

“REVISION SISTEMATICA SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA VISITA DOMICILIARIA PARA EL DESARROLLO INFANTIL CON NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS”

INFORME FINAL

CONSULTORES: Miguel Araujo
Sandra Ramírez
Alejandra Hoogma
Claudia Zamora

Junio 2012

Índice de contenido

GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....	5
Resumen	6
1 Introducción y Contexto	7
2 Objetivo y preguntas de evaluación	8
2.1 Objetivo general	8
2.2 Objetivos específicos.....	8
2.3 Preguntas de evaluación	9
3 Métodos	10
3.1 Enfoque metodológico y criterios para la interpretación de resultados.....	10
3.2 Criterios de Inclusión y Exclusión	14
3.3 Búsqueda Bibliográfica.....	14
3.4 Análisis Crítico.....	14
3.5 Extracción de Datos y Síntesis de Resultados.....	14
4 RESULTADOS	15
4.1 Resultados de la búsqueda bibliográfica	15
4.2 Efectividad de las VD.....	15
4.2.1 Efectos sobre el desarrollo psicomotor	15
4.2.2 Efectos sobre el desarrollo cognitivo	16
4.2.3 Efectos sobre el desarrollo del lenguaje	17
4.2.4 Efectos sobre el desarrollo afectivo	17
4.2.5 Efectos sobre las habilidades sociales.....	17
4.2.6 Efectos sobre la lactancia.....	18
4.2.7 Efectos sobre la salud física de los niños	19
4.2.8 Efectos sobre el ingreso a la escuela.....	20
4.2.9 Efectos sobre el bienestar parental-familiar	20
4.2.10 Efectos según las etapas del ciclo vital en se realiza la intervención	20
4.2.11 Efectos según la dosis y frecuencia de las visitas	21
4.2.12 Efectos según el nivel de formación / capacitación especializada en VD de la persona que realiza la intervención	23
4.2.13 Efectos según el modelo de intervención utilizado	26
4.2.14 Efectos según la interconexión de la intervención con otras ofertas de servicios a las familias.....	30
4.2.15 Efectos según las características sociodemográficas de la población intervenida	31
4.2.16 Efectos según otras condiciones culturales o geográficas de la población intervenida	31
4.2.17 Efectos en contextos de maltrato infantil.....	31
4.2.18 Efectos en contextos de psicopatología materna	32
4.2.19 Efectos en contextos de condiciones especiales de cuidado	33
4.2.20 Efectos en contextos de riesgo social (pobreza)	35

4.2.21	Efectos en contextos de familias de niños con necesidades médicas especiales o con discapacidad	35
4.2.22	Efectos en el contexto de Chile	36
4.3	Costo-efectividad de las VD	36
5	Conclusiones y recomendaciones.....	37
5.1	Desenlaces sobre los cuales las VD tienen mayor impacto potencial	37
5.2	Atributos y condiciones de las VD que se asocian un mayor efecto potencial	38
5.3	Contextos en los que las VD tienen mayor impacto potencial.	38
5.4	Recomendaciones	39
6	Referencias.....	41
6.1	Estudios incluidos en la revisión.....	41
6.2	Estudios excluidos de la revisión	43
7	ANEXOS.....	48
7.1	Características de los estudios incluidos.....	48
7.2	Características de los estudios excluidos.....	80
7.3	Detalles del proceso de búsqueda	81
7.3.1	Fuentes	81
7.3.2	Estrategia: palabras clave y filtros	81
7.4	Análisis crítico revisiones sistemáticas seleccionadas	85
7.5	Resultados de los estudios seleccionados	91
7.5.1	Resultados sobre el desarrollo psicomotor	91
7.5.2	Resultados sobre el desarrollo cognitivo	92
7.5.3	Resultados sobre el desarrollo del lenguaje	95
7.5.4	Resultados sobre el desarrollo afectivo	96
7.5.5	Resultados sobre las habilidades sociales.....	98
7.5.6	Resultados sobre la lactancia.....	101
7.5.7	Resultados sobre la salud física de los niños	103
7.5.8	Resultados sobre el ingreso a la escuela.....	108
7.5.9	Resultados según las etapas del ciclo vital en se realiza la intervención ...	108
7.5.10	Resultados según la dosis y frecuencia de las visitas.....	111
7.5.11	Resultados según el nivel de formación / capacitación especializada en VD de la persona que realiza la intervención	116
7.5.12	Resultados según el modelo de intervención utilizado	120
7.5.13	Resultados según la interconexión de la intervención con otras ofertas de servicios a las familias.....	123
7.5.14	Resultados según las características sociodemográficas de la población intervenida	125
7.5.15	Resultados según otras condiciones culturales o geográficas de la población intervenida	125
7.5.16	Resultados en contextos de maltrato infantil	125
7.5.17	Resultados en contextos de psicopatología materna	129
7.5.18	Resultados en contextos de condiciones especiales de cuidado	132
7.5.19	Resultados en contextos de riesgo social	140

7.5.20	Resultados en contextos de familias de niños con necesidades médicas especiales o con discapacidad	145
8	Referencias.....	146

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

BDI-II	Inventario de Depresión de Beck
C	Grupo control
CAD	Ensayo antes después controlado
CBCL	Child Behavior Checklist
CBT	Cognitive Behavior Therapy
CIC	Carolina Infant Curriculum
DDST	Denver Developmental Screening Test
DE	Desviación estándar
DM	Diferencia de medias
DMP	Diferencia de medias poderada
ECA	Ensayo clínico aleatorizado
EHS	Early Head Start
ES	Estadísticamente significativo
FPHVS	First Parent Health Visitor Scheme
HOME	Home Observation for Measurement of the Environment
I	Grupo experimental
IC	Intervalo de confianza
IP	Interpersonal Psychotherapy
KABC	Kaufman Assessment Battery for Children
MDI	Bayley Mental Development Index
NS	Estadísticamente no significativo ($p>0,05$)
OR	Razón de odds / Odds ratio
PPT	Parto pretérmino
PPVT-III	Peabody Picture Vocabulary Test-Tercera Edición
RR	Riesgo relativo / Risk ratio
TE	Tamaño de efecto
TM	Tamaño muestral
VD	Visitas domiciliarias

Resumen

Introducción y objetivos: la estrategia de prevención de daños del desarrollo infantil en Chile incluye las visitas domiciliarias entre sus intervenciones principales. El objetivo de esta revisión fue sintetizar e interpretar la mejor evidencia disponible a nivel nacional e internacional, sobre la efectividad de las intervenciones basadas en visitas domiciliarias para el fomento y prevención de daños del desarrollo infantil, dirigidas a familias con niños y niñas de 0 a 6 años.

Métodos: se realizó una revisión sistemática de la literatura, orientada a identificar estudios de intervención controlados publicados en los últimos 10 años, que hubieran evaluado la efectividad de las visitas en familias con niños de 0 a 6 años, sobre el desarrollo infantil y las conductas parentales.

Resultados: 22 revisiones sistemáticas cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados generales son poco alentadores, y sugieren que esta forma de intervención tiene escaso potencial de impacto. Excepciones posibles son poblaciones con riesgo de abuso infantil, embarazadas con riesgo de depresión o ansiedad, padres con discapacidad intelectual, y familias con niños de bajo peso de nacimiento. Las VD parecen ser más efectivas cuando abarcan tanto el período prenatal como el postnatal, y son realizadas por profesionales.

Conclusiones: Las VD disponen de evidencia de efectividad pero ella parece circunscrita a ciertas condiciones de contexto y algunos desenlaces específicos. Existen además modelos de programas de VD que poseen evidencia de efecto por sí mismos, que podrían replicarse con el objetivo de lograr impacto sobre variables tales como las relacionadas con desarrollo infantil, donde las VD no han demostrado en general tener efectos significativos.

1 Introducción y Contexto

La presente revisión sistemática fue comisionada a los autores por el Ministerio de Planificación de Chile, para contribuir a identificar estándares de calidad, que sirvan al diseño o mejora de los programas de visitas domiciliarias dirigidos al fomento del desarrollo infantil en familias con niños pequeños.

En nuestro país, el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia Chile Crece Contigo, ofrece un sistema integrado de intervenciones y prestaciones multidisciplinarias que apoyan al niño, niña y a su familia para alcanzar el máximo desarrollo de sus potencialidades, combatiendo así la desigualdad social que afecta nuestro desarrollo como nación.

Dentro de las prestaciones diferenciadas proporcionadas por Chile Crece Contigo, a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBS) se encuentra la Visita Domiciliaria Integral (VDI) implementada en Atención Primaria (APS) como herramienta de acercamiento a la comunidad, y específicamente a la población de riesgo, basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y las madres, padres o cuidadores primarios; siendo sus objetivos principales la promoción de mejores condiciones ambientales y relacionales a favor del desarrollo integral de la infancia en esos grupos.ⁱ

En la actualidad, las VDI son ejecutadas en APS por diversos profesionales (matronas, enfermeras, asistentes sociales, psicólogas entre otras), según las características y recursos del centro de atención primaria. Se inician luego de la obtención de resultado positivo en la Escala Abreviada de Riesgo Psicosocial (EPSA) aplicada en el primer control de embarazo y se mantienen según la evaluación de cada caso durante los 6 primeros años de vida del niño o niña. Los centros de salud cuentan con orientaciones técnicas para la ejecución de las VDI durante la gestación y puerperio, para la visita a adolescentes embarazadas, el fomento de la lactancia, el niño prematuro, el fomento de la calidad de la interacción entre niños y cuidadores principales, los niños con rezago, depresión materna, violencia de género, maltrato infantil, conexión con ofertas de servicios en la red comunal, seguridad en el hogar y específica para pueblos originarios en regiones.

La VDI representa en la actualidad una importante inversión de Chile Crece Contigo, sin embargo los datos disponibles a la fecha no permiten determinar su cobertura por familia (sólo se dispone del número de intervenciones) ni su calidad, así como tampoco los resultados obtenidos luego de la intervención. Por esta razón, se requiere establecer lineamientos claros, fundados científicamente, para orientar el diseño e implementación de estos programas.ⁱⁱ

Partiendo de la base que a nivel internacional las estrategias basadas en visita domiciliaria han demostrado su efectividad durante la gestación, en el desarrollo infantil, en la relación entre padres e hijos y en el entorno de los niños, se intenta ahora arrojar luces acerca de la efectividad relativa de este tipo de programas en función del foco de la intervención, sus objetivos, la frecuencia y número de visitas, la duración, el personal que realiza la visita y la interconexión con otras prestaciones, entre otros aspectos.

La evidencia descrita en lo que sigue podrá convertirse en un insumo para la reorientación de las VDI, disponible para su adaptación a la realidad nacional y a nuestro sistema de salud en particular, en favor de una efectiva intervención para el desarrollo integral de la primera infancia.

2 Objetivo y preguntas de evaluación

2.1 Objetivo general

Identificar, sintetizar e interpretar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones basadas en visitas domiciliarias, para el fomento y prevención de daños del desarrollo infantil, dirigidas a familias con niños y niñas de 0 a 6 años.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar, sintetizar e interpretar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad y el impacto de intervenciones basadas en visitas domiciliarias, sobre el desarrollo psicomotor y afectivo, las habilidades sociales, la lactancia, la salud física, y el ingreso a escuela.
- b) Identificar y sintetizar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad e impacto de intervenciones basadas en visitas domiciliarias para la prevención de daños en el desarrollo infantil en contextos familiares de alto riesgo: maltrato infantil, psicopatología materna, madres adolescentes, abuelos cuidadores, riesgo psicosocial, y niños con necesidades médicas especiales.
- c) Identificar y sintetizar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad e impacto de intervenciones basadas en visitas domiciliarias para el fomento del desarrollo infantil según el modelo, características y forma de aplicar la intervención.
- d) Identificar y sintetizar cuál es la evidencia sobre la costoefectividad relativa de distintas estrategias de intervención basadas en visitas domiciliarias.
- e) Efectuar recomendaciones sobre la aplicación de las intervenciones efectivas a nivel nacional, para cada pregunta de investigación formulada.

2.3 Preguntas de evaluación

1. ¿Cuál es la efectividad de las intervenciones de fomento del desarrollo infantil, basadas en visitas domiciliarias, sobre:
 - a. El desarrollo psicomotor de los niños (desarrollo motor grueso y fino, funciones ejecutivas)?
 - b. El desarrollo cognitivo de los niños?
 - c. El desarrollo del lenguaje (comprensivo y expresivo, habilidades de lectura, vocabulario) de los niños?
 - d. El desarrollo afectivo (interacciones entre el niño y sus cuidadores, apego) de los niños?
 - e. Las habilidades sociales o desarrollo social de los niños (competencias sociales, juego infantil, conducta adaptativa infantil)?
 - f. La lactancia?
 - g. La salud física de los niños?
 - h. El nivel de preparación de los niños al momento de ingresar a la escuela y la probabilidad de ingreso a la escuela?

Nota: se consideró también los desenlaces en los padres, cuando éstos afectan directamente al niño.
2. ¿Cuál es la efectividad relativa de las intervenciones de fomento del desarrollo infantil, basadas en visitas domiciliarias, según:
 - a. La(s) etapa(s) del ciclo vital en se realiza la intervención?
 - b. La dosis y frecuencia de las visitas?
 - c. El nivel de capacitación especializada en VD de la persona que realiza la intervención?
 - d. El modelo de intervención utilizado?
 - e. La interconexión de la intervención con otras ofertas de servicios a las familias?
 - f. Las características sociodemográficas de la población a intervenir?
 - g. Otras condiciones culturales o geográficas de la población a intervenir?
3. ¿Cuál es la efectividad de las intervenciones para prevención de daños del desarrollo infantil, basadas en visitas domiciliarias, sobre los indicadores de desarrollo infantil y de funcionamiento parental, en contextos de:
 - a. Maltrato infantil (físico, psicológico, negligencia y sexual)?
 - b. Psicopatología materna (considerando como mínimo: depresión en el embarazo o postparto, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, consumo abusivo de alcohol, consumo de sustancias)?
 - c. Condiciones especiales de cuidado (madres adolescentes, abuelos cuidadores)?

- d. Riesgo social (familias con varios factores de riesgo acumulado, o alto riesgo psicosocial, familias que viven en situación de indigencia o pobreza extrema)?
 - e. Familias de niños con necesidades medicas especiales o con discapacidad?
4. ¿Cuál es la costo-efectividad de las intervenciones para el fomento y la prevención de daños del desarrollo infantil, basadas en visitas domiciliarias?

3 Métodos

3.1 Enfoque metodológico y criterios para la interpretación de resultados

Se realizó una revisión sistemática de la literatura, cuyo insumo principal fueron revisiones sistemáticas ya existentes.

Para el análisis de efectividad es importante considerar que los estudios sobre VD son en general muy disímiles en cuanto a participantes, intervención y medidas de resultado. Desde un punto de vista estadístico, en la mayoría de las revisiones sistemáticas los análisis arrojaron alta heterogeneidad, lo que implica que las diferencias en los resultados entre estudios se explican no simplemente por azar, sino más probablemente, por variaciones en las características de los estudios.

Lo anterior determina que cuando se desea hacer una comparación, por ejemplo entre VD más cortas o más prolongadas, las fuentes de variación *entre* los estudios son muchas, no necesariamente cuantificables, y por lo tanto las únicas comparaciones realmente confiables son aquellas realizadas en forma directa, “cara a cara”, al interior de un mismo estudio. Esta misma heterogeneidad puede explicar también que en ocasiones existan resultados aparentemente contradictorios o poco coherentes respecto del mismo factor (por ejemplo que en unos estudios las VD por paraprofesionales parezcan tener mayor efecto que las realizadas por enfermeras, y que en otros estudios sea al revés).

