadas en varios programas de gran escala como la iniciativa Evidence-Based Home Visiting (EBHV), el Early Head Start Family and Child Experiences Study (Baby FACES) y los estudios de Partnering with Families for Early Learning (PFEL). Estas herramientas son por lo general cuestionarios impresos o listas de verificación que el visitador o un observador capacitado llenan al término de cada visita planificada. Estos cuestionarios registran información sobre si la visita se realizó completa, su duración y dónde se realizó, los participantes, las actividades llevadas a cabo, o el material utilizado (Barrett, Zaveri y Strong 2010; Paulsell et al 2010). Muchos programas apenas han comenzado a registrar la información sobre la dosis y el contenido, de modo que no hay ni un solo protocolo o consenso en torno a cuán frecuentemente o con qué nivel de detalle se debe recopilar dicha información (Wasik et al 2013).

Por otro lado, las relaciones interpersonales son un elemento de *proceso* de la calidad. Las variables del proceso se concentran en aspectos más dinámicos de la calidad tales como la implementación del contenido y en la calidad de las interacciones entre el visitador, el cuidador y el niño (Thomassen y La Paro 2009). La calidad de la relación interpersonal es un proceso más complejo y largo de registrar y cuantificar, y requiere de observadores capacitados.

Dosis

Medir la dosis de la implementación o la frecuencia y duración de las visitas es importante para los cálculos de costo-efectividad y para planificar cómo se pueden replicar programas a escala o en contextos diferentes (Wasik et al 2013).

Medir la dosis también proporciona información acerca de la fidelidad de la estrategia de implementación, específicamente sobre si los objetivos del programa están siendo cumplidos en términos del número y la duración de las visitas que se deberían llevar a cabo (Paulsell et al 2010). Esto es importante porque incluso programas cuya implementación ha sido considerada como buena, a menudo presentan grandes diferencias entre el número de visitas que se proponen ofrecer a las familias y el número de visitas que éstas reciben realmente (O'Brien et al 2012; Durlak y DuPre 2008). Este es un ejemplo de un aspecto relacionado con la dosis de intervención: en un programa considerado como muy bien implementado, el Nurse-Family Partnership, los investigadores encontraron que las familias completaron un promedio de menos del 70% de las visitas planificadas, es decir que la dosis real de las visitas era mucho más baja que la esperada (Ingoldsby 2013; Riley et al 2008). La dosis puede variar por un sinnúmero de razones; por ejemplo, puede suceder que no se encuentre a las familias a la hora acordada o que estas rechacen las visitas; otra posibilidad es que los programas enfrenten cambios de personal o complicaciones logísticas que afectan su capacidad de ofrecer visitas con regularidad.

La relación entre calidad y dosis puede ser compleja. Por ejemplo, Stoltzfus y Lynch (2005) encontraron evidencia de que la relación entre la duración del tratamiento y los resultados no es lineal, es decir que una mayor exposición no necesariamente produce mejores resultados. Sin embargo, muchos estudios sí encuentran que una dosis reducida tiene un impacto adverso en los resultados del desarrollo infantil. Por ejemplo, Brown y Liao (1999) encuentran que en las familias que participan en las visitas de modo irregular o desertan pronto (disminuyendo su dosis total) el impacto del programa es menor. Aunque no hay un límite mínimo basado en evidencia para la dosis o acerca del intervalo óptimo entre visitas que se requiere para producir resultados en los niños, en esa misma línea Boller et al (2004) sí encuentran evidencia de que las intervenciones enfocadas en los padres requieren de múltiples experiencias para ser exitosas y, específicamente, de que una determinada dosis de tratamiento o una visita o taller han probado no ser efectivos para cambiar los resultados buscados. La falta de evidencia clara y consistente de una relación positiva entre la dosis y los resultados puede explicarse por la calidad (o ausencia de la misma) de las visitas domiciliarias; el simple aumento de la frecuencia o duración de las visitas al hogar, si es que no cumplen con un cierto umbral de calidad, probablemente no mejorarán los resultados de los niños. Por otro lado, y como ya se mencionó anteriormente, el problema podría originarse en una discrepancia entre la dosis *prevista* de un programa y su dosis *real* o lo que en efecto sucede en el terreno. Claramente, si los programas de visitas domiciliarias no hacen un seguimiento de la dosis efectiva que las familias están recibiendo, disponen de muy poca información para comprender los resultados del programa o para mejorar su prestación de servicios.

En una de las únicas evaluaciones de dosis que se han hecho, Powell y Grantham-McGregor (1989) examinaron el efecto de diferentes frecuencias de las visitas domiciliarias en el desarrollo infantil en dos estudios separados con niños urbanos desfavorecidos de los mismos barrios en Jamaica. En el primero, 152 niños de 6-30 meses de edad recibieron una de tres opciones de tratamiento: no recibieron visitas, o recibieron visitas quincenales o mensuales de una hora por parte de un paraprofesional, supervisado por una enfermera de un centro de salud local. Hubo un grupo de control que no recibió ninguna visita. Solo los niños que recibieron las visitas más frecuentes —el grupo quincenal— mostraron aumentos modestos pero significativos en los puntajes medidos por las escalas Griffiths Mental Development (0,20 DE); los otros grupos no reportaron ningún impacto. En el segundo estudio, 58 niños de 16 a 30 meses fueron asignados aleatoriamente a visitas semanales de una hora y a un grupo de control. El grupo que recibió visitas domiciliarias semanales tuvo

una mejoría significativa (1,15 DE) según las escalas Griffiths Mental Development (cociente de desarrollo) y en la subescala de desempeño. Los autores concluyeron que a medida que se incrementa la dosificación de las visitas al hogar que reciben los niños —de mensuales a quincenales y a semanales— los impactos en su desarrollo también aumentan (Powell & Grantham-McGregor 1989).

Pocos estudios han intentado medir otro aspecto más específico de la dosis, que se refiere no a la frecuencia de las visitas sino a **la cantidad de tiempo que los cuidadores dedican realmente a practicar con sus niños las actividades que les han sido asignadas entre visitas por la visitadora domiciliaria**. Wallander et al (2014) examinaron la relación entre el tiempo que los cuidadores dedicaban a las actividades que les habían sido asignadas y los resultados de desarrollo en India, Pakistán y Zambia para niños que recibieron visitas al hogar quincenales durante los tres primeros años de vida. Los niños cuyos cuidadores realizaban sus actividades asignadas con mayor frecuencia generalmente tuvieron mejores resultados en desarrollo infantil (Wallander et al 2014).

Contenido

El contenido, una segunda dimensión de la calidad, se refiere al currículo que los visitadores domiciliarios cubren durante la visita, los temas que facilitan y la información que imparten o que dejan en manos del cuidador. El contenido también capta aspectos de la fidelidad del programa pues mide hasta qué punto el contenido entregado en una visita en particular corresponde a lo que realmente se había previsto entregar en esa visita según la edad y el nivel de desarrollo del niño; lo que había planificado el visitador domiciliario con su supervisor; y, lo que dictaba el currículo del programa. El contenido varía significativamente de programa a programa, dependiendo de los objetivos y resultados que se proponen. Las formas de medir el contenido podrían incluir preguntas tales como: ¿Trajo el visitador domiciliario el material y los juguetes correctos para llevar a cabo las actividades previstas? ¿Utilizó correctamente los materiales? ¿Consideró el nivel de dificultad a fin de asegurar que el contenido sea apropiado para el nivel de desarrollo del niño? ¿Abarcó todos los temas y actividades planificadas para la visita? La medición del contenido puede asimismo incluir la cantidad de tiempo que invirtió el visitador en desarrollar las actividades enfocadas en el niño versus el dedicado a entablar relaciones con el cuidador (Hallgren et al 2010).

Medir el contenido puede también incluir el registro de cuánto tiempo *no* se invirtió en entregar el contenido, es decir el tiempo desperdiciado. Aquí es claro que comprender el contenido es crucial para una definición completa de la dosis. Incluso cuando se aplica la dosis prevista para la intervención, es posible esperar impactos del programa solo si se ha invertido tiempo en la entrega del contenido. Peterson et al (2007) subrayan en su estudio la importancia de medir el contenido y encuentran que, al igual que la dosis, en dos programas de visitas domiciliarias diferentes —uno de los cuales era el Early Head Start— el contenido planificado no estaba siendo entregado según los objetivos del programa ni de modo consistente entre las diferentes familias. Es decir, los visitadores domiciliarios se reunían con las familias para visitas programadas regularmente pero no desarrollaban las actividades planificadas según las especificaciones del programa.

Existe alguna tensión entre adherirse rígidamente al contenido del programa y modificar con flexibilidad el enfoque de una visita, dependiendo de los deseos o necesidades del cuidador. Por ejemplo, O'Brien et al (2012) encuentran que los visitadores domiciliarios más exitosos de Nurse Family Partnership —es decir aquellos que mantienen relaciones de largo plazo con las familias que visitan y tienen más

posibilidades de lograr impactos en los resultados de los niños— son los que ajustan el contenido basándose en las necesidades e intereses del cuidador. En particular, los visitantes con las tasas de deserción familiar más bajas fueron aquellos que adaptaron muy específicamente las visitas a las necesidades y aspiraciones exclusivas del cuidador *en lugar* de ceñirse fiel y estrictamente al contenido del programa o incluso al número prescrito de visitas. Esta habilidad para responder efectivamente demanda un nivel de capacitación y receptividad por parte de los visitantes, que muchos programas se empeñan en proveer. Por ende, para la mayoría de programas la adhesión al contenido prescrito es una manera de lograr un nivel mínimo de prestación de servicios y garantizar que todas las familias participantes estén recibiendo el tratamiento previsto.