Pese a esta limitación, varias de las revisiones procuraron, a través de comparaciones entre estudios, analizar interacciones, es decir, identificar atributos de las VD, características de los participantes o elementos de contexto que pudieran modificar el efecto de las VD. Ello es una forma de enfrentar las dificultades que plantea la validez externa de estos estudios (poder extrapolar sus resultados a un contexto distinto), asumiendo que serían estos factores los realmente generalizables, y no tanto la intervención específica que utilizó el estudio. Conocer estos atributos, es el supuesto, permitiría poder manejarlos para obtener mejores resultados.

El análisis de subgrupos combinando los resultados de varios estudios es una posibilidad que ofrecen los meta-análisis y que fue aplicada aquí en varios casos. En algunas

revisiones ello se realizó sobre estudios con cierta similitud (ej., en las revisiones Cochrane), pero en otras se combinaron grandes cantidades de estudios de diseños distintos y de características bastante disímiles. Existen métodos estadísticos que agregan robustez a dichos análisis, por ejemplo las técnicas de meta-regresión, porque permiten ajustar en parte los desbalances entre estudios en más de un aspecto. En otros casos, se recurrió simplemente a métodos de análisis estratificado (comparando luego los efectos aislados de los estratos entre sí), o bien a análisis univariados de subgrupos tipo ANOVA, regresión, u otros test de interacción, que permiten considerar en alguna medida el rol del azar como explicación de las diferencias. Las conclusiones a partir de estas formas de análisis deben ser cautelosas, porque en el mejor de los casos sólo llegan a corregir la confusión en forma muy parcial o rudimentaria.

Sin perjuicio de lo señalado, las comparaciones *entre estudios* ayudan a conocer el panorama global de la investigación en un área. En un contexto de tanta heterogeneidad, la forma de comparar resultados no pasa tanto por contrastar valores promedio, sino por apreciar la consistencia en la dirección de los efectos de los estudios individuales, la magnitud de los mismos, e identificar tendencias o patrones predominantes. Estimar entonces una magnitud promedio ponderada de los efectos de los estudios mediante técnicas meta-analíticas y lo que se pueda ganar en “precisión” (menor potencial de error aleatorio, un intervalo de confianza más estrecho) es bastante discutible, pese a lo cual, frente a diferencias amplias (por ejemplo TE cercanos a 0 en un subgrupo vs. TE de magnitud moderada o alta en el otro), se puede asumir que al menos parte de esa diferencia tiene relación con el atributo estudiado.

Simplificando, las comparaciones podrían calificarse en su nivel de confiabilidad de acuerdo al siguiente orden de precedencia:

- Comparaciones directas intra-estudio (ej., dos ramas de un ensayo clínico)
- Análisis de subgrupos intra-estudio
- Análisis estratificados (comparaciones indirectas) entre-estudios
- Análisis univariados (comparaciones indirectas) entre-estudios
- Análisis multivariados (ej., meta-regresión) entre-estudios

Respecto a la magnitud de los efectos, en los estudios que miden resultados cuantitativos, por ejemplo, el puntaje de una escala, el resultado corresponde simplemente a la diferencia entre los puntajes promedio de cada grupo. Si en un grupo el puntaje promedio fue 6 y en otro 9, el resultado neto es -3. Por lo tanto, cuando la diferencia de promedio entre los grupos es 0, ello implica que no hay efecto ni asociación (porque en ambos grupos el resultado fue el mismo). Mientras mayor la diferencia entre los valores de un grupo y otro, mayor será el efecto. No obstante, para valorar la magnitud de la diferencia debemos tener presente el rango de la escala utilizada. En términos sencillos, una diferencia de promedios de 1 punto en una escala de 0 a 10 sería equivalente a una diferencia de 20 puntos si la escala va de 0 a 200. Calificar la importancia clínica de las diferencias en los puntajes de escalas tampoco es simple, porque depende en parte de las propiedades de la escala, pero también de apreciaciones subjetivas. Investigaciones del

ámbito clínico sugieren que los investigadores suelen considerar relevantes diferencias bastante menores que las que exigiría un profesional de salud tratante, y que desde la perspectiva de los pacientes las diferencias deben ser aún mayores. Esto implica que si para un investigador una diferencia de 3 puntos puede ser “significativa”, quizás para el clínico lo mínimo que justifique aplicar la intervención sea un efecto equivalente a 6 puntos, y para el paciente pudieran ser 10 o más.

En los meta-análisis, para poder combinar estudios que utilizan escalas de distinto rango, es frecuente utilizar una medida de resultado conocida como *tamaño de efecto* (TE). El tamaño de efecto de un estudio se calcula dividiendo la diferencia de promedio entre los grupos, por alguna desviación estándar (DE), por ejemplo la DE promedio de los dos grupos, o la DE del grupo control. El resultado es una cifra que suele estar entre 0 y 1, pero puede ser superior a 1, por ejemplo 2 o 3. Lo que el TE refleja en términos simples, es a cuántas DE de distancia se encuentra el promedio de puntaje de un grupo, respecto del promedio del otro. Así, un TE de 0,5 implica que el resultado promedio del grupo experimental, está 0,5 DE sobre el resultado promedio del grupo control. Los TE son una medida adimensional, es decir, no están en una escala real que sea directamente interpretable. Sin embargo, a modo de orientación, Cohen propuso la ya clásica regla de interpretación según la cual los TE entre 0 y 0,2 se consideran bajos, entre 0,3 y 0,7 moderados, y de 0,8 o más altos.

En los estudios con variables de resultado dicotómicas, la magnitud del efecto se expresa generalmente mediante medidas de riesgo relativo, como el Riesgo Relativo propiamente tal (RR), o por alguna de sus variantes -tales como el Odds Ratio (OR) o el Hazard Ratio (HR), que para efectos prácticos pueden interpretarse igual que el RR-, y que resulta de dividir el riesgo en el grupo experimental, por el del grupo control. En estos casos, la ausencia de efecto o de diferencia entre los grupos está dada por el valor 1 (cuando el riesgo de presentar el desenlace es el mismo en ambos). ¿Cuándo un RR es clínicamente importante? Imposible establecer una norma general al respecto, en algunos casos disminuir un 10% el riesgo puede significar un impacto importante, mientras en otros casos menos de 50% de beneficio podría ser considerado poco alentador. Ello depende también no sólo de la diferencia en términos relativos, sino también en cifras absolutas. Un RR de 0,5 significa que con la intervención el riesgo del desenlace disminuye a la mitad, por ejemplo que la probabilidad de fracaso escolar se reduce de 40% a 20%, pero el mismo RR de 0,5 puede reflejar una disminución de 2% a 1% en otro desenlace que es menos frecuente. Como sea, y sólo a modo de orientación, posiblemente en la mayoría de los casos se puede considerar que un RR=0,75 (o RR=1,3 si el desenlace medido es beneficioso, y por lo tanto lo que se espera es que la intervención lo aumente) ya es clínicamente importante, que Riesgos Relativos de 0,5 o de 2,0 son de magnitud moderada, y que si son 0,25 o 4 pueden considerarse efectos altos. Además,

Sobre la interpretación de los intervalos de confianza (IC95%), hay que considerar por un lado su amplitud, que da una idea del margen de error aleatorio de la medición. En el caso de las variables continuas -promedios-, recordemos que la ausencia de efecto es 0, y que

en los RR es 1. Si el IC95% cruza esa línea implica además que el resultado no es estadísticamente significativo (ES). Para un RR, si el rango del IC95% comienza en un valor menor de cero y termina sobre 1, no es ES (ej., IC95% 0,5 - 2,3). Para una diferencia de medias, si el rango del IC95% comienza en un valor negativo y termina en uno positivo, no es ES (ej., IC95% -1,30 a 2,3), ambos signos deben ser iguales.

Respecto a la validez externa de los estudios, este tipo de intervenciones son “contexto-dependientes”, porque muchas variables del entorno, culturales, socioeconómicas, y otras pueden modificar la implementación de las intervenciones o los efectos de las VD. No se trata de efectos puramente biológicos, sino complejos. Esto hace difícil predecir el comportamiento de la intervención bajo condiciones distintas a las del estudio. No sigue una lógica determinista simple, y las modificaciones no necesariamente son lineales.

Por la misma razón, el efecto de las intervenciones puede sufrir variaciones a lo largo del tiempo por cambios en el contexto, por ejemplo por la introducción de otras medidas en forma concurrente o cambios en la oferta de servicios, o por una situación económica distinta, lo que limita la interpretación de los seguimientos de mediano o largo plazo.

Existe bastante evidencia empírica de que los estudios de menor calidad tienden a sobreestimar el efecto de las intervenciones, lo que traducido en políticas públicas podría llevar a malgastar recursos en medidas poco efectivas o simplemente inútiles. En oposición, los estudios de mejor calidad arrojan con mayor frecuencia resultados estadísticamente no significativos (NS). Los ejemplos sobre este tipo de sesgo son múltiples y lo esperable es que las investigaciones sobre VD no estén ajenas a ello. Esto refuerza la necesidad de que, frente a ambas variedades de estudio, se privilegie los resultados de los estudios aleatorizados, porque los estudios con diseños de inferior calidad posiblemente muestren efectos superiores en promedio a los reales. Por lo mismo, ha sido materia de debate en este tipo de revisiones “dónde detenerse” en cuanto al diseño de los estudios seleccionados. La mayoría da por sentado que limitar la revisión a los ensayos aleatorizados puede ser demasiado restrictivo, pero el límite inferior no ha sido fijado. Por otro lado, también se ha establecido que en gran parte de los casos los estudios observacionales coinciden al menos en la dirección de los efectos, con los resultados de los ensayos clínicos.ⁱⁱⁱ La cuestión no es menor. Algunos han denominado “*inverse evidence law*” al fenómeno de que la menor evidencia disponible sea precisamente la referida a las intervenciones que podrían tener mayor impacto potencial a escala de salud pública, mientras lo que se hace visible como evidencia de mayor peso sean estudios de bajo impacto masivo o poco generalizables, pero “metodológicamente correctos”.

Por último, no está demás recalcar que si bien los resultados de estas revisiones pueden entregar una síntesis lo más objetiva posible de la literatura, no constituyen una guía o recomendación definitiva. Esto último requiere un análisis de contexto, la concurrencia de expertos en el área, y de gente con experiencia práctica en VD.

3.2 Criterios de Inclusión y Exclusión

Se incluyó estudios publicados a partir de 2002 y hasta Abril de 2012, en inglés o español, que hubieran evaluado la efectividad de las VD solas o asociadas a otras formas de intervención (en cuyo caso las VD debían ser un componente predominante), y entregaran mediciones objetivas de las variables de resultado en las poblaciones especificadas. *Diseño*: se seleccionó en primer lugar revisiones sistemáticas, que incluyeran una clara descripción de sus métodos, y definición de los criterios de elegibilidad de los estudios incluidos en ellas.

Estudios de evaluación económica: estudios realizados en Chile, con diseño de minimización de costos, costo-efectividad, costo-utilidad o costo-beneficio, que cumplieran los 3 primeros criterios del instrumento del Critical Appraisal Skills Programme (CASP) para estudios de evaluación económica^{iv}, a saber: que planteen una pregunta bien definida, incluyan una descripción exhaustiva de las alternativas que se comparan, y que provean evidencia de que la intervención sería efectiva.

Se excluyeron los estudios sin datos suficientes o interpretables.

3.3 Búsqueda Bibliográfica

La búsqueda incluyó Medline, Lilacs, EMBASE, Psycinfo, CRD Databases, The Cochrane Library, sitios Web de organizaciones, Google (literatura gris), listas de referencias. Palabras clave: House Call[mh] OR home visit[tw].

Se utilizaron filtros para revisiones sistemáticas, estudios económicos y para estudios primarios de efectividad en Medline PubMed y EMBASE (para mayores detalles ver Anexos). En las restantes bases de datos la búsqueda se realizó primariamente a través de las palabras clave temáticas, y la selección se realizó manualmente según criterio de experto.

3.4 Análisis Crítico

Se efectuó un análisis de calidad de los estudios mediante el instrumento AMSTAR.^v La versión original del inglés fue traducida por los autores. Los resultados del análisis se presentan en Anexos.

3.5 Extracción de Datos y Síntesis de Resultados

Tres revisores participaron en la selección de los estudios y la extracción de datos. Se confeccionaron tablas resumen con las características generales de cada estudio y otras con sus resultados, desagregados de acuerdo a los tipos de desenlace, poblaciones,

contextos y variables secundarias consideradas en las preguntas de evaluación (ver Anexos).

Por último, se elaboraron síntesis cualitativas de resultados que resumen la evidencia encontrada para cada una de las preguntas formuladas.

4 RESULTADOS

4.1 Resultados de la búsqueda bibliográfica

Se identificó un total de 83 estudios de revisión potencialmente relevantes, de los cuales se seleccionaron finalmente 22 que cumplieron los criterios de inclusión. Se incluyó además dos estudios publicados de autores nacionales, correspondientes a un estudio de costoefectividad basado en un ECA, y un análisis secundario del mismo, por tratarse del único ensayo clínico aleatorizado realizado en Chile respecto a este tipo de intervenciones. La mayoría de los estudios relevantes exhibió una alta calidad metodológica, y se concentró en los últimos 10 años, especialmente en lo que a las revisiones sistemáticas se refiere.

4.2 Efectividad de las VD

4.2.1 Efectos sobre el desarrollo psicomotor

Cinco ensayos aleatorizados aportaron mediciones de resultados en este dominio, uno en madres adolescentes, otro en prematuros, y tres en mujeres con problemas de abuso de sustancias o alcohol. La mayoría utilizó el índice de desarrollo psicomotor de Bayley para evaluar el efecto de la intervención, escala de aplicación compleja pero altamente estandarizada, con buena confiabilidad, buena correlación con escalas afines, y diseñada para el rango etario (1 a 42 meses), si bien tiene menos propiedades psicométricas en las edades menores. Esta escala, no obstante es predictiva de retraso cuando se obtienen resultados bajo 2 DE, en el rango intermedio es menos sensible al cambio.

Para interpretar la importancia clínica de los resultados se han usado distintos patrones^{viviiviii}, por ejemplo, el ya señalado de 2 DE del promedio (la DE suele ser de 15 en estas mediciones). También se han fijado categorías de desarrollo psicomotor asociadas a intervalos de alrededor de 10 puntos del puntaje de la escala, se ha usado un criterio de al menos 8 puntos para calcular el TM en ensayos clínicos, o una diferencia de un 25% o un TE de 0,35 (5 o 6 puntos de diferencia) como referencias de un cambio clínicamente significativo.

De los 5 estudios, sólo uno de ellos tuvo un resultado positivo, con una DM de 7-8 puntos entre los grupos, y por lo tanto de posible significación clínica pero de escasa magnitud. Los otros estudios mostraron resultados más bien nulos, sin tendencias (uno mostró resultados ES a favor del grupo control).

Este número de estudios no permite sacar conclusiones sobre el comportamiento de subgrupos dentro del dominio.

4.2.2 Efectos sobre el desarrollo cognitivo

Múltiples revisiones sistemáticas aportaron resultados sobre este dominio, respecto de programas dirigidos a grupos específicos de riesgo (MacDonald 2008, Miller 2012, Spittle 2009, Turnbull 2012) desde edades tempranas postparto hasta en edad preescolar: madres adolescentes, familias de riesgo socioeconómico, familias con niños prematuros, mujeres con problemas de alcohol o drogas. Adicionalmente, también existen revisiones amplias no restringidas a poblaciones específicas (Nelson 2003, Sweet 2004).

Aquellas focalizadas en grupo específicos incluyeron exclusivamente ECA (n=13), utilizan variables de resultado bien identificadas -aunque muy heterogéneas- que abarcan desde los primeros meses de vida hasta los 6 años, y no encuentran hallazgos positivos prácticamente en ningún caso, ni tampoco tendencias en los efectos a favor o en contra de la intervención. La única excepción es una discreta diferencia a favor del grupo intervenido en uno de los ensayos (7 puntos, de un puntaje total promedio en torno a 100), en una medición del índice MDI de Bayley a 12 y 24 meses, que alcanzó un valor p límite (0,05).

Por su parte, las revisiones de tipo amplio abarcan estudios con diseños de menor rigor científico (por ejemplo estudios cuasiexperimentales), incluyendo una de ellas investigaciones no controladas, y proporcionan estimaciones de tamaños de efecto promedio ponderados, combinando un número alto de estudios de naturaleza heterogénea. Para ello construyen además indicadores de resultado compuestos, que mezclan diversas variables relacionadas con desarrollo cognitivo. De los tres resultados acumulados, dos son TE pequeños (0,18 y 0,30), y uno de magnitud moderada (0,52) referido a mediciones en la edad preescolar.

La revisión de Sweet exploró además a través de un análisis univariado si existía una diferencia en el TE promedio de los estudios sobre intervenciones dirigidas a grupos específicos de riesgo y aquellas para población universal, y si bien encontró que los primeros eran significativamente mayores, el efecto promedio en términos absolutos fue muy bajo (TE=0,16) y por lo tanto de dudosa importancia clínica.

Puestos en la balanza, la falta de efecto demostrado en los meta-análisis de ECA y la escasa magnitud de los efectos de las revisiones menos exigentes, hacen pensar que el impacto potencial de las intervenciones basadas en VD sobre este tipo de desenlaces es escaso o nulo.

4.2.3 Efectos sobre el desarrollo del lenguaje

El ensayo Memphis (ECA; VD prenatales y postnatales hasta los 2 años, en más de 1100 familias) no encontró resultados ES a 6 años de seguimiento, en logros de lectura y vocabulario.

La escasa pero bastante sólida evidencia que aporta este estudio, no sugiere que las VD impacten sobre este tipo de desenlace.

4.2.4 Efectos sobre el desarrollo afectivo

Los estudios y revisiones sistemáticas en esta área también han estado dirigidas principalmente a grupos específicos de riesgo, mujeres jóvenes o adolescentes, con riesgo socioeconómico. Existen además, nuevamente, las revisiones de Nelson 2003 y Sweet 2004, que aportan evidencia con menor confiabilidad, pero de mayor amplitud.

Cuatro ECA y un ECC en familias de riesgo social han arrojado resultados no significativos en mediciones de temperamento postintervención con cuestionario de Carey (a los 8 meses) y de conducta externalizante en seguimientos a 5 y 9 años de edad del niño.

En la revisión de Nelson 2003, que abarca un espectro amplio de diseños, también se construyó indicadores compuestos, que mezclan diversas variables relacionadas con desarrollo socioemocional, y reporta los resultados a edad escolar y en secundaria o posterior, con tamaños de efecto promedio de 0,27 y 0,33 respectivamente, es decir, de baja magnitud. Y Sweet 2004, en un meta-análisis menos selectivo aún, sobre casi 50 estudios, calcula un TE de apenas 0,096.

También en este caso, la falta de efecto demostrado en los ECA y la baja magnitud de los efectos de las revisiones menos exigentes, hacen pensar que el impacto potencial de las intervenciones basadas en VD sobre este tipo de desenlaces es mínimo o nulo.

4.2.5 Efectos sobre las habilidades sociales

Varios ECA han reportado resultados en este ámbito (Memphis Study 1997, Elmira Study 1986, Achenbach 1993, Butz 1998). En todos ellos, que evaluaron programas de VD orientados a mujeres con factores de riesgo, jóvenes o adolescentes, con seguimientos

hasta el comienzo de la edad escolar, no hubo hallazgos positivos en las mediciones relacionadas con destrezas y competencias sociales. Similares resultados han arrojado ensayos controlados no aleatorizados (St. Pierre 1999).

Del estudio Elmira (ECA) se han publicado resultados de seguimiento a 15 años, que no muestran diferencias en las tasas de actos antisociales menores, actos delictivos mayores, problemas psicosociales, pero sí algunos resultados positivos o mixtos (NS para algunas variables y ES en otras) en relación a conductas sexuales de riesgo, consumo de sustancias y en materia conflictos con la policía o la justicia. Dado que las tasas de estos eventos son en general bajas y que las pérdidas de seguimiento en estas mediciones a largo plazo fueron cercanas al 20%, los hallazgos señalados deben mirarse con cautela.

A lo anterior se puede agregar los resultados ya señalados de Sweet y Nelson en la esfera “socioemocional”, a partir de un conjunto heterogéneo de estudios y diseños, con resultados agrupados positivos pero de baja magnitud.

4.2.6 Efectos sobre la lactancia

Más de 20 ECA recopilados en 4 revisiones sistemáticas, tanto en mujeres de riesgo (adolescentes, madres con problemas de alcohol o drogas) como en población universal de madres de hijos sanos, entregan resultados respecto a lactancia.

Las variables de resultado utilizadas difieren ampliamente entre estudios, e incluyen mediciones que van desde el intento de amamantar al menos una vez, hasta la duración total de la lactancia, pasando por otras definiciones operacionales como el inicio de la lactancia en el hospital, la proporción de madres amamantando al alta o a los 6 meses, la suspensión de cualquier forma de lactancia a distintos plazos, la suspensión de lactancia exclusiva a distintos plazos, o la proporción de madres que no amamantan a los 6 meses.

Las revisiones sistemáticas focalizadas en grupos de riesgo muestran en general resultados NS. Los estudios en madres adolescentes (MacDonald 2008) no sugieren efecto alguno sobre el inicio de lactancia postparto, la duración de la lactancia, ni la prevalencia de lactancia a 6 meses. Los RR para estos desenlaces fueron cercanos a 1, por lo que la falta de SE no es atribuible en principio a falta de poder, sino más bien, a la falta de impacto de la intervención. El único resultado positivo, medido en uno de los ensayos de esta revisión, fue un mayor autoreporte de “intento de amamantar” al menos una vez en el primer año, el cual resulta de dudosa importancia clínica frente a los restantes indicadores evaluados. Igual cosa ocurrió con la revisión de Turnbull 2012 (2 ECA), sobre estudios en mujeres con problemas de alcohol o drogas, en quienes no se demostró efecto sobre la prevalencia de lactancia a 6 meses.

La revisión de Renfrew (2012) por su parte, recopiló 17 ECA realizados en países desarrollados en los que las VD fueron un componente principal de la intervención (de un

total de 52 estudios) dirigidos a mujeres con hijos sanos, en los que se midió variables relacionadas con lactancia. En este caso, pese a que en muchas de las comparaciones los estudios no alcanzaron significación estadística individualmente, se observó una clara tendencia a favor de la intervención en la mayoría de ellos. En las comparaciones del riesgo de suspensión de lactancia antes de las seis semanas de vida, en 12/15 ocasiones para cualquier forma de lactancia y en 13/14 para lactancia exclusiva, el RR favoreció a la intervención, aún cuando solamente 8 de ellas fueron ES. Similar cosa ocurrió con las mediciones a 6 meses, con un 90% (9/10) y un 100% (5/5) de estudios con resultados favorables, pese a lo cual solamente 4 fueron ES. La magnitud de los efectos detectados fue muy variable, con un rango de RR que osciló entre 0,1 y valores sobre 0,9.

4.2.7 Efectos sobre la salud física de los niños

a. Mortalidad

Varios ECA realizados en países desarrollados dirigidos a mujeres de riesgo socioeconómico (Kafatos 1991, Bryce 1991, Oakley 1990), no han encontrado diferencias significativas en la mortalidad neonatal producto de la intervención de VD. Si bien las tasas en estos casos son bajas (1%-2%), tampoco se observan tendencias favorables a la intervención.

Una revisión sistemática amplia (Gogia 2011) combinó 9 ECA realizados en países no desarrollados, y obtuvo un RR de mortalidad neonatal (meta-análisis): 0,72 (0,60 a 0,85). Otra similar, de Lassi 2010, combinó 12 estudios realizados en países no desarrollados, predominantemente ECA y algunos cuasi experimentales (varios también incluidos en Gogia 2011), y obtuvo un RR de mortalidad Infantil moderado (meta-análisis): 0.76 (IC95% 0.68 a 0.84).

b. Parto prematuro

Hodnett 2010 recopiló 11 ECA de países desarrollados en embarazadas de riesgo, en los que las intervenciones no se asociaron con disminución en la frecuencia de prematuros < 37 sem, mostrando ausencia de efecto en el análisis combinado y un RR=0,96. Un estudio adicional en Grecia, en mujeres rurales de bajo nivel SE, encontró una reducción ES del riesgo a la mitad, a favor de la intervención (RR≈0,5).

c. Bajo peso al nacer

Hodnett 2010 también incluyó 13 ECA que mostraron ausencia de efecto en el análisis combinado para peso al nacer de RN vivos < 2.500 g., con un RR=0,98. Ninguno de los 13 estudios presentó resultados ES.

d. Desarrollo pondo estatural

Un ECA de VD postparto a madres adolescentes encontró diferencias ES a favor de la intervención a 12 y 24 meses, con diferencias de 700 gr y 1,3 kg respectivamente, y de 2 cm de talla.

e. Seguridad en el hogar y lesiones

Al menos cinco ECA han evaluado programas de VD dirigidos a mejorar la seguridad ambiental en el hogar, medida a través de la escala HOME (que incluye una subescala sobre entorno físico de 0 a 7 puntos)^{ix} y otras formas de evaluación. Todos los estudios han entregado resultados ES. La magnitud de la asociación es baja o moderada en el caso de HOME (3 estudios), de uno o dos puntos de la subescala, y de mayor tamaño en los 2 estudios en los que se midió riesgos observados con otros instrumentos. Se debe considerar, sin embargo, que estos desenlaces son intermedios y no predicen necesariamente el riesgo de lesiones. Kendrick (2009) por su parte sintetizó los resultados de 15 estudios, 11 de ellos ECA, con medición del N° de lesiones atendidas por un médico o autoinformadas, obteniendo efectos en la misma dirección, bastante homogéneos, y con un RR combinado de 0,82 ES (aproximadamente un 20% menos de lesiones).

4.2.8 Efectos sobre el ingreso a la escuela

No se identificó estudios que aportaran resultados en este dominio, y cumplieran los criterios de inclusión.

4.2.9 Efectos sobre el bienestar parental-familiar

La revisión de Nelson sobre programas multicomponente basados en VD realizados en período preescolar, que incluye ECA y ensayos no aleatorizados, utilizó un indicador compuesto para medir bienestar parental-familiar durante la edad preescolar y escolar del niño (a los 8 años de edad promedio al término del estudio), y encontró TE promedio en torno a 0,3 en ambos casos, es decir, de baja magnitud. Un ECA adicional en el período postparto VD en mujeres sin factores riesgo psicosocial que utilizó la subescala de Salud Mental de SF-36, encontró una diferencia modesta aunque ES a favor del grupo intervención.

4.2.10 Efectos según las etapas del ciclo vital en se realiza la intervención

Existe un solo ECA que aporta una comparación directa entre un programa pre-postnatal y uno postnatal (Larson 1980), de VD dirigidas a mejorar una variedad de medidas de resultado relacionadas con la salud y seguridad ambiental. El estudio usó la escala HOME

(escala completa con todas sus subescalas) y encontró resultados ES favorables al programa pre-post natal, con DM de alrededor de dos puntos, a 12 y 18 meses. Esta escala se correlaciona con el desarrollo cognitivo, crecimiento, conductas mal adaptativas, competencias sociales posteriores –se ha medido a 36 meses-, y también con las conductas maternas^{x xi}, sin embargo, la magnitud del efecto observado es de dudoso impacto clínico.

Renfrew 2012 analizó más de 20 ECA y realizó comparaciones mediante análisis de subgrupos con test de interacción, de programas postnatales vs. pre-postnatales, y no encontró diferencias ES entre los subgrupos para suspensión de lactancia.

Bilukha por su parte ofrece un análisis estratificado de 26 ECA y estudios controlados no aleatorizados, según las VD hubieran sido prenatales, postnatales o pre-postnatales. Con dos tercios de los estudios NS y el resto positivos, los programas prenatales y postnatales mostraron efectos promedio muy similares, de una reducción en la incidencia de abuso/negligencia en torno al 20%. En las VD pre y post-natales, la reducción llegó a un 74%, aunque este grupo incluyó sólo 4 ECA, todos NS.

Por último una revisión de 181 estudios (Sweet 2004) de diverso diseño, correspondientes a 60 programas de VD, realizó mediante análisis univariado ANOVA o regresión, comparaciones entre estudios, según la edad promedio de los niños al término del programa. Los resultados combinados de los grupos de variables relacionadas con desarrollo cognitivo, maltrato infantil potencial, conductas parentales, y educación materna fueron NS en todos los casos.

En resumen, pese a que predominantemente no se encontró efectividad, existen algunos datos sugerentes de cierto mayor potencial de efecto con los programas pre y postnatales que los que abarcan sólo uno de los períodos. En cuanto a la edad promedio de los niños al término del programa, no parece asociarse a la magnitud de los efectos.

4.2.11 Efectos según la dosis y frecuencia de las visitas

Nelson, sobre 15 estudios y utilizando un análisis de varianza tipo ANOVA, comparó estudios sobre programas de VD de más de 1 año, con los de 1 año o menos, y encontró diferencias ES en los tamaños de efecto promedio ponderados, a favor de los programas de más de 1 año, y con TE muy bajos o nulos en los más breves, y moderados ($\approx 0,5$) en los más prolongados. Estos resultados incluyeron indicadores compuestos de desarrollo cognitivo y desarrollo socioemocional. El mismo resultado se obtuvo al comparar estudio sobre intervenciones de más de 300 sesiones vs. ≤ 300 .

Renfrew 2012 analizó más de 10 ECA y realizó comparaciones mediante análisis de subgrupos con test de interacción, de los programas según dosis y frecuencia de las VD:

menos de 4 contactos post natales vs. 4 a 8 vs. 9 o más, y no encontró diferencias ES ni tendencias de efecto dosis-respuesta entre los subgrupos para suspensión de lactancia.

Bilukha, en una comparación indirecta entre estudios, calculó la correlación de Spearman entre duración de la intervención y tamaño de efecto, y encontró una correlación positiva moderada, ES ($r=0,5$).

Sweet, en su análisis univariado ANOVA o regresión –según la variable- de 181 estudios, hizo también comparaciones entre estudios, según n° de visitas, duración de las VD (N° de horas) y la duración planificada del programa de VD. En cuanto al n° de visitas y la duración de las mismas, no se encontró asociación entre éstas y la magnitud de los efectos en los indicadores compuestos de maltrato infantil potencial, conductas parentales, ni de educación materna, y sólo identificó una leve tendencia de incremento en el efecto a mayor n° de visitas, en desarrollo cognitivo. Respecto de la duración planificada del programa de VD, los resultados fueron NS en todos los dominios, e inclusive en maltrato infantil potencial la relación fue discretamente negativa (a mayor duración del programa menor tamaño de efecto). Cabe destacar que en el contexto de una comparación indirecta entre estudios de tipo univariado, y con diseños dispares, la explicación de este hallazgo aparentemente paradójico es difícil y puede atribuirse a otras diferencias entre los programas, los contextos o las poblaciones estudiadas.

Los siete ECA de la revisión de Turnbull, de programas de VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas fueron analizados estratificadamente, según las VD hubieran abarcado un período de menos de 6 meses o se hubieran prolongado más allá de ese plazo. Los resultados del meta-análisis en cada estrato fueron predominantemente NS, y no muestran tampoco tendencias a favor de los programas más prolongados. Igual cosa ocurrió al comparar los programas con una frecuencia de VD al menos 1 vez por semana, con aquellos en que las VD fueron más distanciadas. Todos los efectos señalados estuvieron relacionados con el consumo de drogas o alcohol en la madre y su adherencia a los tratamientos.

Nievar, realizó un análisis estratificado sobre 29 ECA y estudios cuasi experimentales en mujeres de riesgo, comparando los estudios con frecuencia de VD “intensiva” (al menos 3 al mes) vs. aquellos con una frecuencia menor, y encontró TE promedio ponderados de magnitud moderada para los programas intensivos (0,58) y bajos (0,27) para los no intensivos, en desenlaces relacionados con conductas parentales y calidad del ambiente hogareño. El análisis de varianza fue ES para esta diferencia.