Relaciones interpersonales

La evidencia apoyada por investigadores y profesionales de las visitas domiciliarias sugiere que un elemento central de los programas eficaces es la creación de relaciones continuas entre el visitador y el cuidador, que sean estables, respetuosas, cálidas, honestas, abiertas y receptivas, y que permitan el empoderamiento del cuidador (Paulsell et al 2010, Roggman et al 2006, Miller y Rolnick 2002, Riley et al 2008). Las visitas de más alta calidad, caracterizadas por relaciones cálidas, alentadoras y de apoyo, logran cambiar más exitosamente el comportamiento del cuidador e impactar más positivamente en el desarrollo infantil (Paulsell et al 2010, Peterson et al 2007, Roggman et al 2006).

Pese a la importancia de la relación entre el visitador y el cuidador, hay poca información sobre cómo se forma esta relación, cómo funciona en la práctica y cómo influye en los resultados. Compilar información sobre la calidad de las relaciones y las interacciones que efectivamente se producen durante una visita —la “caja negra” de lo que realmente sucede— es por lo tanto crucial para medir la calidad de las visitas y para lograr impactos positivos en los resultados de los niños. Roggman et al (2001) reconocen que hay pocos métodos para medir la calidad de las relaciones durante las visitas domiciliarias y que los instrumentos disponibles son relativamente complejos.

Medir la calidad de las relaciones durante una visita es claramente más complicado que simplemente registrar la dosis y el contenido, porque hacerlo demanda una comprensión de los tipos específicos de interacciones y comportamientos que estimulan a los cuidadores a cambiar su propia conducta en relación con sus niños. La calidad de las relaciones e interacciones que se desarrollan durante una visita al hogar puede medirse mediante un autorreporte por parte del visitador aunque, por obvias razones, el autorreporte de conducta puede ser sesgado. Sin embargo, dado que en años recientes se ha puesto mayor énfasis en medir con exactitud la calidad de este aspecto de la visita, se han desarrollado varias herramientas de medición basadas en la observación para ser utilizadas por un observador capacitado.

Hay cierta interacción entre la calidad de la relación y la dosis, como ya se abordó brevemente. Varios estudios sugieren que una cuestión que incide en el impacto potencial de las visitas domiciliarias en los resultados sobre desarrollo de los niños podrían ser las tasas de aceptación y deserción, es decir el número de familias que aceptan participar en las visitas domiciliarias pero finalmente no lo hacen y aquellas que comienzan pero no reciben la el tratamiento completo porque desertan.

Algunos estudios han abordado el tema de las tasas de aceptación y deserción, o retención, y han concluido que las relaciones cálidas y personales con los

visitadores pueden ser vitales para reclutar y retener a las familias. En particular, el estudio de EBHV identificó las relaciones familia-proveedor y la manera en que son detectadas las necesidades familiares, y las abordó como dos indicadores clave de la aceptación o retención de los servicios por parte de la familia. Esto se confirma con hallazgos empíricos previos que enfatizan la importancia de las relaciones visitador domiciliario-cuidador como la esencia de la teoría del cambio de las visitas al hogar (Roggman et al 2008, Prinz et al 2001). En un ejemplo, Barnes et al (2006) realizaron un estudio comparativo de las tasas de aceptación entre familias con un nuevo bebé que habían sido previamente examinadas e identificadas como vulnerables pero que no aceptaron una oferta de apoyo de visitas domiciliarias, y familias que utilizaron los servicios. Los autores encontraron que las familias que no aceptaron el servicio eran social, educativa y económicamente más desfavorecidas y vivían en barrios más pobres. Su hipótesis es que individualizar los servicios para satisfacer las necesidades específicas de estas familias podría conducir a tasas más elevadas de aceptación (Barnes et al 2006). En otro estudio, Roggman et al (2008) examinaron la deserción entre 564 familias que participaron en el programa de visitas domiciliarias de Early Head Start, que ofrece visitas semanales a familias con niños menores de 3 años de edad. El estudio encontró que las familias que habían desertado del programa experimentaron visitas menos enfocadas en el desarrollo infantil, con visitadores que no lograron comprometer a los padres y que tenían más distracciones, por ejemplo actividades que les quitaban tiempo de su visita como disciplinar a otros niños, ocuparse de mascotas o de otras personas, presencia de mucho ruido, y otras. Como en los hallazgos del estudio previo, las familias más desfavorecidas fueron también las más propensas a desertar del programa (Roggman et al 2008). Descubrimientos como estos sugieren que la calidad de las visitas, léase la calidad de las relaciones específicas e individualizadas entre el visitador domiciliario y los cuidadores, puede ser un factor clave para asegurar que las familias persistan en el programa y reciban la dosis de visitas prevista.

Instrumentos para medir la calidad de las visitas domiciliarias

Tras haber revisado cuáles deberían ser los aspectos críticos de una visita domiciliaria de buena calidad, esta sección describe **los instrumentos que han sido desarrollados para medir la calidad de las visitas domiciliarias y específicamente aquellos que se enfocan en los tipos de interacciones y procesos que tienen lugar durante la visita.** La medición de la calidad ha sido identificada como clave para una buena implementación del programa y para lograr impactos en los resultados de los niños. Puesto que los procesos interactivos que ocurren durante la visita domiciliaria son esenciales para la exitosa prestación de servicios de los programas (Paulsell 2010), las medidas que se abordan ponen el énfasis en valorar la calidad global del visitador domiciliario, que tiene la importante función de transmitir a los cuidadores lecciones de crianza y desarrollo con el objetivo de cambiar sus interacciones diarias con el niño⁸.

Los instrumentos más conocidos que se utilizan para medir la calidad de las visitas domiciliarias incluyen un enfoque principal en las relaciones visitador-cuidador pero también captan aspectos de dosis y contenido. Se muestran en la Tabla 1. Para cada instrumento, la tabla presenta sus propósitos junto a las áreas específicas que evalúa e incluye una columna que proporciona información sobre la escala de puntuación utilizada por el instrumento. Otra columna describe la manera en que está diseñada la administración del instrumento (observación en vivo, grabación

⁸ Hay algunas herramientas que miden otros aspectos estructurales de la calidad del programa, tales como el reclutamiento, factores administrativos y características del personal, entre otros. Una herramienta recientemente desarrollada es la Home Visiting Program Quality Rating Tool (HVPQRT). Para una revisión de esta herramienta véase Korfmacher et al 2013.

en video, o ambas) e indica si el instrumento puede ser utilizado para fines de supervisión (como una herramienta de retroalimentación para que los supervisores registren información sobre una visita que observan y más tarde ofrezcan acompañamiento y asesoría a los visitadores domiciliarios). La tabla igualmente informa si el instrumento está diseñado para ser usado por un observador capacitado, un supervisor de programa, o el propio visitador domiciliario. La mayoría de los instrumentos pretenden ser medidas más detalladas registradas por una tercera persona que analiza las interacciones específicas entre el visitador y la familia, mientras algunos sirven como herramientas de monitoreo que pueden ser usadas por el propio visitador. Finalmente, la tabla señala parámetros sobre las propiedades psicométricas de los instrumentos, tales como su consistencia interna y, cuando está disponible, su confiabilidad.

Tabla 1: Instrumentos para Medir la Calidad de las Visitas Domiciliares

Instrumento	Propósito	Contenido	Puntuación	Método	Usuario		Validez
					Obs	VD	
HOVRS Roggman et al 2006	Evaluar la eficacia del visitador domiciliario (VD) para comprometer a los padres y al niño	1. Facilitación de la interacción padres-hijo 2. Relación con la familia 3. Receptividad de la familia 4. No intrusivo 5. Interacción padres-niño 6. Participación de los padres 7. Participación del niño	Escala de 7puntos 1-Inadecuada 3- Adecuada 5- Buena 7- Excelente	En vivo o grabación en video Fines de supervisión e investigación	X		$alpha=0,78$
HOVRS-A Roggman et al 2010	Igual que HOVRS	El mismo de arriba con modificaciones en los ítems 2 y 7	Escala de 5 puntos 1- Inadecuada 3- Adecuada 5- Buena	Igual que HOVRS	X		$alpha=0,87$
HOVRS-A+V2 Roggman et al 2010	Igual que HOVRS	Igual que HOVRS-A	Igual que HOVRS	Igual que HOVRS	X		$alpha=0,88$

Instrumento	Propósito	Contenido	Puntuación	Método	Usuario		Validez
					Obs	VD	
Contenido de las Visitas Domiciliarias y Formulario de Características Boller et al 2009	Observar el contenido de la visita domiciliaria, las características de los participantes y las actividades que se desarrollan durante las visitas	1. Número de niños/adultos que participaron 2. Uso de intérprete 3. Identificación de las fortalezas y desafíos de la familia 4. Idioma de la visita 5. Lista de control de las actividades desarrolladas durante la visita 6. Alcance de las distracciones ambientales 7. Asignación del tiempo para las actividades	Distracciones ambientales registradas en una escala de 1-6 [1 muy interferentes, 5 no interferentes, 6 ND] Asignación de tiempo registrada en una escala de 0-3 [0 no abordada; 1 abordada brevemente; 2 discutida por lo menos 10-15 minutos; 3 foco principal]	Desarrollado originalmente como formulario suplementario para HOVRS En vivo o grabación en video	X		ND
Formulario del encuentro en la visita domiciliaria	Medir la fidelidad registrando el tiempo, la frecuencia y el contenido de las visitas domiciliarias	1. Duración y fecha de la visita 2. Locación de la visita 3. Si se completó la visita 4. Temas cubiertos y asignación de tiempo 5. Porcentaje del contenido previsto completado	Asignación de tiempo de las actividades registrada como porcentaje del tiempo total de la visita	Habitualmente llenado en persona por el visitador domiciliario durante cada visita		X	ND