Por último, Gogia hizo una comparación de subgrupos por metarregresión (multivariable) sobre 9 ECA en países de bajos ingresos, cuya variable final fue la mortalidad neonatal, que si bien encontró diferencias de efecto en los casos extremos (entre el estudio con mayor número de VD y el con menos), en los 7 restantes no observó ninguna tendencia consistente.

La Tabla que sigue resume los principales hallazgos sobre la duración o intensidad de los programas, y su relación con el efecto de los mismos:

Referencia	Grupo 1	Grupo 2	Otras comparaciones	Resultado ES en favor de programa más intenso
Nelson, programas en niños de riesgo	Programas de más de 1 año: TE moderados	Programas de menos de 1 año: TE muy bajos o nulos	---	Si (desarrollo cognitivo y socioemocional)
Nelson, programas en niños de riesgo	Programas de más de 300 sesiones: TE moderados	Programas de menos de 300 sesiones: TE muy bajos o nulos	---	Si (desarrollo cognitivo y socioemocional)
Bilukha, VD por paraprofesionales, países desarrollados	Intervención ≥ 2 años: efecto beneficioso	Intervención < 2 años: sin efecto	Correlación (como variable continua)	Si (prevención violencia del niño, los padres y maltrato)
Nievar, estudios en mujeres de riesgo	Al menos 3 al mes: TE moderados	Menos de 3 al mes: TE bajos	---	Si (conductas parentales y calidad del ambiente hogar)
Renfrew, programas postparto mujeres sanas	9 o más contactos post natales: RR nulo o marginal	4 a 8 contactos post natales: RR nulo o marginal	Menos de 4 contactos post natales: RR nulo o marginal	NS (suspensión de lactancia)
Turnbull, programas postparto mujeres con problemas de alcohol o drogas	Más de 6 meses: sin efecto	Menos de 6 meses: sin efecto	---	NS (resultados maternos)
Turnbull, programas postparto mujeres con problemas de alcohol o drogas	Al menos 1 vez por semana: sin efecto	Menos de 1 vez por semana: sin efecto	---	NS (resultados maternos)
Sweet, análisis univariado de 181 estudios	---	---	Correlación con $>$ N° de visitas (como variable continua)	NS en todo (excepto leve tendencia positiva en desarrollo cognitivo)

En resumen, los estudios analizados muestran alguna evidencia a favor de:

- Programas de un mínimo de 1 año e idealmente más de 2.
- Programas de más de 300 sesiones.
- Programas con sesiones a una frecuencia semanal o al menos 3 veces al mes.

4.2.12 Efectos según el nivel de formación / capacitación especializada en VD de la persona que realiza la intervención

Renfrew 2012 analizó más de 20 ECA y realizó comparaciones de los programas mediante análisis de subgrupos con test de interacción, según la intervención fuera ejecutada por profesional (matrona, enfermera), no profesional (agente comunitaria), o ambas. Este autor encontró RR promedio de suspensión de lactancia muy similares en los 3 grupos (predominantemente NS) y con alta heterogeneidad.

Bilukha analizó estratificadamente 26 ECA y ensayos no aleatorizados según las VD fueran realizadas por enfermera, paraprofesionales, o trabajadores de salud mental. La reducción promedio en la incidencia de abuso/negligencia fue muy similar en las intervenciones por enfermera y trabajadores de salud mental (alrededor de 45% en ambas), y menor en las ejecutadas por paraprofesionales¹ (18%).

Sweet, en su análisis univariado de 181 estudios, comparó los resultados de los estudios según las VD fueron realizadas por profesionales, paraprofesionales o por no profesionales. En conductas parentales y educación materna no fue posible identificar diferencias, mientras que en desarrollo cognitivo y maltrato infantil potencial los hallazgos indican que las intervenciones por no profesionales no serían efectivas (TE NS y cercanos a 0). Entre profesionales y paraprofesionales no hubo diferencias consistentes.

En la revisión de Turnbull, de programas de VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas, de los siete ECA en 4 las VD fueron realizadas por enfermera, en 1 por consejero entrenado, y en 2 por trabajador no profesional entrenado. Los resultados del meta-análisis en cada estrato fueron predominantemente NS, y no muestran tampoco tendencias a favor de uno u otro agente. Los efectos señalados estuvieron relacionados con el consumo de drogas o alcohol en la madre y su adherencia a los tratamientos, desarrollo cognitivo y psicomotor.

Nievar, realizó un análisis estratificado sobre 29 ECA y estudios cuasi experimentales en mujeres de riesgo, comparando los estudios con visitantes profesionales vs. paraprofesionales, y no encontró diferencias significativas en los TE sobre conducta materna en ambos tipos de estudio.

Por último, al analizar estratificadamente los 5 ECA de la revisión de Priest según las visitas hubieran sido realizadas por enfermeras o por trabajadores de salud comunitarios, los 2 dirigidos por enfermeras encontraron resultados ES en relación a consumo de tabaco en los padres, mientras los 3 estudios que utilizaron no profesionales mostraron resultados NS. Igual cosa encontró Dennis en una comparación indirecta de 3 ECA en los que se midió depresión postparto, 2 con VD postparto realizadas por profesionales (enfermeras o matronas), y 1 ECA con VD entregadas por trabajador comunitario, donde las primeras mostraron efectos ES y el del agente no profesional resultó NS.

La Tabla siguiente resume los resultados antes mencionados separados por tipo de desenlace:

¹ Asistentes sin certificación profesional pero sí con algún tipo de formación y reconocimiento oficial para cumplir funciones específicas de apoyo a la atención de salud, educación, etc. El concepto se utiliza especialmente en EE.UU.

Referencia	Grupo 1	Grupo 2	Otras comparaciones	Resultado ES en favor de uno de los grupos
Renfrew, programas para <u>lactancia</u>	Profesional (matrona, enfermera)	No profesional (agente comunitaria)	Ambas	NS (suspensión de lactancia)
Sweet, <u>desarrollo cognitivo</u>	Profesionales: efecto positivo	Paraprofesionales: efecto positivo	No profesionales: sin efecto	Si, profesionales y paraprofesionales
Turnbull, <u>desarrollo cognitivo y psicomotor</u>	Enfermera	Consejero entrenado	Trabajador no profesional entrenado	No (escasos estudios)
Bilukha, programas para prevenir <u>abuso / negligencia</u>	Enfermera: -45% menor incidencia	Trabajadores de salud mental: -45%	Paraprofesionales: efecto menor, -18%	Si, enfermeras y trabajadores de SM
Sweet, <u>maltrato infantil</u> potencial	Profesionales: efecto de escasa magnitud	Paraprofesionales: efecto positivo moderado	No profesionales: sin efecto	Si, a favor de paraprofesionales
Sweet, <u>conductas parentales</u>	Profesionales	Paraprofesionales	No profesionales	No
Sweet, <u>educación materna</u>	Profesionales	Paraprofesionales	No profesionales	No
Turnbull, <u>conductas maternas</u> en consumo abusivo	Enfermera	Consejero entrenado	Trabajador no profesional entrenado	No (escasos estudios)
Nievar, <u>conductas maternas</u>	Profesionales	Paraprofesionales	-	No
Priest, <u>conductas parentales (tabaco)</u>	Enfermera: efecto positivo	Trabajador comunitario no profesional: sin efecto	-	Si (enfermera)
Dennis, <u>depresión</u> postparto	Profesionales (enfermeras o matronas): efecto positivo	Trabajador comunitario: sin efecto	-	Si, profesionales

Cabe recordar que las categorías de personal a cargo de las VD no son homogéneas entre estudios y las definiciones de “agente comunitario”, “paraprofesional” y “no profesional” pueden superponerse. En general, éstas derivan de estudios realizados en EE.UU., en los que el así llamado paraprofesional proviene en muchos casos de la propia comunidad intervenida y puede inclusive ser un sujeto beneficiado por el programa, que puede poseer educación secundaria o bachillerato, que recibe algún grado de entrenamiento en VD y tiene supervisión de un profesional. Por su parte, el “no profesional” en algunos casos es asimilable al paraprofesional, y en otros se define, por ejemplo, porque no posee entrenamiento específico en VD o porque no recibe supervisión directa.

A modo de síntesis, la evidencia disponible es sugerente de que:

- En promoción de lactancia el tipo de agente que realiza la VD no ha demostrado ser un factor modulador del efecto de la intervención
- Si bien cuando se analiza el efecto de las VD sobre la educación materna y las conductas parentales en general, el tipo de agente tampoco parece ser un factor

relevante, sí se ha observado diferencias a favor de las VD realizadas por enfermeras en desenlaces específicos como consumo de tabaco materno.

- En desenlaces relacionados con consumo de drogas y alcohol en mujeres con problemas por este concepto tampoco se ha detectado diferencias, pero ello pudiera ser atribuible a la escasez de estudios para hacer la comparación, por lo que no puede descartarse un posible efecto diferencial.
- Respecto de desarrollo cognitivo, si bien un programa basado en paraprofesionales podría mostrar logros, la mayor seguridad de efecto se daría cuando las VD son realizadas por profesional.
- En relación a abuso y maltrato potencial los hallazgos son más heterogéneos, pero las revisiones focalizadas en este tipo de desenlace sugieren que las VD realizadas por enfermera o trabajador de salud mental son más efectivas que aquellas atendidas por paraprofesionales.
- Por último, cuando se trata de la prevención de depresión materna, los efectos se han observado con profesionales y no con agentes comunitarios.

4.2.13 Efectos según el modelo de intervención utilizado

No se han publicado comparaciones confiables de la efectividad relativa de programas estructurados de VD entre sí, lo que es explicable por su heterogeneidad, y porque la cantidad y calidad de la evidencia disponible sobre cada uno difiere mucho, lo que conlleva un riesgo de sesgo importante (probablemente los programas mejor llevados posean también un esfuerzo de investigación mayor).

Al menos 2 ECA han realizado comparaciones directas (intra estudio) de programas de VD con o sin ciertos componentes específicos que pudieran modificar el efecto de las VD:

- a) Un ECA (Llewellyn 2003) que comparó VD que incluyeron un programa educativo para los padres sobre la crianza vs. VD sin dicho componente educativo (más una tercera rama sin VD) y que encontró diferencias ES a favor del primero en lo que respecta a la identificación de peligros dentro del hogar y de precauciones para reducir el riesgo de lesiones.
- b) Otro (Lumley 2006) que comparó una intervención de promoción de salud en mujeres de alto riesgo basada en VD pre-gestacionales con consejería activa vs. VD sin consejería activa, que no encontró diferencias significativas entre una y otra categoría de intervención, en variables relacionadas con la salud física del niño.

También se han realizado al respecto algunas comparaciones indirectas:

- c) Un meta-análisis de programas preventivos preescolares (Nelson 2003) comparó 10 estudios con un componente de seguimiento durante la escuela primaria vs. 17 sin seguimiento, mediante un análisis de varianza tipo ANOVA, y encontró una diferencia significativa a favor de los primeros, respecto del indicador compuesto de desarrollo cognitivo en edad escolar (TE promedio 0,4 vs. 0,2).
- d) La revisión de Sweet que abarca más de 60 programas de VD en grupos de riesgo psicosocial comparó a través de métodos de análisis univariado entre estudios, aquellos programas cuyo objetivo primario fuera expresamente el desarrollo infantil vs. programas con otros objetivos, y no encontró diferencias para ninguno de los desenlaces considerados (desarrollo cognitivo, maltrato infantil potencial, conductas parentales, educación materna).

Cuando la comparación fue, entre estudios en los que el objetivo primario del programa de VD fue la prevención de abuso vs. otro, los resultados sugieren un TE bastante mayor en los programas con ese objetivo específico definido, que en los que tienen otros objetivos primarios (TE 0,5 vs. 0,1 $p=0,056$). El desenlace en este caso fue un indicador combinado de los grupos de variables relacionadas con maltrato infantil potencial.

Al comparar los estudios en los que el objetivo primario del programa de VD fue el crecimiento materno (autosuficiencia, apoyo social, autoayuda) con los que no, los efectos positivos se produjeron precisamente sobre desenlaces maternos (conductas parentales, educación materna) y no sobre los del niño (desarrollo cognitivo, maltrato infantil potencial).

Por último, en la comparación de los programas con objetivo primario en los cuidados o atención de salud vs. otro, hubo diferencias favorables a los primeros en desarrollo cognitivo y conductas / actitudes parentales, y negativas en educación materna y maltrato infantil potencial. Este hallazgo es confuso, de poca aplicabilidad y cualquier interpretación corre el riesgo de ser puramente especulativa.

En síntesis, si bien existen resultados aislados respecto a componentes de las visitas como la inclusión de intervenciones educativas o consejería activa, los datos todavía son pocos para obtener conclusiones muy claras. Esto no implica falta de efecto, sino falta de evidencia, por lo que su inclusión en las VD no debiera inhibirse. Existe también evidencia que sugiere que los programas orientados a la prevención de abuso se benefician de tener objetivos explícitos al respecto, y que la orientación desde los objetivos primarios también es importante si lo que se desea potenciar son los efectos maternos o los del niño.

Modelos de programas de VD

Sin perjuicio de lo señalado al comienzo de esta sección, respecto de la dificultad y potencial de sesgo de las comparaciones entre modelos, y con el objetivo de ayudar a tomar decisiones operativas sobre esto, por ejemplo seleccionar un modelo a replicar, entregamos finalmente una síntesis de los resultados de un análisis comparativo de los 11 programas de EE.UU. más conocidos y mejor evaluados (Paulsell, revisión de 162 estudios de impacto y 122 de implementación). El criterio de los autores para seleccionar estos modelos se basó en la calidad y cantidad de estudios de impacto disponibles, específicamente la existencia de ensayos aleatorizados y estudios cuasiexperimentales, el tamaño muestral de los mismos, la disponibilidad de información sobre su implementación, y que su aplicación no hubiera estado limitada solamente a países en desarrollo.

De éstos 11 modelos, a su vez, se seleccionó 7 que cumplían condiciones para ser considerados un “modelo de entrega de servicios de VD para infancia temprana basado en evidencia”, en función de los resultados de impacto de los estudios disponibles:

Modelos preseleccionados	Modelos “basados en evidencia”(*)
Early Head Start–Home Visiting	✓
Family Check-Up	✓
Healthy Families America (HFA)	✓
Healthy Start–Home Visiting	X
Healthy Steps	✓
Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPY)	✓
Nurse Family Partnership (NFP)	✓
Parent-Child Home Program	X
Parents as Teachers (PAT)	✓
Resource Mothers Program	X
SafeCare	X

(*) Con al menos un estudio de impacto del modelo, de calidad alta o moderada, que haya encontrado un efecto favorable, estadísticamente significativo, en dos o más de los ocho dominios de resultado definidos, o al menos dos estudios de calidad alta o moderada, que hayan encontrado efecto favorable, estadísticamente significativo, en un mismo dominio. Como estudios de calidad alta se calificó en general los ensayos con asignación aleatoria y pocas pérdidas, y moderados a los ECA con alguna debilidad en el diseño, ejecución o análisis.

Los dominios de resultado considerados en el análisis fueron: a) salud del niño, b) salud materna, c) desarrollo infantil y preparación para la escuela, d) reducción en maltrato infantil, e) reducción en delincuencia juvenil, violencia familiar o crimen, f) prácticas parentales positivas, y g) autosuficiencia económica de la familia.

Además se distinguió desenlaces primarios (datos derivados de fuente primaria o por registro o instrumento estandarizado) de secundarios (otras medidas, ej., autoreporte no

estandarizado), duración del impacto menos o más de un año, si el efecto había sido replicado en otros estudios, hallazgos en subgrupos, y magnitud de los efectos.