Instrumento	Propósito	Contenido	Puntuación	Método	Usuario		Validez
					Obs	VD	
Formulario de observación de la visita McBride et al 1993	Evaluar la calidad de las visitas domiciliarias mediante codificación de intervalos	1. Individuos presentes 2. Tipo de interacción principal 3. Contenido de la interacción 4. Naturaleza de la interacción en la visita domiciliaria	Las observaciones son codificadas en intervalos de 30 segundos	En vivo o grabación en video Propósitos de supervisión e investigación	X		Confiabilidad general entre codificadores= 85%
Instrumento de evaluación de la visita domiciliaria Wasik y Sparling 1995	Medir el conocimiento y el comportamiento generales del visitador domiciliario (VD)	Sección 1: Entrevista pre-visita (preguntas formuladas al visitador domiciliario acerca de la visita pendiente) La Sección 2 contiene 10 categorías: 1. Necesidades familiares 2. Enfoque en el niño 3. Enfoque en el padre-niño 4. Familia 5. Salud/seguridad 6. Crianza/resolución de problemas 7. Manejo de caso 8. Cierre y planificación 9. Destrezas clínicas y para entrevistar Sección 3: Evaluación post-visita	Las categorías de la Sección 2 tienen un número de ítems que son puntajes en una escala de 0-3 con una opción de ND. Las Secciones 1 y 3 son entrevistas al visitador domiciliario acerca de la familia, el contenido de la visita y la dosis	Las Secciones 1 y 2 son en persona y la Sección 2 puede ser en persona o en grabación en video	X		ND

Instrumento	Propósito	Contenido	Puntuación	Método	Usuario		Validez
					Obs	VD	
COACH Dishion et al 2010	Evaluar la habilidad general del visitador domiciliario para la prestación de servicios	1. Comprensión conceptual del modelo 2. Observador y receptivo a las necesidades 3. Estructura activamente las sesiones 4. Cuidadoso y apropiado 5. Induce a la esperanza y la motivación	1-3 – Necesita trabajo 5-7 – Bueno 7-9 – Excepcional	Utilizado para observación en vivo Desarrollado para supervisión		X	Confiabilidad entre codificadores = 67%

Hasta la fecha, el instrumento de observación de visitas domiciliarias validado más extensamente son las series de Home Visit Rating Scale (HOVRS, HOVRS-A and HOVRS-A+). Todas las iteraciones del instrumento HOVRS se utilizan para describir y evaluar las estrategias aplicadas durante las intervenciones de las visitas domiciliarias. Con el visitador como unidad de análisis, estas mediciones son particularmente efectivas para evaluar aspectos del proceso de la visita y las relaciones observadas; específicamente, la efectividad del visitador domiciliario para involucrar al cuidador y al niño en las actividades e interacciones durante el curso de la visita. Una de las fortalezas de la familia de instrumentos de HOVRS es que han demostrado adaptabilidad a programas con objetivos y formas de visita diversos, y a diferentes culturas, tales como familias latinas que solo hablan español, familias caucásicas rurales y familias afroamericanas urbanas.

El instrumento HOVRS original, desarrollado en 2006, consiste en un puntaje total con 2 subescalas divididas en 7 ítems. La subescala Calidad de las Estrategias del Visitador Domiciliario toma en cuenta ítems como facilitación de las interacciones padre-niño, relaciones con la familia, receptividad hacia la familia y no intrusión. La subescala Calidad de la Efectividad incorpora las interacciones generales padre-niño y el grado de participación del padre y el niño durante la visita. Cada ítem es puntuado en una escala de 7 puntos, con puntos de anclaje 1 (inadecuado), 3 (adecuado), 5 (bueno) y 7 (excelente) (Roggman et al 2006)

El HOVRS fue revisado y adaptado por Mathematica Policy Research tanto para simplificar su administración como para captar una gama mayor de atributos de la calidad de la visita. La versión revisada, llamada HOVRS-A, difiere de la anterior de tres maneras: (1) los ítems son puntuados en una escala de 1-5 puntos (con puntos de anclaje de 1: inadecuado, 3: adecuado y 5: bueno; (2) los indicadores están alineados con cada uno de los tres puntos de anclaje para asegurar consistencia; y, (3) dos ítems de la escala (relación del visitador con la familia y participación del niño) están modificados ligeramente (Roggman et al 2010).

El año pasado se desarrolló la Versión 2 del HOVRS-A para combinar elementos del HOVRS y el HOVRS-A. En este sentido, el HOVRS-A+ utiliza la escala de 1-7 del HOVRS original con las adaptaciones hechas a las subsecciones relación del visitador con la familia y participación del niño. El HOVRS-A+ es actualmente el instrumento validado más confiable para la medición de la calidad de las visitas domiciliarias (Roggman et al 2010). Como se indica en la Tabla 1, de las tres mediciones HOVRS es el que ha logrado la consistencia interna más alta ($\alpha = .88$).

Varios modelos de programas han utilizado partes o todo el HOVRS-A+ para medir la calidad de sus visitas domiciliarias. Por ejemplo, el modelo Parents as Teachers desarrolló un instrumento de medición conocido como Personal Visit Observation Tool para evaluar la calidad del programa, que usa cuatro de las siete escalas del HOVRS-A+. ⁹ Más aún, el estado de Idaho ha proporcionado a los

⁹ La herramienta Personal Visit Observation Tool incluye tres secciones: (1) Preparación de la visita, (2) Elementos de la visita personal y (3) Calidad de la visita. Es en esta última sección donde se adapta el HOVRS-A+. Las escalas utilizadas son: Receptividad del visitador domiciliario hacia la familia, Relación visitador domiciliario-familia, Facilitación del visitador domiciliario de la interacción padre-niño y No intrusión/Colaboración del visitador con la familia. Para mayor información véase http://www.roe26.net/pdfs/early_beginnings/ParentsasTeachersPersonalVisitObservationandTheHomeVisitRatingScale_HOVRS.pdf

proveedores que concursan por obtener financiamiento gubernamental pautas sobre cómo adaptar el HOVRS-A+ a los programas que siguen el modelo del Nurse Family Partnership, Parents as Teachers y Early Head Start para medir la calidad.¹⁰

Como complemento a las medidas HOVRS, el formulario suplementario Contenido de las Visitas Domiciliarias y Formulario de Características (HVCCF, por sus siglas en inglés) también puede ser utilizado por sí solo para documentar una gama de características estructurales de la visita domiciliaria, tales como las mencionadas en la sección anterior sobre la dosis y el contenido. El formulario también toma en cuenta el número de participantes en la visita domiciliaria y el idioma utilizado, mide el tiempo asignado para cada actividad y registra la entrega de los distintos temas de contenido en cada una (Boller et al 2009).

El Formulario de Observación de la Visita (HVOF, por sus siglas en inglés) se concentra principalmente en la entrega del contenido y la evaluación del proceso, es decir en las maneras y el grado en que el visitador logra involucrar a la familia. Para aplicar este instrumento las observaciones son codificadas en intervalos de 30 segundos en los cuales el observador tiene 25 segundos para observar y 5 para registrar la calidad de las actividades que observa. Las observaciones abarcan las siguientes cuatro áreas: (1) los individuos que están presentes, (2) el tipo de interacción primaria, (3) el contenido de la interacción y (4) la naturaleza de la interacción de la visita domiciliaria (McBride y Peterson et al 1993).

La medición COACH fue creada para el programa de visitas domiciliarias Family Check-Up (FCU) y se concentra principalmente en la fidelidad de la entrega del contenido del programa. El FCU, desarrollado en el estado de Oregon, apunta a reducir los problemas conductuales, académicos y de comportamientos de interiorización de los niños, y a mejorar la depresión materna, la participación parental y la crianza positiva. El modelo del programa consiste en una intervención de tres sesiones (un contacto inicial, una evaluación de observación basada en el hogar y una sesión de retroalimentación; Dishion et al 2008). La teoría que sustenta al COACH sostiene que para que las intervenciones de visitas domiciliarias sean exitosas, el visitador debe ceñirse estrictamente a entregar el contenido del programa previsto tal como fue diseñado. Esta medición evalúa al visitador en cinco dimensiones: (1) comprensión conceptual del modelo del programa, (2) observador y receptivo a las necesidades, (3) activo en la estructuración de las sesiones, (4) enseñanza cuidadosa y apropiada, e (5) induce a la esperanza y la motivación. La medición se aplica durante la visita. Para propósitos de supervisión, se califica un segmento de 15 minutos para cada visita completada mientras que la totalidad de la visita se observa solo para propósitos de investigación. Los ítems se puntúan en una escala de 1 a 9 puntos, con anclajes de: requiere de trabajo (1-3), bueno (4-6) y excepcional (7-9) (Dishion et al 2010).