Los resultados del análisis se muestran en las dos tablas siguientes, y muestran claramente que el modelo Nurse Family Partnership (NFP) es el que posee evidencia acumulada de un mayor número de impactos favorables demostrados en variables primarias (26 impactos, frente a 10 en el modelo Healthy Families America, que es el que le sigue, y a mucha distancia de los restantes modelos, que exhiben impactos favorables demostrados en 5 o menos mediciones primarias). Además, el NFP es el único modelo en el que los efectos han demostrado mantenerse un año o más después de terminada la intervención, y al mismo tiempo, sus efectos han sido replicados para un mismo dominio en más de un estudio. Sumado a ello, este modelo posee el espectro más amplio de efectos favorables, abarcando 6 de los 7 dominios evaluados (con la sola excepción de las medidas relacionadas con reducción en delincuencia juvenil, violencia familiar o crimen, en las que por lo demás ninguno de los programas ha demostrado ser efectivo de modo fehaciente).

Tras el NFP, los modelos que le siguen con una mejor combinación de atributos y del rango de dominios en los que han demostrado impacto, son el Healthy Families America (HFA) y el Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPY).

Tabla: Atributos de los 7 principales modelos de programas de VD

Modelo	Impactos en variables primarias	Efectos a más de un año de terminado	Replicado
Early Head Start–Home Visiting	✓	✓	-
Family Check-Up	✓	-	✓
Healthy Families America (HFA)	✓✓	-	✓
Healthy Steps	✓	-	-
HIPPY	✓	✓	✓
Nurse Family Partnership (NFP)	✓✓✓	✓	✓
Parents as Teachers (PAT)	✓	-	✓

Tabla: Dominios en que existe evidencia de impacto de los 7 principales modelos de programas de VD

Modelo	Salud niño	Salud mat.	Desenlaces favorables				
			Desarrollo	Maltrato	Violencia	Pract. Padres	Auto-suf.
Early Head Start–Home Visiting	-	-	✓	-	-	✓	-
Family Check-Up	-	-	✓	-	-	✓	-
Healthy Families America (HFA)	✓	-	✓	-	-	✓	-
Healthy Steps	✓	-	-	-	-	-	-
HIPPY	-	-	✓	-	-	✓	-
Nurse Family Partnership (NFP)	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓
Parents as Teachers (PAT)	-	-	✓	-	-	✓	-

a) salud del niño, b) salud materna, c) desarrollo infantil y preparación para la escuela, d) reducción en maltrato infantil, e) reducción en delincuencia juvenil, violencia familiar o crimen, f) prácticas parentales positivas, y g) autosuficiencia económica de la familia

4.2.14 Efectos según la interconexión de la intervención con otras ofertas de servicios a las familias

Bilukha comparó en forma estratificada 26 ECA y estudios no aleatorizados, según incluyeran sólo VD o fueran intervenciones multicomponente (por ejemplo agregan cuidados de salud, o transporte gratis, o intervenciones parentales grupales), y encontró una mayor reducción promedio en la incidencia de abuso/negligencia en los programas multicomponente (-46% vs. -32%), y también una menor proporción de estudios individuales NS, que en los que sólo se basan en VD.

Mediante análisis de subgrupos con test de interacción en más de 20 ECA, Renfrew 2012 comparó los programas según el tipo de contacto fuera exclusivamente cara a cara o incluyera además contacto de apoyo telefónico, y no encontró diferencias significativas entre los 2 subgrupos en el riesgo de suspensión de lactancia, además de una alta heterogeneidad.

El meta-análisis de programas preventivos preescolares de Nelson 2003 comparó 19 estudios en los que el programa de VD incluyó un componente educativo preescolar (educación directa a los niños) vs. 8 sin él. El autor encontró una diferencia significativa a favor de los primeros, en un indicador compuesto de desarrollo cognitivo en edad preescolar (TE promedio 0,5 vs. 0,1), aunque éste se vuelve NS en la edad escolar (TE promedio 0,3 vs. 0,2). Así, un componente educativo en la VD hacia los niños puede estimular su desarrollo cognitivo, al menos en el corto plazo.

En resumen, los programas de VD pueden verse potenciados por intervenciones externas a ellos, sin embargo, sinergias específicas entre distintos componentes son difíciles de establecer con los datos disponibles.

Como orientación para las decisiones de trabajo en red y de configuración del programa, y sólo considerando los datos aportados por estas revisiones:

- Apoyo telefónico y posiblemente métodos afines de reforzamiento no parecen efectivos (lo que es consistente, por ejemplo, con la baja tasa de respuesta a encuestas, cuando éstas son voluntarias).
- Otros componentes agregados a las VD potencian en general la intervención, y pueden sumarse o incorporarse durante las VD. Para identificarlos y seleccionarlos el Programa Chile Crece Contigo ha publicado sendas revisiones sistemáticas sobre la efectividad de las intervenciones para promoción del desarrollo infantil y prevención del daño al desarrollo.

4.2.15 Efectos según las características sociodemográficas de la población intervenida

No se identificó estudios que aportaran comparaciones adicionales a las presentadas, y cumplieran los criterios de inclusión. Mayoría de los estudios estuvo dirigido a poblaciones de riesgo de diversa índole. Respecto al nivel socioeconómico de las familias, ver punto 4.2.20 más adelante.

4.2.16 Efectos según otras condiciones culturales o geográficas de la población intervenida

No se identificó estudios que aportaran comparaciones adicionales a las presentadas, y cumplieran los criterios de inclusión. Mayoría de los estudios estuvo dirigido a poblaciones de riesgo de diversa índole. Pocos estudios en países de ingresos medios, la gran mayoría de países desarrollados (pero en poblaciones vulnerables), o en países pobres. Dada la variabilidad de los escenarios, no fue posible identificar patrones confiables, por ejemplo, sobre una eventual modificación de efecto asociada a la condición urbana o rural de las familias.

4.2.17 Efectos en contextos de maltrato infantil

Bilukha recopiló 11 ECA y 9 estudios prospectivos no aleatorizados, la mayoría realizados en EE.UU., que evaluaron VD post-parto a hogares de mujeres jóvenes o adolescentes, de bajos ingresos, clasificados en algunos casos como “en riesgo” de abuso infantil. Los criterios para la calificación de este riesgo variaron de un estudio a otro. Los autores analizan 26 comparaciones que abarcan los reportes de abuso confirmado y los que no. De éstas, en 19 la dirección del efecto fue favorable a la intervención (reducción en el porcentaje de reportes) y de una magnitud importante, aunque sólo 6 fueron ES individualmente.

En esta misma revisión se analizó por separado los resultados de informes confirmados de abuso infantil al término del seguimiento, en 6 estudios realizados en poblaciones de jóvenes o adolescentes de contextos clasificados, todos ellos, como de riesgo de abuso infantil. En este caso, de las 8 comparaciones realizadas, 6 mostraron un efecto favorable a la intervención, si bien sólo una resultó ES individualmente.

En la revisión de Sweet, 7 estudios (ECA y otros) que midieron abuso alcanzaron un TE combinado NS de 0,3, y 16 estudios que reportaron abuso potencial mostraron un TE combinado de 0,24 (ES, $p < 0.001$). Para este último desenlace -abuso potencial-, los autores realizan además un análisis univariado entre estudios, que comparó los

programas de VD dirigidos a familias en riesgo psicosocial vs. los dirigidos a población universal, encontrando TE de 0.355 y -0.011 respectivamente ($P < 0,01$ para la diferencia). Finalmente, también hicieron la comparación entre programas de VD dirigidos a padres de bajos ingresos vs. el resto de los programas, y también encontraron una diferencia de efecto a favor de las VD orientadas a población específica (TE: 0.354 vs. TE: 0.086, $P < 0,01$).

Finalmente, 3 ECA (Quinlivan 2000; Schuler 2000; Black 1994) sobre programas VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas reportan un menor uso de servicios de protección infantil (RR 0,38; ES) en un caso, un resultado ES también favorable a la intervención en la medición del Child Abuse Potential Inventory z-score en otro, y un resultado NS por falta de eventos de maltrato o descuido del niño (lesión no-accidental) en el tercero.

La Tabla siguiente resume los hallazgos principales para este contexto:

Referencia	Contexto	Desenlaces	Dirección de los resultados (resultado global)	Resultados ES en favor de la intervención
Bilukha	VD post-parto a mujeres jóvenes, de bajos ingresos	Reportes de abuso	A favor de la intervención (en 19 de 26 comparaciones)	Sí, en 6 comparaciones
Sweet	VD a familias en riesgo psicosocial o de bajos ingresos	Abuso potencial	A favor de la intervención	Sí
Quinlivan; Schuler; Black	VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas	Uso de servicios de protección infantil, abuso potencial, maltrato o lesiones no-accidentales	A favor de la intervención	Sí, en 2 de los 3 estudios

En síntesis, existe evidencia consistente de que las VD tienen efectos favorables en esta categoría de grupos de riesgo.

4.2.18 Efectos en contextos de psicopatología materna

a. Depresión y ansiedad en el embarazo o postparto

En el estudio Memphis (ECA) de VD en madres adolescentes, se midió depresión y ansiedad materna (por separado) usando escalas RAND y ambos resultados fueron NS. Por otra parte, hay al menos otros 3 ECA, que han mostrado resultados a favor de las VD, con reducciones absolutas en la prevalencia de depresión de alrededor de 10% en promedio (EPDS > 12 , escala validada aunque con gran variabilidad en su rendimiento -sensibilidad y especificidad- según el contexto, y ampliamente usada para tamizaje de depresión postparto^{xixiii}; requiere diagnóstico confirmatorio, ej., usando DSM IV). De estos tres, dos fueron ES, y existe un meta-análisis de los 3 que calculó un RR=0,68 (IC 95%: 0,54 a 0,84).

Un estudio mostró además una diferencia en el Parenting Stress Index a favor del grupo intervención.

Estos tres estudios amplían la gama de poblaciones, agregan VD en mujeres post parto sin factores riesgo psicosocial (población general), y otros grupos de riesgo, como mujeres post parto con riesgo de maltrato infantil o de disfunción familiar.

En síntesis, se puede concluir que existe potencial en las VD para modificar sensiblemente este tipo de resultado en distintos tipos de población.

b. Consumo abusivo de alcohol o drogas

Turnbull 2012 identificó 7 ECA sobre programas de VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas. La mayoría de los resultados combinados fueron NS. En materia de consumo tampoco se observó una tendencia protectora para la intervención (de hecho los estimadores puntuales de consumo favorecieron discretamente al grupo control), pero en cuanto a la inscripción en programas de tratamiento por drogas (RR de falla 0,45; NS), y de retención en el tratamiento a los 30 (RR de falla 0,54; ES) y 90 días (RR de falla 0,93; NS), si bien los resultados finales fueron NS en dos de estas mediciones, los RR sugieren un potencial efecto favorable de la intervención, que quizás podría confirmarse con estudios de mayor poder.

c. Otros (trastorno bipolar, trastorno de personalidad)

No se identificó estudios elegibles relacionados con este contexto.

4.2.19 Efectos en contextos de condiciones especiales de cuidado

a. Madres adolescentes

La evidencia en este caso proviene fundamentalmente de la revisión de MacDonald (2008), quien identificó 5 ECA que evaluaron la efectividad de las VD postparto a madres adolescentes, sobre diversos resultados –seleccionados a través de un panel de expertos– relacionados con aspectos importantes de la vida materna, crianza de los hijos, resultados psicosociales de las madres adolescentes, así como resultados del desarrollo del niño. A excepción de las vacunas, donde 2 estudios aportaron datos acumulables, no fue posible combinar estudios sobre otros desenlaces.

En general, la revisión detectó escasos resultados ES que apoyen la efectividad de las VD en este contexto. Respecto de resultados maternos, se encontró algunos efectos positivos en reiniciar educación, menor frecuencia de castigo y mayor de entrega de materiales de

juego a los niños. En el niño, un estudio reportó menor incidencia de lesiones no accidentales.

Los efectos parentales fueron NS, predominantemente NS, o de mínima magnitud en: depresión y ansiedad maternas, logro educacional / permanencia en colegio a mediano plazo, entorno del hogar (escala HOME), llanto, conflicto con los niños y regaños reportados por las madres, creencias sobre el abuso infantil (escala de Bavolek), reportes de abuso o abandono, lactancia, vacunaciones y controles de niño sano.

En cuanto al niño, los resultados fueron NS, predominantemente NS, o de mínima magnitud en diversos indicadores de desarrollo mental, logro académico e inteligencia, desarrollo psicomotor, lenguaje, destrezas sociales, conducta y actos antisociales.

En la misma línea, la revisión de Sweet, al comparar VD dirigidas a madres adolescentes vs. VD no dirigidas a madres adolescentes, los autores no encontraron efectos favorables a las primeras en los resultados combinados de los grupos de variables relacionadas con desarrollo cognitivo, maltrato potencial, ni conductas parentales.

En síntesis, la evidencia sugiere que el impacto potencial de las VD en la mayoría de los dominios de resultado es nulo o muy bajo en este grupo de riesgo, particularmente en las variables relacionadas con el desarrollo del niño, aunque tampoco son alentadores respecto de los desenlaces maternos, donde sólo se han reportado algunos efectos puntuales de dudosa importancia clínica y poco consistentes con otros hallazgos en el mismo dominio. A modo de ejemplo, si bien se ha encontrado un efecto favorable en la variable “reiniciar educación”, cuando se ha medido logro educacional o permanencia en colegio a mediano plazo no se ha demostrado impacto. Y no obstante se ha reportado menor frecuencia de castigo, no se ha observado efecto en las mediciones de llanto, conflicto con los niños y regaños, creencias sobre el abuso infantil, ni en las frecuencias de abuso o abandono.

b. Abuelos cuidadores

No se identificó estudios que aportaran comparaciones adicionales a las presentadas, y cumplieran los criterios de inclusión. Sólo un ensayo antes-después no controlado, con demasiado potencial de sesgo para obtener conclusiones de él tratándose de un estudio único.^{xiv}

c. Padres con discapacidad intelectual

La evidencia en este caso proviene fundamentalmente de la revisión de Coren (2010), que identificó 3 ECA que evaluaron la efectividad de las VD de entrenamiento parental para padres con discapacidad intelectual, sobre diversos resultados relacionados con habilidades de cuidado infantil y medidas de seguridad en el entorno.

Uno de estos estudios reportó una mejor interacción madre-hijo comparado con el grupo control usando la Nursing Child Assessment Teaching Scale (resultado ES). Otro reportó algunas mejoras ES en el conocimiento parental sobre comprensión de salud (escala UCLA), procedimientos de emergencias vitales y la habilidad para reconocer peligros (escala UCLA), pequeñas mejorías en uso seguro de medicamentos y en la identificación de medidas de precaución (pero no de implementación), y resultados NS en reconocimiento de signos de enfermedad infantil. El tercer estudio reportó mejoras ES en cuidado infantil y prácticas de seguridad.

Los estudios, lamentablemente, no reportan resultados de estas intervenciones en el niño, de manera que es difícil predecir el impacto de estos cambios en el desarrollo y salud infantil.

4.2.20 Efectos en contextos de riesgo social (pobreza)

La mayoría de los estudios de esta revisión han sido realizados en grupos vulnerables, con algún riesgo “psicosocial”. El foco en este caso es el riesgo específico asociado a la pobreza, que está menos estudiado, porque los principales estudios en volumen y calidad se han ejecutado en países desarrollados (*evidence inverse law*).

Parte de los análisis previos corresponden a estos contextos de riesgo en un sentido amplio. La revisión sistemática de Sweet realizó un análisis de subgrupos univariado, entre estudios, según las VD hubieran sido dirigidas a padres de bajos ingresos, o no.

Los resultados en desarrollo cognitivo y educación materna no variaron. En cuanto a maltrato infantil potencial y conductas parentales, fueron ES pero de baja magnitud y además discordantes, en maltrato los efectos fueron mayores en condiciones de bajos ingresos, y en actitudes parentales los programas para padres de bajos ingresos resultaron de efecto casi nulo.

Por lo anterior, la pobreza como tal, sin desconocer su rol, puede ser un factor menos predictivo de efecto que otros factores biopsicosociales desfavorables.

4.2.21 Efectos en contextos de familias de niños con necesidades médicas especiales o con discapacidad

La revisión de Sweet incluyó un análisis univariado entre estudios, que comparó los programas de VD dirigidos a familias con niños de bajo peso al nacer vs. VD no dirigidas a ese tipo de familias, y encontró diferencias significativas a favor de los primeros, en los resultados combinados de los grupos de variables relacionadas con desarrollo cognitivo (TE: 0,411 vs. TE: 0.089 $P < 0.01$) y con conductas / actitudes parentales (TE: 0,482 vs. TE:

0.083 $P<0.05$). Esto sugiere que para la población de familias con niños de bajo peso de nacimiento, las VD tienen un potencial de efecto bastante mayor sobre los desenlaces del niño y los parentales, que las VD focalizadas en otros grupos.

4.2.22 Efectos en el contexto de Chile

Aracena publicó recientemente los resultados de un ensayo clínico aleatorizado realizado en Santiago de Chile, en mujeres de 14 a 19 años de edad con un primer embarazo, en un contexto de pobreza extrema. Los dos grupos del ensayo ($n=45$ cada rama) recibieron atención prenatal estándar en consultorios del sistema público de salud, y el grupo experimental fue objeto además de un programa de VD a partir del tercer trimestre del embarazo y hasta el año de vida del niño. Cada madre recibió en promedio 12 VD de una hora de duración, realizadas por educadoras de salud entrenadas y supervisadas por profesionales de los consultorios.

Al término del seguimiento, el estudio encontró una diferencia de promedio en el cuestionario Goldberg (para detección de problemas de salud mental) post intervención de 2,9 puntos, de un rango aproximado de 20 puntos en la muestra. Esta diferencia fue calificada como ES por los autores. No obstante, la verdadera magnitud de la diferencia está dada por la suma de las variaciones en el estado de cada grupo desde la condición basal a la post intervención, la cual fue de 1,58 puntos (-0,3 en el grupo experimental y +1,22 en los controles), es decir, la mitad, y posiblemente NS (SE no calculada).

En salud del niño tampoco hubo efectos ES en cuadros respiratorios, estado nutricional, o diarrea. Ni en el coeficiente de desarrollo psicomotor (en ambos grupos se obtuvo similar promedio y más de 97% de desarrollo normal), coordinación, desarrollo social, lenguaje, funcionamiento familiar o abuso y negligencia (no hubo casos). Un análisis de subgrupo *post-hoc* mostró una asociación ES entre la intervención y el desarrollo “superior” de destrezas de lenguaje a favor de grupo intervención. Los autores también destacan una diferencia con valor $p=0,055$ en una comparación de 3 categorías de peso de los niños, que corresponde a la categoría de bajo peso.

En resumen, los hallazgos de este estudio no sugieren que exista un efecto significativo de las VD. Los resultados en desarrollo infantil son eminentemente nulos, y los resultados en subgrupos son marginales o de dudosa significación clínica, por lo que no pueden considerarse definitivos.

4.3 Costo-efectividad de las VD

Dadas las limitaciones y resultados del estudio nacional recién comentado, no es posible extraer conclusiones sobre la costoefectividad de este tipo de intervenciones en el medio nacional.

5 Conclusiones y recomendaciones

5.1 Desenlaces sobre los cuales las VD tienen mayor impacto potencial

- Lactancia
- Prevención de lesiones no intencionales

Existe evidencia de un bajo impacto de las intervenciones basadas en VD sobre el desarrollo psicomotor de los niños, medido con los instrumentos diseñados para edades tempranas. Los resultados son predominantemente NS, y la magnitud de los efectos observados en algunos estudios es poca y de dudosa importancia clínica. Lo mismo puede decirse de los resultados sobre desarrollo emocional, afectivo, cognitivo, del lenguaje y social, que son poco alentadores.

Cabe preguntarse en estos casos, si existe evidencia positiva de la falta de efecto, o bien podría tratarse de falta de evidencia, y por lo tanto lo que existe es simplemente incertidumbre. Los resultados parecen sugerir lo primero. Con excepción del desarrollo del lenguaje, para el que sólo se identificó un estudio, en las restantes dimensiones existe un número suficiente de estudios de buena calidad con resultados consistentemente NS.

Respecto a lactancia las revisiones sistemáticas focalizadas en grupos de riesgo muestran en general resultados NS. Por el contrario, en los estudios dirigidos a mujeres con hijos sanos se observó una clara tendencia a favor de la intervención, aunque la magnitud del efecto fue muy variable.

Si bien en países no desarrollados existen resultados favorables a las VD en algunas dimensiones de salud física, los estudios en contextos más similares a Chile arrojan en general resultados NS sobre la mortalidad infantil o neonatal, sobre la incidencia de parto prematuro, y el riesgo de bajo peso de nacimiento. Sobre desarrollo físico en términos de peso y talla no hay datos suficientes en la literatura revisada, para extraer conclusiones válidas.

Las VD parecen modificar favorablemente las condiciones de seguridad en el hogar, y ya sea por ese mecanismo u otros, son efectivas en la prevención de lesiones no intencionales. También parecen tener algún efecto, aunque modesto, sobre el bienestar familiar en general.

Respecto a las perspectivas de ingreso a escuela para los niños, no se identificó estudios que aportaran resultados en este dominio.

5.2 Atributos y condiciones de las VD que se asocian un mayor efecto potencial

- Programas pre y postnatales, respecto de los que abarcan sólo un período
- VD ejecutadas por profesionales
- Programas orientados primariamente a la prevención del abuso

Existen algunos datos sugerentes de cierto mayor potencial de efecto con los programas pre y postnatales que los que abarcan sólo uno de los períodos.

En relación a la dosis y frecuencia de las VD, la evidencia indica que para que resulten efectivos, los programas a base de VD deben extenderse por tiempos prolongados (idealmente 2 años o más), con una frecuencia de visitas intensiva.

Las visitas ejecutadas por profesionales ofrecen mayor seguridad de obtener efecto que las realizadas por no profesionales o agentes comunitarios, especialmente en lo que a maltrato o abuso infantil se refiere.

Es difícil obtener comparaciones confiables de la efectividad relativa de programas estructurados de VD entre sí, y de componentes específicos con los que dotar un programa para mejorar su efectividad. Entre esto último, parece posible orientar los resultados de los programas predominantemente hacia la madre o más directamente hacia el niño, a partir de sus objetivos y el diseño de la intervención. Frente a distintas opciones ante las que elegir, los programas orientados explícitamente a la prevención del abuso pueden tener, aparentemente, mayor potencial de éxito que aquellos sin ese foco específico.

De los modelos estructurados existentes, principalmente el *Nurse Family Partnership*, y en menor medida el *Healthy Families America* y el *Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters* son los que poseen mayor respaldo de impacto, apoyados por estudios metodológicamente confiables.

En relación a la conveniencia de incorporar en los programas otras ofertas de servicios a las familias, los modelos multicomponente ofrecen mayores expectativas de éxito y de impacto que las intervenciones basadas exclusivamente en VD.

5.3 Contextos en los que las VD tienen mayor impacto potencial.

- Población de riesgo de abuso infantil
- Población de embarazadas con riesgo de depresión o ansiedad
- Padres con discapacidad intelectual
- Familias con niños de bajo peso de nacimiento

La evidencia acumulada de múltiples estudios de buena calidad indica que los programas de VD orientados a población de riesgo pueden prevenir en alguna proporción el abuso infantil.

Existe potencial en las VD para disminuir el riesgo o depresión y ansiedad en el embarazo o postparto en distintos tipos de poblaciones, universal y de riesgo.

En contextos de consumo abusivo de alcohol o drogas la evidencia sugiere que las VD no poseen efectos positivos sobre consumo o disposición y adherencia a tratamiento.

Sobre madres adolescentes, la revisión detectó escasos resultados ES que apoyen la efectividad de las VD en este contexto. Y respecto de abuelos cuidadores, no se identificó estudios.

Las VD dirigidas a padres con discapacidad intelectual pueden mejorar algunas habilidades de cuidado infantil y medidas de seguridad en el entorno, aunque el impacto de las mismas sobre el desarrollo del niño son inciertas.

Un contexto de pobreza tampoco parece ser un buen predictor por si mismo de un mayor impacto de los programas de VD.

Por el contrario, los resultados sugieren que para la población de familias con niños de bajo peso de nacimiento, las VD tienen un potencial de efecto bastante mayor sobre los desenlaces del niño y los parentales, que las VD focalizadas en otros grupos.

5.4 Recomendaciones

Promoción del desarrollo infantil

- a. Dada la evidencia positiva de falta de efecto o de efectos de escasa magnitud de las VD en general sobre el desarrollo infantil, tanto en desarrollo emocional, afectivo, cognitivo, del lenguaje, como social, una primera recomendación es que desde una perspectiva de salud pública, una estrategia de intervención basada en VD para la promoción del desarrollo tendría una costoefectividad muy dudosa y no parece aconsejable.
- b. Pese a ello, las VD son una herramienta efectiva para la promoción de la lactancia en población general de mujeres sanas sin riesgos específicos. De allí que, condiciones de baja adherencia a la lactancia pueden ser enfrentadas con programas de VD de orientación promocional, inclusive a través de agentes no profesionales (ver más adelante). Este tipo de programas se puede realizar a través de un número limitado de

contactos postnatales. La evidencia no demuestra que exista una relación dosis respuesta entre el número de visitas y la magnitud del efecto en estos casos, por lo que un diseño a base de 4 a 8 visitas, que corresponde al rango intermedio de intensidad de los programas, pudiera ser un número razonable.

Prevención

- c. Las VD están recomendadas como estrategia de intervención para:
- 1) La prevención del abuso y maltrato, en familias con riesgo de este tipo de evento.
 - 2) La prevención de la depresión en el embarazo o postparto en grupos de riesgo de depresión.
 - 3) Mejorar la seguridad del entorno del niño en familias con padres con discapacidad intelectual.
 - 4) Prevenir lesiones no intencionales en niños con condiciones de alto riesgo para este tipo de accidente (ej., madres solas, pobreza extrema).
 - 5) Las madres/familias de niños de bajo peso de nacimiento.
- d. Respecto de desarrollo infantil, si bien la conclusión general es que existe un bajo impacto potencial de las VD sobre estos desenlaces, también es cierto que algunos modelos específicos de programas de VD han mostrado resultados en este ámbito. De acuerdo a ello, la recomendación es que, si se plantea una mejora en este tipo de indicadores como objetivo de la intervención, el diseño debiera orientarse a replicar modelos exitosos, tales como el modelo *Nurse Family Partnership*, y secundariamente, los modelos *Healthy Families America* y *Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters*. Adicionalmente, también podría asegurar un mayor impacto dar a los programas un carácter multicomponente, agregando o incorporando en las VD otras formas de intervención efectivas, utilizando la evidencia de que dispone Chile Crece Contigo por revisiones sistemáticas previas.
- e. Respecto a la oportunidad y duración de las VD en estos grupos, la recomendación es extenderlas por un mínimo de 1 año e idealmente 2 o más, con sesiones semanales o al menos 3 veces al mes. Cuando sea posible además, los programas debieran iniciarse preferentemente en el período prenatal y no solamente después del parto.

Perfil del personal a cargo de las VD

- f. Privilegiar las VD realizadas por profesionales cuando las VD están orientadas primariamente a generar impactos sobre desarrollo cognitivo, a la prevención de depresión materna, y posiblemente también (aunque la evidencia sobre ello es escasa y no concluyente), resulte prudente extrapolar esta recomendación a las situaciones donde el abuso materno de drogas o alcohol sea un factor de contexto importante.

- g. Por el contrario, cuando el foco de las VD sea promover la lactancia materna, este componente del programa podría ser delegado en agentes no profesionales y comunitarios, sin un riesgo mayor de afectar su efectividad.
- h. Como sea, dado que la validez externa de los estudios es limitada en lo que al tipo de persona a cargo de las VD se refiere, por las diferencias culturales y de perfil de formación de la gente entre otros países y el nuestro, el diseño de VD basadas total o parcialmente en figuras asimilables a un “paraprofesional” o en agentes no profesionales debiera realizarse bajo supervisión profesional, acompañada de capacitación específica en VD, y con monitoreo de su impacto o bajo condiciones controladas con fines de investigación.

Estas recomendaciones representan la visión personal de los autores a partir de la evidencia encontrada y no consideran necesariamente, aspectos particulares del contexto nacional que pueden ser importantes. Se sugiere validarlas mediante revisión por pares externos, expertos temáticos en VD del ámbito local y por tomadores de decisión.

6 Referencias

6.1 Estudios incluidos en la revisión

1. Bilukha O., Hahn R.A., Crosby A., Fullilove M.T., Liberman A., Moscicki E., Snyder S., Tuma F., Corso P., Schofield A., Briss P.A. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 28 (2 SUPPL. 1) (pp 11-39), 2005.
2. Coren, Esther. Hutchfield, Jemeela. Thomae, Manuela. Gustafsson, Carina. Parent training support for intellectually disabled parents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2, 2011.
3. Dennis, CindyLee. Creedy, Debra K. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4, 2008.
4. Doggett Catherine, Burrett Sara L, Osborn David A. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd 2008; Issue 4
5. Gogia S., Ramji S., Gupta P., Gera T., Shah D., Mathew J.L., Mohan P., Panda R. Community based newborn care: A systematic review and meta-analysis of evidence: UNICEF-PHFI series on newborn and child health, India. *Indian Pediatrics*. 48 (7) (pp 537-546), 2011.
6. Hodnett, Ellen D. Fredericks, Suzanne. Weston, Julie. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 6, 2010.

7. Hollowell J., Oakley L., Kurinczuk J.J., Brocklehurst P., Gray R. The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and preterm birth in socially disadvantaged and vulnerable women in high-income countries: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*. 11 (pp 13), 2011.
8. Kendrick, Denise. Barlow, Jane. Hampshire, Amanda. Polnay, Leon. Stewart-Brown, Sarah. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2009.
9. Lassi, Zohra S. Haider, Batool A. Bhutta, Zulfiqar A. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 11, 2010.
10. Lumley, Judith. Chamberlain, Catherine. Dowswell, Therese. Oliver, Sandy. Oakley, Laura. Watson, Lyndsey. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, 2009.
11. Macdonald, Geraldine. Bennett, Cathy. Dennis, Jane A. Coren, Esther. Patterson, Jacoby. Astin, Margaret. Abbott, Joanne. Home-based support for disadvantaged teenage mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2008.
12. Miller, Sarah. Maguire, Lisa K. Macdonald, Geraldine. Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 03, 2012.
13. Nelson, G., Westhues, A., & MacLeod, J. (2003). A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children. *Prevention and Treatment*, 6 (December)
14. Nievar M.A., Van Egeren L.A., Pollard S. A meta-analysis of home visiting programs: Moderators of improvements in maternal behavior. *Infant Mental Health Journal*. 31 (5) (pp 499-520), 2010.
15. Paulsell, D., Avellar, S., Sama Martin, E., & Del Grosso, P. (2010). Home Visiting Evidence of Effectiveness Review: Executive Summary. Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC.
16. Priest, Naomi. Roseby, Rob. Waters, Elizabeth. Polnay, Adam. Campbell, Rona. Spencer, Nick. Webster, Premila. Ferguson-Thorne, Grace. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4, 2008.
17. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub4.
18. Shaw E., Levitt C., Wong S., Kaczorowski J. Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*. 33 (3) (pp 210-220), 2006.
19. Spittle, Alicia. Orton, Jane. Doyle, Lex W. Boyd, Roslyn. Early developmental intervention programs post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2009.