Además de los instrumentos descritos, se han desarrollado muchos otros para medir la calidad de los programas de visitas domiciliarias. Se encontraron pocas referencias en la literatura que documenten experiencias sobre su uso y administración. La **Supportive Interactions with Families (SIF), una escala de auto-calificación**, mide la calidad de las interacciones entre el visitador domiciliario y la familia. Puede ser usada para observaciones en vivo o grabadas en video. Se evalúan cinco dimensiones en una

¹⁰ Véase <http://healthandwelfare.idaho.gov/Portals/0/Children/HomeVisiting/MIECHV%20Assessment%20Guide%204-9-2013.pdf>

escala de 1-5: foco del visitador domiciliario, habilidades de comunicación, apoyo a las interacciones padres/niños, destrezas para resolución de problemas y profesionalismo (Twombly, Waddell y Harrison 2003). El **Home Visit Assessment Instrument (HVAI)** mide el comportamiento general del visitador en sus interacciones con los cuidadores y los niños. Es puramente observacional y puede ser utilizado tanto para supervisión como para propósitos de desarrollo profesional. El HVAI se divide en tres secciones: detalles pre-visita, observación de la visita domiciliaria y detalles post-visita. La primera y la última sección se completan con entrevistas y solo son necesarias para propósitos de investigación. La segunda sección evalúa la efectividad del visitador domiciliario en diez áreas: necesidades familiares, enfoque en el niño, enfoque en padres-niño, familia, salud y seguridad, crianza y resolución de problemas, manejo de casos, planificación y cierre, destrezas clínicas y post-evaluación. Cada ítem se califica en una escala de 0-3 puntos (Wasik y Sparling 1995). La **escala Home Visitation Developmental Assessment Scale (HVDAS)** es otro instrumento, separado en tres áreas diferentes relativas al visitador domiciliario: habilidades de comunicación, resolución de problemas, identidad personal, incluso carácter, actitud y valores. El instrumento utiliza una escala de 5 puntos, en la cual una calificación de 1 es calidad más baja y 5 más alta (Keim 2011).

El uso de los instrumentos para medir la calidad de la visita domiciliaria como parte de las evaluaciones de programas

Esta sección ofrece un panorama general de cómo se han usado algunos de los instrumentos mejor conocidos para evaluar la calidad de los programas de visitas domiciliarias en Estados Unidos. En la Tabla 2, al final de esta sección, se resumen algunas características importantes de cada evaluación relativas a la elección del instrumento y su administración.

Better Beginnings: HOVRS-A y HVCCF

El estudio Better Beginnings evaluó la calidad y el impacto de las visitas domiciliarias a familias como parte de la Iniciativa de Aprendizaje Temprano, iniciada por la Fundación Gates. Se incluyó en la muestra a un total de 35 familias de las afueras de Seattle y del centro del estado de Washington.

El HOVRS-A y el **formulario suplementario Contenido de las Visitas Domiciliarias y Formulario de Características (HVCCF)** se utilizaron para evaluar la calidad del programa para familias con niños de entre 1 semana y 9 meses. Con el fin de evaluar la calidad global de las visitas domiciliarias, observadores capacitados llevaron a cabo tres rondas de observaciones en vivo en las que acompañaron a cada visitador domiciliario. Se recopilaron un total de 35 observaciones, cuyo promedio de duración era de 61 minutos. El puntaje total del HOVRS-A se computó solamente para 31 de las 35 visitas; en las restantes, el niño se había dormido durante más del 75% del tiempo total de la visita (Hallgren et al 2010).

Los puntajes obtenidos mediante la administración de HOVRS-A fueron altos en todas las dimensiones. En general, el puntaje promedio de HOVRS-A fue 4,2 de 5 (DE=0,59). El puntaje promedio de la subescala Calidad de las Estrategias del Visitador Domiciliario fue 4,3 (DE=0,79). En su conjunto, los resultados muestran que los visitadores domiciliarios tuvieron éxito en el desarrollo de relaciones positivas con las familias y en

la participación de padres y niños. El área en la que los visitadores obtuvieron el puntaje más bajo fue en la facilitación de la interacción padres-niño (promedio=3,8), lo que sugiere que aunque los padres hicieron esfuerzos para participar en las actividades con sus niños, hubo casos en los cuales el visitador domiciliario solo interactuó con el padre en lugar de facilitar interacciones entre los miembros de la familia (Hallgren et al 2010).

El HVCCF fue utilizado con HOVRS-A. El HVCCF documentó que el 57% de todas las visitas se realizaron en inglés y el 43% en español. Además, el 57% de las visitas incluyeron a otro adulto del hogar en el transcurso de la misma y en el 33% de los casos hubo otro niño presente. De manera similar, en 33% de todas las observaciones se reportaron distracciones que interrumpieron el desarrollo habitual de la visita. El 26% de las distracciones se debieron a la presencia de otros niños y el 11% a la televisión, la radio o a juegos electrónicos.

La asignación de tiempo para las actividades recopilada por el HVCCF proporciona información importante sobre hasta qué punto se abordan ciertos temas y en torno a la naturaleza de las visitas domiciliarias. En el 51% de las visitas, los visitadores y las familias discutieron cuestiones que habían sido identificadas en visitas previas (problemas, progresos), demostrando continuidad y basándose en experiencias de visitas pasadas. Por otro lado, en solo el 11% de las visitas observadas los visitadores proporcionaron retroalimentación sobre las interacciones de los niños. El 63% de los visitadores consagraron 10-15 minutos de la visita para fomentar las relaciones entre el niño y el cuidador (conversaciones sobre las pistas que dan los niños y las expectativas apropiadas). Es interesante contrastar este resultado con el de la escala HOVRS-A en la cual la facilitación de la interacción padres-niño recibió el puntaje más bajo, lo que sugiere que aunque este tipo de interacción tenía lugar, posiblemente no fue implementada de una manera totalmente adecuada ni y de alta calidad.

En cada comunidad el personal del programa proporcionó retroalimentación sobre su experiencia con el instrumento; en particular, planteó sus inquietudes acerca del uso del HOVRS-A y el HVCCF para fines de monitoreo y supervisión. Específicamente, subrayó que se requería de modificaciones para determinar cómo medir adecuadamente las escalas y los indicadores y cómo establecer umbrales de puntaje para niveles mínimos de calidad aceptable. También concordó en que se necesitaba más trabajo sobre cómo usar los instrumentos para fines de capacitación de personal. Otras preocupaciones relativas al uso de los instrumentos incluyen la dificultad para evaluar las interacciones entre familias con niños muy pequeños. Además, hubo inquietudes en torno a que el instrumento podría no estar considerando las diferencias culturales para efectos del involucramiento padres-visitador domiciliario ni captar toda la gama de calidad en el extremo superior de la escala (Hallgren et al 2010).

La retroalimentación proporcionada por el personal del programa sugirió que el principal desafío en la administración del HVCCF era armonizar el instrumento con el currículo específico del programa (Hallgreen et al 2010). Sin embargo, desde una óptica de evaluación, esto podría ser más bien una fortaleza del instrumento ya que no está alineado con un currículo específico y puede ser utilizado por una amplia variedad de formatos de programa.

BabyFACES: HOVRS-A y HVCCF

El HOVRS-A y el HVCCF se utilizan actualmente para la evaluación de BabyFACES. BabyFACES, la encuesta Early Head Start Family and Child Experiences Survey, es una evaluación descriptiva longitudinal del programa, el personal, los servicios y las familias de Early Head Start (EHS) concebida para diseñar mejores políticas y prácticas tanto local como nacionalmente. Iniciado en 2009, el estudio inscribió a dos cohortes de niños de 89 programas de EHS en todo el país; una cohorte de recién nacidos (menos de 2 años de edad) de 194 madres embarazadas y nuevas madres y niños, y una cohorte de 1 año de 782 niños de entre 10 y 15 meses de edad. En cada primavera se recolectó información sobre las experiencias y resultados de los niños hasta que cumplieran 3 años o dejaran el programa.

Vogel et al (2015) concentran su estudio exclusivamente en los niños de 2 años. El estudio examina algunos aspectos de las visitas domiciliarias, incluidas la rotación de personal, la satisfacción de la familia y la calidad del programa y del visitador domiciliario. El estudio encuentra que las familias recibieron aproximadamente 37 visitas por año de visitadores domiciliarios capacitados, de los cuales cerca del 75% tenían un título académico en algún campo relacionado con la educación infantil. Los autores informan que la frecuencia de las visitas domiciliarias cayó ligeramente a un promedio de menos de una visita por semana durante los meses de verano e invierno, y aunque también se ofrecieron sesiones grupales a las familias que recibieron visitas domiciliarias, se reportó que menos del 50% asistieron a ellas.

Para la muestra del HOVRS-A, se observó a un total de 242 familias. El puntaje compuesto promedio del HOVRS-A fue 3,4 con una DE de 0,09 y el 41% de las visitas obtuvieron un puntaje de calidad media, o se ubicaron en un rango de 3 a 4. La subescala Efectividad del Visitador recibió un puntaje comparativamente más alto (promedio=3,6, DE=0,11) que la subescala Estrategias del Visitador (promedio=3,2, DE=0,09). En esta última subescala, las visitas domiciliarias obtuvieron las calificaciones más bajas en las áreas de facilitación de la interacción padres-niño (promedio=2,8, DE=0,12) y no intrusiva (promedio=2,9, DE=0,12). Estos bajos puntajes sugieren que aunque hay un amplio margen de mejora, los visitadores domiciliarios implementan ocasionalmente técnicas que realmente se proponen desarrollar las relaciones entre los padres y los niños. Además, el puntaje relativamente alto en el área de participación del niño (promedio=4,2, DE=0,08) demuestra que los niños interactuaban frecuentemente con sus padres y demostraban interés en las actividades que tenían lugar durante las visitas domiciliarias (Vogel et al 2015).

Basándose en el HVCCF, Vogel et al (2015) encontraron que las visitas duraban en promedio 77 minutos, un tiempo considerablemente más corto que el previsto en el modelo del programa (90 minutos). Solo el 35% de las visitas duraron los 90 minutos. Casi todas las visitas domiciliarias (97%) incluidas en la muestra se desarrollaron en inglés y las restantes (3%) en español.