20. Sweet M.A., Appelbaum M.I. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*. 75 (5) (pp 1435-1456), 2004.
21. Turnbull, Catherine. Osborn, David A. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2012.
22. Whitworth, Melissa. Dowswell, Therese. Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4, 2009.
23. Aracena M, Leiva L, Undurraga C, Krause M, Pérez C, Cuadra V, Campos MS, Bedregal P. [Effectiveness of a home visit program for adolescent mothers and their children]. *Rev Med Chil*. 2011 Jan;139(1):60-5. Epub 2011 Apr 11. Spanish. PubMed PMID: 21526318.
24. Aracena M, Krause M, Pérez C, Méndez Mj, Salvatierra L, Soto M, Pantoja T, Navarro S, Salinas A, Farah C, Altimir C. A Cost-Effectiveness Evaluation Of A Home Visit Program For Adolescent Mothers. *J Health Psychol*. 2009 Oct;14(7):878-87. Pubmed Pmid: 19786514.

6.2 Estudios excluidos de la revisión

1. Ammerman R.T., Putnam F.W., Bosse N.R., Teeters A.R., Van Ginkel J.B. Maternal depression in home visitation: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. 15 (3) (pp 191-200), 2010.
2. Ashworth A., Shrimpton R., Jamil K. Growth monitoring and promotion: Review of evidence of impact. *Maternal and Child Nutrition*. 4 (SUPPL.1) (pp 86-117), 2008.
3. Bahl R., Qazi S., Darmstadt G.L., Martines J. Why Is Continuum of Care from Home to Health Facilities Essential to Improve Perinatal Survival?. *Seminars in Perinatology*. 34 (6) (pp 477-485), 2010.
4. Banwell C., Denton B., Bammer G. Programmes for the children of illicit drug-using parents: Issues and dilemmas. *Drug and Alcohol Review*. 21 (4) (pp 381-386), 2002.
5. Barlow, Jane. Coren, Esther. Stewart-Brown, Sarah. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2009.
6. Barlow, Jane. Johnston, Isabelle. Kendrick, Denise. Polnay, Leon. Stewart-Brown, Sarah. Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4, 2008.
7. Barlow, Jane. Smailagic, Nadja. Bennett, Cathy. Huband, Nick. Jones, Hannah. Coren, Esther. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, 2011.
8. Bayer J., Hiscock H., Scalzo K., Mathers M., McDonald M., Morris A., Birdseye J., Wake M. Systematic review of preventive interventions for children's mental health: What would work in Australian contexts?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 43 (8) (pp 695-710), 2009.
9. Bennett, Cathy. Macdonald, Geraldine. Dennis, Jane A. Coren, Esther. Patterson, Jacoby. Astin, Margaret. Abbott, Joanne. Home-based support for disadvantaged adult mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2008.

10. Cooper, Carolyn. Wheeler, Danielle M. Woolfenden, Susan. Boss, Trish. Piper, Susan. Specialist home-based nursing services for children with acute and chronic illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2009.
11. De Oliveira Mi, Camacho La, Tedstone Ae. Extending Breastfeeding Duration Through Primary Care: A Systematic Review Of Prenatal And Postnatal Interventions. *J Hum Lact*. 2001 Nov;17(4):326-43. Review. Pubmed Pmid: 11847902.
12. Deanna S. Gomby. HOME VISITATION IN 2005: OUTCOMES FOR CHILDREN AND PARENTS. July 18, 2005. Deanna Gomby Consulting. Invest in Kids Working Paper No. 7 Committee for Economic Development. Invest in Kids Working Group www.ced.org/projects/kids.shtml
13. Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ* 2005; 331: 15-21
14. Diggle, Tim T J. McConachie, Helen H R. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2009.
15. Drummond J.E., Weir A.E., Kysela G.M. Home visitation programs for at-risk young families. A sytematic literature review. *Canadian Journal of Public Health*. 93 (2) (pp 153-158), 2002.
16. Dyson, Lisa. McCormick, Felicia M. Renfrew, Mary J. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4, 2008.
17. Ellis, Jill M. Logan, Stuart. Home based, parent mediated, early educational intervention for children with, or biologically at risk of, developmental disability. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, 2011.
18. Evanson Ta. Addressing Domestic Violence Through Maternal-Child Health Home Visiting: What We Do And Do Not Know. *J Community Health Nurs*. 2006 Summer;23(2):95-111. Review. Pubmed Pmid: 16643099.
19. Gogia S, Sachdev HS. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88(9): 658-666B
20. Gonzalez A, Macmillan HI. Preventing Child Maltreatment: An Evidence-Based Update. *J Postgrad Med*. 2008 Oct-Dec;54(4):280-6. Review. Pubmed Pmid: 18953147.
21. Granado-Villar D.C., Boulter C.S.C., Brown J.M., Gaines B., Gitterman B.A., Gorski P.A., Katcher M.L., Kraft C.A., Marino R.V., Sokal-Gutierrez K.B. The role of preschool home-visiting programs in improving children's developmental and health outcomes. *Pediatrics*. 123 (2) (pp 598-603), 2009. Date of Publication: February 2009.
22. Gray R., McCormick M.C. Early childhood intervention programs in the US: Recent advances and future recommendations. *Journal of Primary Prevention*. 26 (3) (pp 259-275), 2005.
23. Hahn R.A., Bilukha O.O., Crosby A., Fullilove M.T., Liberman A., Moscicki E.K., Snyder S., Tuma F., Schofield A., Corso P.S., Briss P. First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: early childhood home visitation. Findings from the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control*. 52 (RR-14) (pp 1-9), 2003.

24. Hannula L., Kaunonen M., Tarkka M.-T. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*. 17 (9) (pp 1132-1143), 2008.
25. Hodnett, Ellen D. Roberts, Ian. Home-based social support for socially disadvantaged mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, 2005.
26. HOME VISITATION BEST PRACTICES: A REVIEW OF THE LITERATURE LPC Consulting Associates, Sacramento, CA., para Birth and Beyond. May 2007.
27. Issel LM, Forrestal SG, Slaughter J, Wiencrot A, Handler A. A review of prenatal home-visiting effectiveness for improving birth outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2011; 40(2): 157-165
28. Issel, L. Michele; Forrestal, Sarah G.; Slaughter, Jaime; Wiencrot, Anna; Handler, Arden. A review of prenatal home-visiting effectiveness for improving birth outcomes.[Journal Article]*Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing: Clinical Scholarship for the Care of Women, Childbearing Families, & Newborns*, Vol 40(2), Mar-Apr 2011, 157-165. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01219.x.
29. Jahanfar, Shayesteh. Janssen, Patricia A. Howard, Louise. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 11, 2011.
30. Janson S. Home visitation: From sanitary control to support of the young family. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. 91 (5) (pp 505-506), 2002.
31. Julie Bull, Geraldine McCormick, Catherine Swann, Caroline Mulvihill. Ante- and post-natal home-visiting programmes: a review of reviews. Evidence briefing. 1st Edition, February 2004. Health Development Agency, NHS.
32. Kendrick D., Barlow J., Hampshire A., Stewart-Brown S., Polnay L. Parenting interventions and the prevention of unintentional injuries in childhood: Systematic review and meta-analysis. *Child: Care, Health and Development*. 34 (5) (pp 682-695), 2008.
33. Kendrick D., Elkan R., Hewitt M., Dewey M., Blair M., Robinson J., Williams D., Brummell K. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Archives of Disease in Childhood*. 82 (6) (pp 443-451), 2000.
34. Kotliarenco, María A; Gómez, Esteban; Muñoz, María M; Aracena, Marcela. Características, efectividad y desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana. *Rev. salud pública*;12(2): 184-196, ND.
35. Leis J.A., Mendelson T., Tandon S.D., Perry D.F. A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*. 12 (1) (pp 3-13), 2009.
36. Logsdon Mc, Davis Dw. Paraprofessional Support For Pregnant & Parenting Women. *Mcn Am J Matern Child Nurs*. 2004 Mar-Apr;29(2):92-7; Quiz 98-9. Review. Pubmed Pmid: 15028915.
37. Lumbiganon, Pisake. Martis, Ruth. Laopaiboon, Malinee. Festin, Mario R. Ho, Jacqueline J. Hakimi, Mohammad. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 12, 2011.

38. Macdonald, Geraldine. Bennett, Cathy. Higgins, PT Julian. Dennis, Jane A. Home visiting for socially disadvantaged mothers. Cochrane Database of Systematic Reviews. 10, 2010.
39. McKenzie L, Ellis M. Community-based interventions to improve neonatal survival in low-resource settings. *Ann Trop Paediatr*. 2011;31(3):191-9. Review. PubMed PMID: 21781412.
40. McNaughton D B. Nurse home visits to maternal-child clients: a review of intervention research. 2004; 21(3): 207-219
41. Mikton C., Butchart A. Child maltreatment prevention: A systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*. 87 (5) (pp 353-361), 2009.
42. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Mental. Orientaciones técnicas visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia/ Home visit technical guidance for the development of childhood biopsychosocial. Santiago de Chile; Chile. Ministerio de Salud; 2008. 99 p.
43. Moraga C, Moreno G. Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la prevención de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años, revision sistemática de la literatura. Medwave Estudios para el Ministerio de Salud. Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades. 2007
44. Moraga C, Moreno G. Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la promoción de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años, revision sistemática de la literatura. Medwave Estudios para el Ministerio de Salud. Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades. 2007
45. Newland R, Baldwin S, Demeza K. Changing Practice: A Review Of The First Contact Service. *Community Pract*. 2006 Oct;79(10):319-23. Pubmed Pmid: 17061662.
46. Nygren P., Nelson H.D., Klein J. Screening children for family violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of family medicine*. 2 (2) (pp 161-169), 2004.
47. O'brien Ra. Challenges In Translating An Evidence-Based Home Visitation Program Into Public Health Practice. *Can J Nurs Res*. 2009 Dec;41(4):101-8. Pubmed Pmid: 20191717.
48. O'Connor K.S., Mowat D., Scott H., Larson M., Horton N., Galbraith A. Routine home visits may not be needed for postpartum care in low-risk cases. *Evidence-Based Healthcare*. 7 (4) (pp 182-184), 2003.
49. Olds D.L., Sadler L., Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 48 (3-4) (pp 355-391), 2007.
50. Organización Mundial de la Salud; UNICEF. Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival. Geneva; OMS; 2009. 7 p. ilus, graf. (WHO/FCH/CAH/09.02).
51. Putrajaya: Health Technology Assessment Section, Ministry of Health Malaysia (MaHTAS). Home visiting. Health Technology Assessment Section, Ministry of Health Malaysia (MaHTAS) 2000.
52. Salinsky E. Home, But Not Alone: Evidence-Based Maternal, Infant, And Early Childhood Home Visitation. *Issue Brief Natl Health Policy Forum*. 2011 May 26;(843):1-17. Pubmed Pmid: 21634216.

53. Schiffman J., Darmstadt G.L., Agarwal S., Baqui A.H. Community-Based Intervention Packages for Improving Perinatal Health in Developing Countries: A Review of the Evidence. *Seminars in Perinatology*. 34 (6) (pp 462-476), 2010. 121.
54. Segal L., Sara Opie R., Dalziel K. Theory! the missing link in understanding the performance of neonate/infant home-visiting programs to prevent child maltreatment: A systematic review. *Milbank Quarterly*. 90 (1) (pp 47-106), 2012.
55. Sharps P.W., Campbell J., Baty M.L., Walker K.S., Bair-Merritt M.H. Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 37 (4) (pp 480-491), 2008.
56. Task Force On Community Preventive Services. Recommendations To Reduce Violence Through Early Childhood Home Visitation, Therapeutic Foster Care, And Laws. *Am J Prev Med*. 2005 Feb;28(2 Suppl 1):6-10. Review. Pubmed Pmid: 15698745.
57. Tucker S, Klotzbach L, Olsen G, Voss J, Huus B, Olsen R, Orth K, Hartkopf P. Lessons Learned In Translating Research Evidence On Early Intervention Programs Into Clinical Care. *Mcn Am J Matern Child Nurs*. 2006 Sep-Oct;31(5):325-31. Review. Pubmed Pmid: 17013074.
58. Vanderveen J.A., Bassler D., Robertson C.M.T., Kirpalani H. Early interventions involving parents to improve neurodevelopmental outcomes of premature infants: A meta-analysis. *Journal of Perinatology*. 29 (5) (pp 343-351), 2009.
59. Wilce Ma, Garbe PI. Evaluating Home-Based, Multicomponent, Multi-Trigger Interventions: Your Results May Vary. *Am J Prev Med*. 2011 Aug;41(2 Suppl 1):S52-4. Pubmed Pmid: 21767737.
60. Yonemoto, Naohiro. Nagai, Shuko. Mori, Rintaro. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 9, 2011.
61. Zercher C, Spiker D. Home visiting programs and their impact on young children. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2004:1-8. Available at: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Zercher-SpikerANGxp.pdf>.

7 ANEXOS

7.1 Características de los estudios incluidos

a. Bilukha 2005

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Evaluar la eficacia de los programas de VD en la prevención de la violencia: de los niños hacia sí mismo u otros; del padre hacia niños, distinto de maltrato; violencia en la pareja; maltrato contra el niño (incluida toda forma de abuso y negligencia)
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron Estudios Prospectivos con grupo de control. - Población objetivo de la revisión: mujeres embarazadas y/o puérperas de diversas edades, razas y etnias, perteneciente a minorías o de bajos ingresos. - Intervenciones: VD a los padres e hijos por profesionales y paraprofesionales capacitados que transmiten información sobre salud, desarrollo y cuidado infantil, o alguna combinación de estas; desde la gestación o inmediatamente posterior al nacimiento. - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: estudios en países con una economía de mercado establecida. - Cobertura geográfica: limitada a estudios realizados en condados de EE.UU. y Canadá. - Idioma de publicación de los estudios: no refiere - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): julio 2001
AMSTAR	9
Hallazgos	24 estudios prospectivos controlados. 14 ensayos aleatorizados; 1 presumiblemente aleatorizados; 9 no aleatorizados 9; 1 con medición post-intervención que fue comparada con tasa nacional. Con seguimiento por entre 1 a 15 años.
Participantes	Características generales de los sujetos de los estudios seleccionados: mujeres de bajo nivel socio económico o bajo la línea de la pobreza, algunas clasificadas como “de riesgo” de abuso o negligencia infantil. Condiciones específicas: - maltrato infantil - riesgo social (indigencia, pobreza extrema)
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: 13 estudios inician las VD durante el tercer trimestre de la gestación (1 contiene desde el tercer mes), en el resto las VD se inician luego del nacimiento, manteniéndolas durante un periodo que va desde los 6 meses hasta los 2 años, 1 estudio incluye VD hasta los 5 años, todos con una frecuencia decreciente. Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: sin VD Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: en

	general las VD se realizan durante los 2 primeros años de vida del niño, comenzando algunas de ellas desde la etapa gestacional o inmediatamente posterior al nacimiento. Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: profesionales enfermeras, asistentes sociales, psicólogo infantil; paraprofesionales y personal de salud mental; capacitados para transmitir información sobre salud, desarrollo y cuidado infantil, o alguna combinación de éstas. Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: Se mantienen al menos hasta los 2 primeros años de vida del niño, comenzando desde la gestación o el nacimiento, con una frecuencia inicial de 1 vez por semana que luego va disminuyendo. Modelos de intervención: no menciona el detalle. Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: algunas VD se acompañan de prestación de cuidado de día, grupos de apoyo para padres, grupos de instrucción o ambos; apoyo económico y transporte. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	Indicadores de: Desarrollo afectivo/emocional de los niños y habilidades sociales o desarrollo social de los niños: - Escala de externalización de la Conducta Infantil - Informes (proporcionados por estado y auto reporte) de actos delictuales mayores: arrestos, condenas - Externalizing scale of Child Behavior Checklist - N° de sujetos procesados entre los 13 y 16 años Maltrato infantil: - Informes de abuso infantil y/o negligencia, sospecha o confirmados - Informes de abuso físico - Reportes de abuso o negligencia con resultado de extracción de la casa - Reportes de potencial abuso o negligencia infantil - Reportes confirmados de abuso y negligencia a Hawaii Child Protective Services - Lesiones sospechosas de abuso/negligencia - Sospecha o confirmación de casos de abuso y negligencia - Incidencia de visitas a Emergencias por lesiones o ingesta de veneno - Rango de accidentes por niño - Ubicación fuera del hogar (ya sea en los cuidados de crianza o con familiares/amigos)
Referencia	Bilukha O., Hahn R.A., Crosby A., Fullilove M.T., Liberman A., Moscicki E., Snyder S., Tuma F., Corso P., Schofield A., Briss P.A. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: A systematic review. American Journal of Preventive Medicine. 28 (2 SUPPL. 1) (pp 11-39), 2005.