En lo que concierne a la asignación de tiempo, el HVCCF encontró que más o menos la mitad (49,7%) de las visitas se concentraron en actividades infantiles, lo que parece adecuado dadas las altas valoraciones que la participación de los niños obtuvo en el HOVRS-A. Específicamente, el 86,1% de las visitas incluyeron juegos y la mayoría (67,1%), provisión de servicios educativos. Es asimismo interesante anotar que el 44% de los visitadores dedicaron su tiempo a establecer o facilitar interacciones entre los padres y el niño (Vogel et al 2015).

La utilización del HOVRS-A en la evaluación de BabyFACES también proporciona información sobre el vínculo entre la calidad del visitador domiciliario y sus atributos, las características del programa y las actividades y características de las actividades desarrolladas durante la visita domiciliaria (Vogel et al 2015). Usando una muestra de 185 visitadores domiciliarios, los autores encuentran muy pocos niveles de correlación (nunca mayores a 0,2) entre las características del visitador domiciliario y el puntaje total del HOVRS-A (y el de sus escalas Estrategias del Visitador y Efectividad del Visitador). Resulta interesante observar que la correlación entre la calidad de la visita domiciliaria y el nivel educativo del visitador no era estadísticamente significativa, pese a que disponer de una acreditación en visitas domiciliarias (es decir, alguna capacitación específica) está positivamente asociado con una mejor calidad de la visita. Es un hallazgo interesante para los países en desarrollo que implementan programas de visitas domiciliarias en contextos donde el nivel general de la educación formal es sustancialmente más bajo que en Estados Unidos, pero donde la capacitación práctica y específica de los visitadores domiciliarios es posible. La correlación entre los puntajes del HOVRS-A y los puestos de personal no cubiertos por el programa es negativa, pero muy baja. Esto sugiere que la calidad de las visitas domiciliarias disminuye cuando hay tasas más elevadas de puestos no cubiertos, alta rotación de personal y cargas de trabajo muy altas (en número de casos o familias). Estos resultados son consistentes con los de O'Brien et al (2012), que examinaron índices de deserción familiar en una muestra nacional de programas de Nurse Family Partnership y encontraron que las familias eran casi ocho veces más propensas a abandonar el programa y las visitas eran menos completas si su visitador domiciliario original dejaba el programa antes del primer cumpleaños de su hijo.

La evaluación de BabyFACES hecha por Vogel et al (2015) encuentra asimismo que la duración de las visitas domiciliarias está positivamente correlacionada con la calidad general y con aquella medida solo por la escala Estrategias del Visitador. Más aún, el número de niños que participa en la visita está negativamente correlacionado con la calidad general, según las escalas Estrategias del Visitador y Efectividad del Visitador.

Illinois Prevention Initiative: HOVRS-A+

En 2012 la Illinois Prevention Initiative (IPI) realizó una evaluación estatal de 30 programas de visitas domiciliarias diseñada y llevada a cabo por el Erikson Institute. Un total de 85 familias participaron en el estudio, de las cuales el 37% recibieron servicios basados en el modelo de Parents as Teachers, 23% en el modelo BabyTalk y 3% en el modelo Healthy Families America. Se utilizó el HOVRS-A+ para medir la calidad del programa.

Las visitas fueron filmadas y luego calificadas basándose en las grabaciones en video. Los codificadores recibieron una capacitación rigurosa y se consideraron confiables una vez que el 70% de los puntajes para cada indicador se ubicaron a un punto del valor de referencia. En promedio, las grabaciones en video duraron 32 minutos. El puntaje compuesto promedio en el HOVRS-A+ se ubicó en el rango de calidad adecuada a buena (promedio=4,06, DE=0,99). En la escala Estrategias del Visitador, las visitas domiciliarias se situaron en el rango de adecuada a buena (promedio=3,71, DE=1,03), al igual que en la escala Efectividad del Visitador (promedio=4,59, DE=1,11). Las estrategias y la efectividad se mostraron significativa y positivamente relacionadas entre ellas ($r=0,77$).

En la escala Efectividad del Visitador se encontró que los visitadores domiciliarios se desempeñaban mejor en el desarrollo de relaciones positivas con el cuidador y el niño y en el estímulo a la colaboración que en la facilitación de interacciones entre el cuidador y el niño. Los puntajes relativamente bajos en la facilitación de las interacciones cuidador-niño son consistentes con hallazgos de otros estudios (Korfmacher et al 2012).

Part C y Early Head Start en Iowa central: HVOF

Peterson et al (2007) estudiaron visitas domiciliarias en la región central del estado de Iowa utilizando el HVOF para compilar información sobre la calidad de las visitas a participantes en el programa Part C y a familias de un programa EHS.¹¹ Un total de 28 familias fueron incluidas en el estudio Part C y 92 en el estudio de EHS. Se observaron un total de 1.131 visitas a lo largo de 4 años. Asistentes de investigación graduados con experiencia previa en el uso del HVOF realizaron observaciones en vivo, haciendo esfuerzos concertados para no ser intrusivos. Estas observaciones comenzaban aproximadamente 5 minutos luego de iniciada la visita. La codificación con el HOVF se hacía usualmente en ciclos de 10 minutos con pausas de 2 minutos hasta el final de la visita o hasta un tiempo de 60 minutos de codificación de la información. El tiempo de observación varió de 21 a 44 minutos (promedio=34) para los participantes de Part C y de 11 a 60 minutos (promedio=51) para los de EHS.

Hubo varios hallazgos importantes. Los visitadores domiciliarios de EHS dedicaron la mayoría del tiempo de la visita a interacciones con los cuidadores (entre 59% y 86%) y muy poco a interactuar solo con los niños (entre 2% y 5%). Tal vez el hallazgo más importante fue que se dedicó muy poco tiempo a mejorar las conductas del cuidador a través de la enseñanza directa (2% del tiempo), a los métodos (6% del tiempo) o al *coaching* de las interacciones cuidador-niño (3% del tiempo). Se registraron niveles de involucramiento más elevados en temas relacionados con el contenido del desarrollo infantil (26%) y con las funciones de los miembros de la familia (10% del tiempo). Los cuidadores se involucraban menos cuando los visitadores domiciliarios abordaban el tema de los recursos y referentes comunitarios (1% del tiempo; Roggman et al 2008).

Evaluación del Modelo Family Check-Up: COACH

Este estudio experimental involucró a 79 familias de alta vulnerabilidad con niños de 2 a 4 años de edad. Fue realizado para evaluar la fidelidad general de los visitadores (que eran terapeutas capacitados) utilizando el COACH y para correlacionarla con el involucramiento observado en los participantes. Se llevaron a cabo evaluaciones subsecuentes con las familias de este estudio, cuando los niños cumplieron 3 y 4 años, para rastrear el estilo de crianza de los padres (participación, interacciones y proactividad padres-hijo; Dishion et al 2008) y problemas conductuales de los niños. El estudio se realizó en tres estados.

Los codificadores del COACH recibieron instrucciones para observar las sesiones de retroalimentación que los visitadores mantenían con las familias. Los codificadores tenían experiencia educativa avanzada en desarrollo infantil y capacitación apropiada en el COACH. Además de las dimensiones del COACH, los observadores calificaron

¹¹ El HOVF estuvo sujeto a algunas revisiones para su administración en la muestra de Early Head Start. Las revisiones incluyeron cambios menores tales como la adición de códigos para reflejar temas y conductas específicos considerados como exclusivos de su modelo de programa.

simultáneamente la participación del cuidador con la misma escala de puntuación utilizada para valorar al visitador domiciliario. Los codificadores se concentraron tanto en aspectos del contenido de la visita (o adhesión al currículo del programa) como en las habilidades generales en la entrega de los contenidos (competencia del visitador).

Los resultados muestran que algunos visitadores domiciliarios mantuvieron una fuerte fidelidad en la entrega del programa; es decir, fueron capaces de entregar competentemente el contenido previsto. Los puntajes promedio de las cinco dimensiones del COACH se ubicaron en un rango de buena calidad (entre 5,40-5,81). El estudio documentó también una alta correlación entre las cinco dimensiones del instrumento (Dishion et al 2010).

La calidad de la visita domiciliaria y sus efectos en el desarrollo infantil

Dos de los estudios descritos en la sección anterior dan un paso más dado que examinan no solo la calidad y las características de las visitas domiciliarias sino también al indagar si la calidad de la visita está asociada con resultados positivos para los niños y los cuidadores. Esta sección resume los hallazgos de estos estudios.

Vogel et al (2015) exploran en el estudio de BabyFACES la relación entre la calidad del programa medida por el HOVRS-A y los resultados que son claves para el desarrollo infantil y las familias a los 2 y 3 años de edad del niño. Los autores encuentran que la calidad promedio de la visita domiciliaria no parece estar relacionada con ninguno de los 3 resultados de interés, aunque hay algunos hallazgos significativos a los 2 años de edad. Encuentran también una correlación positiva considerable entre la escala Efectividad del Visitador del HOVRS-A y la participación del niño, y los puntajes de regulación emocional medidos por la Bayley Behavior Rating Scale (0,13 y 0,14 DE). Se encontraron asociaciones negativas entre la escala Bayley y los informes de los visitadores domiciliarios sobre problemas conductuales de los niños con base en la evaluación Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment, BITSEA (-0,17 DE). Acaso lo más sorprendente sea que en el Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3) las escalas de motricidad gruesa, motricidad fina y resolución de problemas mostraron correlaciones negativas significativas con la calidad de la visita domiciliaria medida por el HOVRS-A (entre -0,14 y -0,17 DE). No se encontraron relaciones significativas entre la calidad de la visita y la calidad del entorno del hogar medida por el HOME (Vogel et al 2015, p. 65).

Para el programa Family Check-Up (FCU), Smith et al (2013) realizaron un ensayo de prevención aleatorio con una submuestra de 7 familias participantes para examinar la relación entre la calidad de la visita de FCU y los resultados en el cuidador y en los niños. Las familias que participaron en el FCU provenían de algunos estados de Estados Unidos y se las identificó para que recibieran servicios de FCU, basándose en su participación en el programa de suplemento nutricional Women, Infants and Children (WIC). Específicamente, la evaluación utilizó el instrumento COACH para medir la calidad de implementación de la visita domiciliaria y el involucramiento del cuidador, y el impacto de esas variables en el mejoramiento del apoyo del cuidador a la conducta positiva de los niños y en la reducción de los problemas conductuales reportados. Usando un sistema de codificación observacional desarrollado específicamente para esta intervención, los autores encontraron que un año después de la intervención, la calidad del cuidado había mejorado poco pero significativamente (0,06 DE) y dos años

después, los problemas conductuales de los niños se habían reducido considerablemente (-0,24 DE) (Smith et al 2013).¹² Los autores concluyen que el FCU fue efectivo en la prevención de problemas conductuales tempranos en los niños de las familias que participaron en el programa WIC.

¹² Los problemas conductuales de los niños se midieron con la Child Behavior Checklist, un cuestionario de 99 ítems que fue llenado por el cuidador (Smith et al 2013).

Tabla 2: Instrumentos utilizados para evaluar la calidad de los programas en los Estados Unidos

Evaluación del programa	Instrumento	Tamaño de la muestra	Modelos de los programas	Contexto	Perfil del observador	Referencias
Better Beginnings	HOVRS-A	31 familias	Partnering with Families for Early Learning	Estado de Washington Niños de 0-9 meses de edad predominantemente de familias blancas e hispanas de clase media y clase trabajadora	Observadores capacitados con educación previa y experiencia en desarrollo infantil	Hallgren et al 2010
	HVCCF	35 familias				
Evaluación de BabyFACES Cross Site	HOVRS-A	220-225 familias	Early Head Start	Población de bajos ingresos, con 49% de familias pertenecientes a minorías Muestra tomada de 89 programas EHS en el país, incluidas madres embarazadas y niños hasta los 3 años de edad	Profesionales en desarrollo infantil que han completado capacitación Acreditación requerida Codificación de tres videos con 80% de confiabilidad	Vogel et al 2015
	HVCCF					
Illinois Prevention Initiative (PI) Nacimiento a tres años	HOVRS-A+ V. 2	85 familias	Parents as Teachers (73%), BabyTalk (23%), Healthy Families America (3%)	Muestra representativa de 30 sitios en Illinois de futuros padres y familias con niños desde el nacimiento hasta los tres años 32% caucásicos, 31% afroamericanos y el resto hispanos	Los codificadores recibieron capacitación y fueron considerados como confiables una vez que el 70% de los puntajes de cada indicador se ubicaron a un punto de la valoración correcta	Korfmacher et al 2012

Evaluación del programa	Instrumento	Tamaño de la muestra	Modelos de los programas	Contexto	Perfil del observador	Referencias
Evaluación de Part C y de servicios EHS	Formulario de observación de la visita domiciliaria	Part C - 28 familias; EHS – 92 familias	Part C Early Head Start	Iowa central, la mayoría de participantes eran madres caucásicas rurales y niños de 6 meses a 3 años con discapacidades	Asistentes de investigación graduados con experiencia previa en el uso de instrumentos	Peterson et al 2007
Evaluación de Family Check-Up	COACH	79 familias	Family Check Up	Virginia, Oregón y Pensilvania Niños de 2 años de edad Familias indigentes en alto riesgo previamente identificadas como teniendo problemas conductuales 30% eran afroamericanas y 7% hispanas	Estudiantes universitarios y un trabajador social profesional con 20 horas de capacitación en COACH	Dishion et al 2008

Reflexiones finales

En años recientes, los programas de visitas domiciliarias han ganado popularidad en ALC. Sin embargo, en la región el conocimiento acerca de cómo implementarlos efectivamente a escala está todavía en sus etapas iniciales. Puesto que los programas de visitas domiciliarias continúan expandiéndose en ALC, los profesionales, formuladores de política e investigadores necesitarán cada vez más herramientas para medir y comprender el proceso que tiene lugar durante la visita a fin de mejorar el servicio que se entrega y, en definitiva, los resultados en el desarrollo de los niños que están siendo atendidos.

Producir servicios de visitas al hogar de alta calidad requiere comprender cuáles son los aspectos cruciales de la calidad y cómo pueden ser consolidados a través del personal de los programas y la provisión del servicio mediante actividades de capacitación, asesoría, monitoreo y evaluación. Es con el propósito de entender las características clave que componen una visita domiciliaria efectiva y de alta calidad que investigadores y profesionales han desarrollado y administrado instrumentos dirigidos a medir los atributos esenciales de los visitadores domiciliarios, de las visitas al hogar y de su contenido.

En gran medida, los estudios descritos en este trabajo proporcionan información descriptiva sobre la calidad de las visitas concentrándose en el visitador domiciliario como la unidad de análisis, para determinar si las intervenciones son implementadas como previsto y para documentar procesos, incluidas las actividades y la calidad de las relaciones que se desarrollan durante una visita al hogar. Estos estudios constituyen un primer intento por describir lo que ocurre dentro de la “caja negra” de las visitas domiciliarias, que puede ser importante para su éxito en lo que se refiere a mejorar los resultados de los niños. La evidencia de los programas aquí presentados documenta suficiente heterogeneidad en los hallazgos como para sugerir la necesidad de comprender mejor lo que sucede durante una visita al hogar y, en particular, entender cuáles son los aspectos más críticos para que la intervención sea exitosa.

Como se puede aprender de las experiencias revisadas, la administración de estos instrumentos tiene sus propios desafíos, en particular si se utilizan periódicamente como herramientas de monitoreo y asesoría en los programas de gran escala. Grabar en video las visitas y realizar una codificación confiable a cargo de personal altamente capacitado puede resultar costoso a escala en muchos escenarios en los países en desarrollo. Esto suscita la necesidad de desarrollar instrumentos alternativos capaces de medir algunos aspectos clave de la calidad y poder compilarlos y procesarlos sistemáticamente, de una manera costo-efectiva. El objetivo es que puedan orientar de manera permanente las actividades de capacitación, manejo y asesoría del programa. Esto pone el acento, una vez más, en la necesidad crucial de identificar los aspectos clave de una visita domiciliaria y las variables fácilmente observables que mejor puedan captarlos. Esto inevitablemente demanda más investigación en aspectos relacionados con la medición de la calidad de las visitas domiciliarias, preferentemente llevadas a cabo en contextos y escenarios variados. La agenda de investigación sobre visitas domiciliarias del BID en el mediano plazo precisamente busca contribuir a llenar los vacíos que existen en el conocimiento sobre estos aspectos.

Bibliografía

Attanasio, O. P., C. Fernández, E. O. Fitzsimons, S. M. Grantham-McGregor, C. Meghir y M. Rubio-Codina (2014). Using the infrastructure of a conditional cash transfer program to deliver a scalable integrated early child development program in Colombia: cluster randomized controlled trial. *BMJ*, 349, g5785.

Baker-Henningham, H. y F. López Boo (2014). Intervenciones de estimulación infantil temprana en los países en vías de desarrollo: lo que funciona, por qué y para quién. *Económica* 60: 120-186.

Barnes, J., K. MacPherson y R. Senior (2006). Factors influencing the acceptance of volunteer home-visiting support offered to families with new babies. *Child & Family Social Work* 11(2): 107-117.

Barrett, K., H. Zaveri y D. A. Strong (2010). *Fidelity Data Collection Manual for the Evidence-Based Home Visiting to Prevent Child Maltreatment Cross-Site Evaluation*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.

Boller, K., C. Vogel, R. Cohen, N. Aikens y K. Hallgren (2009). Home Visit Characteristics and Content Form. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research

Boller, K., C. Vogel, A. Johnson, T. Novak, S. James-Burdumy, L. Crozier y S. Uhl (2004). Using Television as a Teaching Tool: The Impacts of “Ready To Learn” Workshops on Parents, Educators, and the Children in Their Care. Final Report. MPR Reference No. 8778-750. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.

Brown, C. H. y J. Liao (1999). Principles for designing randomized preventive trials in mental health – an emerging developmental epidemiology paradigm. *American Journal of Community Psychology* 27: 673-710).

Daro, D. (2006). Prenatal/postnatal home visiting programs and their impact on young children’s psychosocial development (0-5): Commentary on Olds, Kitzman, Zercher and Spiker, en Tremblay R. E., R. G. Barr y R. DeV. Peters (eds.). *Encyclopedia on Early Childhood Development*.

Dishion, T. J., N. Knutson, L. Brauer, A. Gill y J. Risso (2010). Family Check Up: COACH ratings manual. Manual de codificación inédito. Disponible en el Child and Family Center, 195 West 12th Avenue, Eugene, OR 97401.

Dishion, T. J., D. Shaw, A. Connell, F. Gardner, C. Weaver y M. Wilson (2008). The Family Check-Up with high-risk indigent families: Preventing problem behavior by increasing parents’ positive behavior support in early childhood. *Child development* 79(5): 1395-1414.

Doyle, O., C. Harmon, J. J. Heckman, C. Logue y S. Moon (2013). Measuring investment in human capital formation: An experimental analysis of early life outcomes (No. w19316). National Bureau of Economic Research.

Duggan, A., E. McFarlane, L. Fuddy, L. Burrell, S. M. Higman, A. Windham y C. Sia (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect. *Child abuse & neglect* 28(6): 597-622.

Duggan, A., A. Windham, E. McFarlane, L. Fuddy, C. Rohde, S. Buchbinder y C. Sia (2000). Hawaii's healthy start program of home visiting for at-risk families: evaluation of family identification, family engagement, and service delivery. *Pediatrics* 105(Supplement 2): 250-259.

Durlak, J. A. y E. P. DuPre (2008). Implementation Matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology* 41: 327-350.

Engle, P. L., M. M Black, J. R. Behrman, M. C. De Mello, P. J. Gertler, L. Kapiriri e International Child Development Steering Group (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *The Lancet* 369(9557): 229-242.

Fernald, L., P. Gertler y L. Neufeld (2009). Ten-year impact of Oportunidades – Mexico's Conditional cash transfer program – on child growth, cognition, language and behavior. *The Lancet* 374(9706): 1997-2005.

Grantham-McGregor, S. M., S. P. Walker, S. M. Chang y C. A. Powell, (1997). Effects of early childhood supplementation with and without stimulation on later development in stunted Jamaican children. *The American journal of clinical nutrition* 66(2): 247-253.

Hallgren, K., K. Boller y D. Paulsell (2010.) *Better beginnings: Partnering with families for early learning home visit observations*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.

Hamadani, J. D., S. N. Huda, F. Khatun y S. M. Grantham-McGregor (2006). Psychosocial stimulation improves the development of undernourished children in rural Bangladesh. *The Journal of nutrition* 136(10): 2645-2652.

Hill, J., J. Brooks-Gunn y J. Waldfogel (2003). Sustained effects of high participation in an early intervention for low-birth-weight premature infants. *Developmental Psychology* 39: 730- 744.

Home Visit Rating Scales-Adapted (HOVRS-A). Documento inédito Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.

Howard, K. S. y J. Brooks-Gunn, (2009). The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. *The Future of Children* 19(2): 119-146.

Ingoldsby, E. M., P. Baca, M. W. McClatchey, D. W. Luckey, M. O. Ramsey, J. M., Loch y D. L. Olds (2013). Quasi-experimental pilot study of intervention to increase participant retention and completed home visits in the nurse–family partnership. *Prevention science* 14(6): 525-534.

Jones Harden, B., R. Chazan-Cohen, H. Raikes y C. Vogel (2012). Early head start home visitation: The role of implementation in bolstering program benefits. *Journal of Community Psychology* 40(4): 438-455.

Keim, S. A., J. L. Daniels, N. Dole, A. H. Herring, A. M. Siega-Riz, y P. C. Scheidt, (2011). A prospective study of maternal anxiety, perceived stress, and depressive symptoms in relation to infant cognitive development. *Early human development* 87(5): 373-380.

Kendrick, D., R. Elkan, M. Hewitt, M. Dewey, M. Blair, J. Robinson y K. Brummell (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Archives of disease in childhood* 82(6): 443-451.

Kitzman, H. J., D. L. Olds, R. E. Cole, C. Hanks, E. A. Anson, K. J. Arcoletto y J. R. Holmberg (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 pediatrics & adolescent medicine* 164(5): 412-418.

Kitzman, H., D. L. Olds, C. R. Henderson, C. Hanks, R. Cole, R. Tatelbaum y K. Barnard (1997). Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing: a randomized controlled trial. *Jama* 278(8): 644-652.

Korfmacher, J., R. O'Brien, S. Hiatt y D. Olds (1999). Differences in program implementation between nurses and paraprofessionals providing home visits during pregnancy and infancy: a randomized trial. *American Journal of Public Health* 89(12): 1847-1851.

Korfmacher, J., M. Sparr, N. Chawla, J. y J. Fulford Fleming (2012). *Illinois Prevention Initiative (PI) Birth to Three Program Evaluation*. Chicago, IL: Erikson Institute.

López-Boo, F. L., G. Palloni y S. Urzua (2014). Cost–benefit analysis of a micronutrient supplementation and early childhood stimulation program in Nicaragua. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1308(1): 139-148.

Love, J., E. Kisker, C. Ross, P. Schochet, J. Brooks-Gunn, K. Boller et al (2001). *Building their futures: How Early Head Start programs are enhancing the lives of infants and toddlers in low-income families. Summary report*. Informe a Commissioner's Office of Research and Evaluation, Head Start Bureau, Administration on Children, Youth and Families y Department of Health and Human Services. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.

McBride, S. L y C. A. Peterson (1993). Home visit observation form. Manuscrito inédito. Iowa State University.

Miller, W. R. y S. Rollnick (2002). *Motivational Interviewing: preparing people for change*, 2a. ed. New York: Guilford Press.

Nahar, B., M. I. Hossain, J. D. Hamadani, T. Ahmed, S. N. Huda, S. M. Grantham-McGregor y L. A. Persson (2012). Effects of a community-based approach of food and psychosocial stimulation on growth and development of severely malnourished children in Bangladesh: a randomised trial. *European journal of clinical nutrition* 66(6): 701-709.

Nievar, M. A., L. A. Van Egeren y S. Pollard (2010). A meta–analysis of home visiting programs: Moderators of improvements in maternal behavior. *Infant mental health Journal* 31(5): 499-520.

Nurse-Family Partnership (2015). Recuperado el 22 de marzo de 2015 de 2015 <http://www.nursefamilypartnership.org/>.

O'Brien, R. A., P. Moritz, D. W. Luckey, M. W. McClatchey, E. M. Ingoldsby y D. L. Olds (2012). Mixed methods analysis of participant attrition in the nurse-family partnership. *Prevention Science* 13(3): 219-228.

Olds, D. L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science* 3(3): 153-172.

Olds, D. L., J. Eckenrode, C. R. Henderson, H. Kitzman, J. Powers, R. Cole y D. Luckey (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association* 278(8): 637-643.

Olds, D. L., C. R. Henderson, R. Chamberlin y R. Tatelbaum (1986). Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 78(1): 65-78.

Olds, D. L., J. Robinson, R. O'Brien, D. W. Luckey, L. M. Pettitt, C. R. Henderson y A. Talmi (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 110(3): 486-496.

OPRE Report No. 2015-10. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Office of Planning, Research and Evaluation.

Paulsell, D., S. Avellar, E. S. Martin y P. Del Grosso (2010). Home visiting evidence of effectiveness review: Executive summary (No. 5254a2ab30e146ce900220dbc4f41900). Mathematica Policy Research.

Peterson, C. A., G. J. Luze, E. M. Eshbaugh, H. J. Jeon y K. R. Kantz (2007). Enhancing parent-child interactions through home visiting: Promising practice or unfulfilled promise? *Journal of Early Intervention* 29(2): 119-140.

Powell, C. y S. Grantham-McGregor (1989). Home visiting of varying frequency and child development. *Pediatrics* 84(1): 157-164.

Prinz, R. J., E. P. Smith, J. E. Dumas, J. E. Laughlin, D. W. White y R. Barrón (2001). Recruitment and retention of participants in prevention trials involving family-based interventions. *American journal of preventive medicine* 20(1): 31-37.

Programa Nacional Cuna Más (2015). Recuperado el 10 de mayo de 2015 de http://www.cunamas.gob.pe/?page_id=57.

Raikes, H., B. L Green, J. Atwater, E. Kisker, J. Constantine y R. Chazan-Cohen (2006). Involvement in Early Head Start home visiting services: Demographic predictors and relations to child and parent outcomes. *Early Childhood Research Quarterly* 21(1): 2-24.

Riley, S., A. Brady, J. Goldberg, F. Jacobs y A. Easterbrooks (2008). Once the door closes: Understanding the parent-provider relationship. *Children and Youth Services Review* 30(5): 597-612.

Roggman, L. A. y G. A. Cook (2010). Attachment, aggression, and family risk in a low-income sample. *Family Science* 1(3): 191-204. doi:10.1080/19424620.2010.567829

Roggman, L. A., L. K. Boyce y G. A. Cook (2009). Keeping kids on track: Impacts of a parenting-focused Early Head Start program on attachment security and cognitive development. *Early Education and Development* 20(6): 920-941.

Roggman, L. A., L. K. Boyce, G. A. Cook y V. K. Jump (2001). Inside home visits: A collaborative look at process and quality. *Early Childhood Research Quarterly* 16: 53-71.

Roggman, L. A., K. Christiansen, G. A. Cook, V. K. Jump, L. K. Boyce y C. A. Peterson (2006). Home visits: Measuring how they work. Presentación en el Early Intervention Research Institute, Mini-Conference, Logan, UT.

Roggman, L. A., G. A. Cook, M. S. Innocenti, V. K. Jump Norman, K. Christiansen, L. K. Boyce, N. Aikens, K. Boller, D. Paulsell y K. Hallgren, (2010). Home Visit Rating Scales – Adapted and Extended (HOVRS-A+) 2a. versión, adaptada de Roggman, L. A. et al (2008). Home Visit Rating Scales, en L. Roggman, L. Boyce y M. Innocenti, *Developmental Parenting*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, pp. 209-217.

Roggman, L. A., G. A. Cook, V. Jump, L. K. Boyce y M. S. Innocenti (2006). Home Visit Rating Scales (HOVRS). Manuscrito inédito. Utah State University, Logan, UT.

Roggman, L. A., G. A. Cook, C. A. Peterson y H. H. Raikes (2008). Who drops out of Early Head Start home visiting programs? *Early Education and Development* 19(4): 574-599.

Rosero, J. y H. Oosterbeek (2011). Trade-offs between different early childhood interventions: Evidence from Ecuador. Documento de trabajo 11-102/3 para el Timbergen Institute, Amsterdam, Holanda.

Sandner, M. (2013). Effects of early childhood intervention on child development and early skill formation: Evidence from a randomized controlled trail (No. 518). Documento de trabajo. Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Leibniz Universität, Hannover.

Schneider, A. y V. R. Ramires (2007). Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública. Brasilia, Brasil: UNESCO.

Sierau, S., T. Brand y T. Jungmann (2012). Parental involvement in home visiting: Interpersonal predictors and correlates. *Infant Mental Health Journal* 33(5): 489-495.

Smith, J. D., T. J. Dishion, D. S. Shaw y M. N. Wilson (2013). Indirect effects of fidelity to the family check-up on changes in parenting and early childhood problem behaviors. *Journal of consulting and clinical psychology* 81(6): 962.

Stoltzfus, E. y K. Lynch (2009). *Home visitation for families with young children*. Washington, DC: Congressional Research Service.

Thomason, A. y K. La Paro (2009). Measuring the quality of teacher-child interactions in toddler child care. *Early Education and Development* 20(2):285-304.

Tinajero, A. R. (2010). *Scaling up early child development in Cuba*. Washington, DC: Brookings Institution, Wolfensohn Center.

Twombly, L., Waddell y Harrison (2003). Supportive interactions with families: A selfrating scale. Manuscrito inédito. University of Oregon, EIP.

UNESCO (2007). Conhecendo o Programa Primeira Infância Melhor. Contribuições para políticas públicas na área do desenvolvimento infantil.

UNESCO (2007). Primera Infancia Mejor: Una Inovacao En Politica Publica. Recuperado el 27 de junio de 2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001552/155250por.pdf>

Vogel, C. A., P. Caronongan, J. Thomas, E. Bandel, Y. Xue, J. Henke y L. Murphy (2015). Toddlers in Early Head Start: A Portrait of 2-Year-Olds, Their Families, and the Programs Serving Them. Resumen ejecutivo (No. aeb78516d8c64039a9afdbece7d63290). Mathematica Policy Research.

Wallander, J. L., E. McClure, F. Biasini, S. S. Goudar, O. Pasha, E. Chomba y W. Carlo (2010). Brain research to ameliorate impaired neurodevelopment-home-based intervention trial (BRAIN-HIT). *BMC pediatrics* 10(1): 27.

Walker, S. P., S. M. Chang, C. A. Powell y S. M. Grantham-McGregor (2005). Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognition and education in growth-stunted Jamaican children: prospective cohort study. *The Lancet* 366(9499): 1804-1807.

Walker, S. P., T. D. Wachs, J. M. Gardner, B. Lozoff, G. A. Wasserman, E. Pollitt e International Child Development Steering Group (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet* 369(9556): 145-157.

Wasik, B. A., S. K. Mattera, C. M. Lloyd y K. Boller (2013). Intervention dosage in early childhood care and education: It's complicated (OPRE Research Brief OPRE 2013-15). Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.

Wasik, B. H. y D. M. Bryant (2001). *Home visiting procedures for helping families*, 2a. ed. Thousand Oaks, CA: Sage.

Wasik, B.H. y J. J. Sparling (1995). *Home visit assessment instrument*. Chapel Hill, NC: School of Education, University of North Carolina.

Yousafzai, A. K., M. A. Rasheed, A. Rizvi, R. Armstrong y Z. A. Bhutta (2014a). Effect of integrated responsive stimulation and nutrition interventions in the Lady Health Worker programme in Pakistan on child development, growth, and health outcomes: a cluster-randomised factorial effectiveness trial. *The Lancet* 384(9950): 1282-1293.

Yousafzai, A. K. y F. Aboud (2014b). Review of implementation processes for integrated nutrition and psychosocial stimulation interventions. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1308(1): 33-45.

Zaslow, M., K. Tout, T. Halle, J. V. Whittaker y B. Lavelle (2010). Toward the Identification of Features of Effective Professional Development for Early Childhood Educators. Literature Review. Office of Planning, Evaluation and Policy Development, US Department of Education.

Apéndice

Tabla A1: Revisión de los Programas de HomVEE que Han Tenido Impactos Positivos en Desarrollo Infantil

Program	Referencia	Edad al momento de la evaluación	Tamaño del efecto
Child FIRST	Lowell, D. I., A. S. Carter, L. Godoy, B. Paulicin y M. J. Briggs-Gowan (2011). A randomized controlled trial of Child FIRST: A comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. <i>Child Development</i> 82(1): 193-208.	12 meses	Cualquier área ITSEA (proporción con problemas de preocupación clínica) -0,28 Lenguaje infantil (proporción con problemas de preocupación clínica) -0,88 ITSEA externalización (proporción con problemas de preocupación clínica) -0,42
Child Parent Enrichment Project (CPEP)	Barth, R. P. (1991). An experimental evaluation of in-home child abuse prevention services. <i>Child Abuse and Neglect: The International Journal</i> 15(4): 363-75. Fuente adicional: Barth, R. P., S. Hacking y J. R. Ash (1988). Preventing child abuse: An experimental evaluation of the Child Parent Enrichment Project. <i>Journal of Primary Prevention</i> 8(4): 201-217.	6 meses	Mood (subescala ITQ) -0,39
Early Head Start Home Visiting	Jones Harden, B., R. Chazan-Cohen, H. Raikes y C. Vogel (2012). Early head start home visitation: The role of implementation in bolstering program benefits. <i>Journal of Community Psychology</i> 40(4): 438-455.	Ingreso al jardín de infantes	FACES: Aproximación positiva al aprendizaje 0,20 FACES: Problemas de conducta social -0,15

Early Start	Fergusson, D. M., L. J. Horwood, H. Grant y E. M. Ridder (2005). <i>Early start evaluation report</i> . Christchurch, NZ: Early Start Project Ltd.	36 meses	Puntaje total de conducta 0,36 Puntaje total de interiorización 0,26
Family Check-up	Shaw, D. S., A. Connell, T. J. Dishion, M. N. Wilson y F. Gardner (2009). Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior. <i>Development and Psychopathology</i> 21: 417–439.	3 y 4 años	CBCL: Exteriorización 0,23 CBCL: Interiorización 0,21 Eyberg: Problemas conductuales 0,23
Healthy Families America (HFA)	Caldera, D., L. Burrell, K. Rodriguez, S. S. Crowne, C. Rohde y A. Duggan (2007). Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. <i>Child Abuse & Neglect</i> 31(8): 829–852. doi:10.1016/j.chiabu.2007.02.008	2 años	BSID: porcentaje dentro de límites normales en cognición 0,24 CBCL: porcentaje con puntajes de exteriorización en rango normal 0,19 CBCL: porcentaje con puntajes de interiorización en rango normal 0,32
Healthy Families America (HFA)	Landsverk, J., T. Carrilio, C. D. Connelly, W. Ganger, D. Slymen, R. Newton et al (2002). Healthy Families San Diego clinical trial: Informe técnico. San Diego, CA: The Stuart Foundation, California Wellness Foundation, State of California Department of Social Services: Office of Child Abuse Prevention.	Año 1 del programa	BSID: Índice de desarrollo mental (IDM) 0,23 CBCL: Problemas somáticos, puntaje T -0,24
Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPY)	Necoechea, D. M. (2007). Children at-risk for poor school readiness: The effect of an early intervention home visiting program on children and parents. Dissertation Abstracts International Section A: <i>Humanities and Social Sciences</i> 68 (6-A): 2311. (Dissertation Abstract: 2007-99230-512)	A las 16 semanas	Test de Vocabulario Expresivo Palabra-Imagen – Revisado 0,34

Nurse Family Partnership	Olds, D. L., K. Hitzman, R. Cole, J. Robinson, K. Sidora, D. W. Luckey et al (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. <i>Pediatrics</i> 114(6): 1550–1559 .	Seguimiento a los 6 años	CBCL: (problemas totales) -0,37 KABC: procesamiento mental, puntaje compuesto (aritmética y lectura) 0,18 PPVT-III: vocabulario receptivo 0,17
Nurse Family Partnership	Olds, D. L., J. Robinson, R. O'Brien, D. W. Luckey, L. M. Pettitt, C. R. Henderson et al (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial. <i>Pediatrics</i> 110(3): 486.	21 meses	PLS-3: (retraso en el lenguaje) -0,45
Parents as Teachers	Drotar, D., J. Robinson, L. Jeavons y H. Lester Kirchner (2009). A randomized, controlled evaluation of early intervention: The Born to Learn curriculum. <i>Child: Care, Health & Development</i> 35(5): 643–649.	A los 36 meses	Mastery Motivation – Task Competence 0,2
Parents as Teachers	Wagner, M., S. Clayton, S. Gerlach-Downie y M. McElroy (1999). <i>An evaluation of the northern California Parents as Teachers demonstration</i> . Menlo Park, CA: SRI International.	A los 36 meses	DPII: Autoayuda, Escala de desarrollo (promedio diferencial en meses) 0,25
Play and Learning Strategies (PALS) Infant: Results for PALS Toddler (PALS II)	Landry, S. H., K. E. Smith, P. R. Swank y C. Guttentag (2008). A responsive parenting intervention: The optimal timing across early childhood for impacting maternal behaviors and child outcomes. <i>Developmental Psychology</i> 44(5): 1335-1353.	A tres meses de la fecha de terminación del programa	PPVT-III: Vocabulario receptivo 0,36 Cooperación 0,3 Involucramiento social 0,32 Uso de palabras 0,37