b. Dennis 2008

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Evaluar los efectos de las diversas intervenciones psicosociales y psicológicas en comparación con la atención habitual, durante el parto o con posterioridad a él, sobre el riesgo de desarrollar depresión postparto.
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron ensayos controlados aleatorizados - Población objetivo: Mujeres embarazadas y madres nuevas (con menos de seis semanas posteriores al parto) incluyendo aquellas que no se encontraban en riesgo y aquellas identificadas como de riesgo de desarrollar depresión postparto. - Intervenciones: VD por profesionales y personas de la comunidad - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: sin restricciones - Cobertura geográfica: sin restricciones (la mayoría de los estudios fueron llevados a cabo en Australia y el Reino Unido, dos en los Estados Unidos y una en China) - Idioma de publicación de los estudios: sin restricciones - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): enero 2004
AMSTAR	10
Hallazgos	15 ECA n=7697 mujeres; sólo 3 reportan método de asignación
Participantes	Mujeres embarazadas y puérperas (con menos de seis semanas posteriores al parto) con y sin riesgo de desarrollar depresión postparto Condiciones específicas: - psicopatología materna: prevención depresión post parto
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: programas de VD postparto de 1 a 6 meses de duración, por profesionales o agentes comunitarios Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: - Puerperio, desde nacimiento hasta los 6 meses postparto Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: Profesional - Profesional - Persona común - Capacitación especializada en VD: no refiere Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: no reporta Modelos de intervención: no reporta Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: no considerado en el análisis.
Variables de resultado	Evaluación de sintomatología depresiva en la última evaluación a través de: - Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS] mayor a 12

	- Salud materna física y mental (SF-36)
Referencia	Dennis, CindyLee. Creedy, Debra K. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews. 4, 2008

c. Gogia 2011

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Evaluar los efectos de los cuidados neonatales basados en la comunidad en entornos con recursos limitados, entregados por agentes comunitarios de salud, sobre la mortalidad neonatal.
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron ensayos aleatorizados o cuasi aleatorizados, individuales o grupales - Población objetivo de la revisión: neonatos de hasta 28 días o un mes de vida - Intervenciones: múltiples intervenciones, basadas mayoritariamente en VD por agentes comunitarios entrenados - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: contextos de recursos limitados - Cobertura geográfica: sin restricción - Idioma de publicación de los estudios: sin restricción - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): marzo 2011
AMSTAR	10
Hallazgos	13 ensayos controlados / alrededor de 192.000 recién nacidos; de ellos, 9 basados en VD
Participantes	Características generales de los sujetos de los estudios seleccionados: RN de entornos con recursos limitados Condiciones específicas: - Riesgo social (indigencia, pobreza extrema)
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: VD con y sin movilización de la comunidad. Las intervenciones fueron heterogéneas respecto del contenido y la forma de entrega, involucrando una combinación acerca del parto y el RN, la preparación para la atención del RN, derivación de embarazos de alto riesgo, entrega de atención pre natal, asesoría en suplemento nutricional, prácticas para el parto, presencia de parteras capacitadas, entrenamiento de las parteras, visitas post natales, promoción de la lactancia materna, manejo de casos neonatales, resucitación del recién nacido, prevención y gestión de hipotermia, y la derivación de recién nacido enfermo. Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: cuidados estándar. Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: - Puerperio, hasta 1 mes de vida de RN

	Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: trabajadores de la salud comunitarios que incluye cualquier trabajador de la salud, voluntario, auxiliar de salud, profesionales trabajadores de la comunidad. Con capacitación especializada en VD: varía entre 3 a 36 días combinación teórico-práctica Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: mezcla heterogénea respecto a la extensión y calidad. Duración de la intervención de 14 a 84 meses; número de VD post parto varió de 1 a 5 (solo un estudio en 2005 de 10) Modelos de intervención: múltiples Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: no reporta detalles, pero se mencionan cuidados neonatales y tratamiento basados en el hogar en 4 estudios. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	Salud física de los niños: mortalidad neonatal
Referencia	Gogia S., Ramji S., Gupta P., Gera T., Shah D., Mathew J.L., Mohan P., Panda R. Community based newborn care: A systematic review and meta-analysis of evidence: UNICEF-PHFI series on newborn and child health, India. Indian Pediatrics. 48 (7) (pp 537-546), 2011.

d. Hollowell, 2011

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Evaluar la efectividad de los programas antenatales para disminuir la mortalidad infantil, los partos prematuros en mujeres socialmente desventajadas y vulnerables, en países de ingresos altos
Alcance	Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron estudios controlados aleatorizados, con grupo de control sin intervención de VD Población objetivo de la revisión: mujeres rurales, con bajo nivel SE o con riesgo de parto prematuro o pre término (PPT) o de parto de niño con bajo peso al nacer (BPN) Intervenciones: VD, VD con soporte telefónico Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: países miembros de OECD, excluidos México y Turquía (países de ingresos altos con baja mortalidad infantil) Cobertura geográfica: países miembros de OECD, excluidos México y Turquía (países de ingresos altos con baja mortalidad infantil) Idioma de publicación de los estudios: inglés Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): agosto 2008
AMSTAR	6
Hallazgos	4 ECA

Participantes	Características generales de los sujetos de los estudios seleccionados: mujeres rurales, con bajo nivel SE o con riesgo de parto prematuro o de parto de niño con bajo peso al nacer Condiciones específicas: - Riesgo social: bajo nivel SE
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: Todos los estudios realizan VD durante la gestación por enfermera o matrona, semanales, quincenales o mensuales Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: atención estándar de gestación en atención primaria Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: gestacional y post natal hasta el primer año de vida del niño. Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: enfermeras y matronas Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: los estudios mencionan VD “intensivas”, semanales, quincenales o mensuales Modelos de intervención mencionados: - Prenatal and Early Childhood Nurse Home Visitation Program - Programa basado en ‘Elmira’/Family Nurse Partnership model. Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: soporte telefónico. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	Variables primarias: - Salud física de los niños: nacimiento prematuro - Funcionamiento parental: conductas durante embarazo
Referencia	Hollowell et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2011, 11:13. The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and preterm birth in socially Disadvantaged and vulnerable women in high-income countries: a systematic review. http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/13

e. Kendrick 2009

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Evaluar los efectos de los programas de crianza sobre la prevención de lesiones no intencionales en la niñez, y sobre la posesión y uso de equipos de seguridad y de prácticas de seguridad en el hogar por parte de los padres.
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron ensayos controlados aleatorizados, ensayos controlados cuasialeatorizados, y estudios controlados del tipo antes-después (estudios prospectivos con un grupo de control concomitante que no utilizaron un método cuasialeatorizado de

	asignación). - Población objetivo de la revisión: padres de niños de entre cero y 18 años de edad. - Intervenciones: programas de crianza a base de visitas domiciliarias dirigidos a mejorar una variedad de medidas de resultado relacionadas con la salud infantil. - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: sin restricciones. - Cobertura geográfica: sin restricciones. - Idioma de publicación de los estudios: sin restricciones. - Cobertura temporal: hasta mayo 2005.
AMSTAR	10
Hallazgos	15 estudios. 11 de los estudios incluidos fueron ECA; 1 fue un ensayo controlado no aleatorizado; otro fue un estudio parcialmente aleatorizado con dos brazos asignados aleatoriamente y un tercero no; 2 estudios fueron CAD y uno de los ECA también incluyó un CAD dentro del mismo estudio. Los tres CAD presentaron asignación grupal.
Participantes	Siete de los estudios reclutaron a participantes que estaban en una posición de desventaja desde el punto de vista socioeconómico; dos a participantes que se encontraban en riesgo de maltrato o de descuido infantil; otros dos reclutaron a participantes con dificultad en el aprendizaje; dos a recién nacidos provenientes de consultas pediátricas; en cada uno de los estudios se reclutaron participantes que, según se consideró, experimentaban estrés o dificultades y a participantes con lactantes prematuros o de bajo peso al nacer. Condiciones específicas: - riesgo de maltrato infantil - riesgo social (indigencia, pobreza extrema)
Intervenciones	En 11 de los estudios se realizaron visitas domiciliarias en las cuales se implementó programas multifactoriales dirigidos a mejorar una variedad de medidas de resultado relacionadas con la salud infantil. Dos estudios evaluaron programas basados en consultas pediátricas que incluyeron algunas visitas domiciliarias, pero éstas no eran el método principal de administración de la intervención. En 13 estudios, la intervención era multifactorial y proporcionó tanto educación sobre la crianza como una variedad de otros servicios de apoyo, como ayuda a la familia en relación a la resolución de problemas, acceso a los servicios de salud infantil o a otros servicios comunitarios. Todos los estudios proporcionaron el programa a padres de forma individual, y cuatro suministraron además educación en la crianza o apoyo a grupos de padres. Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: Sin visita domiciliaria (no se describe). En uno de los estudios, se realizó visita domiciliaria de apoyo sobre aspectos de crianza, pero sin programa educativo. Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: desde período prenatal hasta tercer año de vida. Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: diversos proveedores, como enfermeras, pediatras,

	estudiantes y graduados de psicología, educadores de primera infancia, trabajadores sociales, agentes comunitarios con capacitación especializada. Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: variada frecuencia de VD, en un rango entre visitas semanales hasta bimensuales. Modelos de intervención: diversos programas de intervención, estandarizadas o manualizadas, entre otros: - Healthy Start Programme - First Parent Health Visitor Scheme (FPHVS) - Early Start Program - Baby and well child care - Infant Health Development Program - Child Development Programme - Healthy Steps Programme - Home Learning Programme - Healthy Steps Programme Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: no se describe. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	Las variables primarias incluyen: - lesiones no intencionales informadas por los padres o atendidas por un médico o lesiones de intención no especificada. - posesión y uso de equipos de seguridad en el hogar. - prácticas de seguridad: almacenamiento de sustancias y de objetos de riesgo, uso de andadores para bebés, temperatura del agua caliente, etc. Categorías: - salud física - funcionamiento parental
Referencia	Kendrick D, Barlow J, Hampshire A, Polnay L, Stewart-Brown S. Programas de crianza para la prevención de lesiones no intencionales en la niñez (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

f. Lassi 2010

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Evaluar la efectividad de los paquetes de intervenciones comunitarias en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal; y mejoramiento de los resultados neonatales.
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron ensayos prospectivos aleatorizados y cuasi aleatorizados, individuales o por conglomerados, que

	incluyen VD dentro de paquetes de atención comunitaria - Población objetivo de la revisión: mujeres en edad reproductiva, particularmente mujeres embarazadas en algún periodo de gestación. - Intervenciones: VD como parte de paquete de intervención comunitaria - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: en vías de desarrollo, excepto Grecia - Cobertura geográfica: estudios realizados en países en vía de desarrollo (India, Bangladesh, Pakistan, Gambia, Nepal, Indonesia) con un estudio adicional en Grecia - Idioma de publicación de los estudios: sin restricciones - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): enero 2010
AMSTAR	10
Hallazgos	18 ECA, de los cuales solo 9 aportan variables de resultado de interés
Participantes	Características generales de los sujetos de los estudios seleccionados: mujeres en edad fértil o embarazadas Condiciones específicas : Salud física
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: VD realizadas por agente comunitario, partera, matrona o enfermera o una combinación de estos, que incluye preparación para el parto y cuidados del RN, con énfasis en la higiene del proceso y la alimentación adecuada. Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: sin VD Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: pregestacional, gestacional, parto y puerperio. Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: trabajadoras externas (residentes comunitarios entrenados y supervisados para realizar intervención maternal y al recién nacido) mujeres visitantes trabajadoras de la salud, matronas comunitarias, trabajadores de la salud comunitarios, facilitadores o parteras tradicionales (TBAs, <i>traditional birth attendant</i>) Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: no se entrega síntesis descriptiva. Modelos de intervención: Paquetes de intervención que incluyen capacitación adicional de parte de las personas que realizan VD, en la atención materna durante embarazo, parto y puerperio y los cuidados de rutina del RN Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: Paquete de intervención consistió en visitas domiciliarias y reuniones de grupos de partes interesadas sobre preparación para el parto, y cuidados inmediatos del recién nacido, incluyendo limpieza del cordón umbilical, cuidado de la piel, contacto piel a piel, lactancia. Además se proporcionó suplemento alimenticio, vacunación e ingesta de suplementos medicamentosos. No considerado en el análisis.
Variables de	Salud física de los niños.

resultado	
Referencia	Lassi ZS, Haider BA, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 11. Art. No.: CD007754. DOI: 10.1002/14651858.CD007754.pub2.

g. MacDonald 2008

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Evaluar la efectividad de los programas de VD para mujeres adolescentes, socialmente o económicamente desfavorecidas, que han tenido un parto reciente
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron ensayos aleatorizados y cuasialeatorizados. - Población objetivo de la revisión: mujeres con hijo menor de un año, de 20 años o menos de edad, en grupos predominantemente pobres. Excluye estudios dirigidos específicamente a usuarias de drogas, de hijos prematuros, o estudios con foco muy específico (lactancia, inmunización). - Intervenciones: VD postnatales (no multicomponente) - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: sin restricciones - Cobertura geográfica: sin restricciones - Idioma de publicación de los estudios: sin restricciones - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): hasta Marzo 2006
AMSTAR	11
Hallazgos	5 ensayos. Un estudio (Memphis Study 1997) ha extendido el seguimiento a 6 años y otro ha publicado datos a 15 años (Elmira Study 1986).
Participantes	Características generales de los sujetos de los estudios seleccionados: 4 estudios en EE.UU y 1 en Australia, mujeres jóvenes (13 a 19 años) de nivel socioeconómico bajo, predominantemente afroamericanas en estudios de EE.UU., primer hijo. Los estudios fueron calificados de calidad moderada o alta, la mayoría con adecuado encubrimiento de la asignación y pocas pérdidas de seguimiento. Condiciones específicas: - madres adolescentes - riesgo social (indigencia, pobreza extrema)
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: programas de VD con contenidos educativos, y en algunos casos, consejería personal a las madres, ejercicios basados en escalas de evaluación del desarrollo, participación de personas del entorno social de la madre, vinculación con servicios comunitarios. Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: variaron desde no intervención, pasando por una intervención de control educativa y de

	empleo a los padres, hasta programas que incluyeron apoyo postnatal de rutina, consejería y servicios de información provistos por el hospital, incluyendo el acceso a visitas domiciliarias de rutina. En otro caso los controles recibieron transporte gratis a los centros para el control del niño. Ramas con intervenciones que incluyen VD prenatales fueron excluidas del análisis. Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: principalmente postnatales (2 incluyeron además visitas en embarazo), 2 hasta 6 meses y tres hasta 2 años postparto. - Gestacional - Puerperio - Primer año de vida - Segundo año de vida Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: Enfermeras entrenadas en 4 estudios, y en un caso, una estudiante de psicología apoyada por una adolescente de raza negra entrenada. Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: uno incluyó visitas bisemanales, pero la mayoría se basó en visitas mensuales durante todo el período del programa. Modelos de intervención: - Programa de intervención temprana basado en el Carolina Infant Curriculum (CIC) - Programas de ejercicios de entrenamiento basados en escalas de evaluación de desarrollo como la Brazleton Neonatal Behavioural Assessment Scale y las escalas de Bayley - Programas educativos para madres adolescentes sobre cuidados preventivos (ej., vacunación, lactancia) necesidades psicoemocionales y cognitivas del niño, vinculación con servicios comunitarios, salud física y mental materna, etc., incluyendo en algunos casos a familiares y amigos. Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: no se reportan. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	1. <u>Salud psicosocial materna:</u> a) Depresión, escala RAND b) Ansiedad, escala RAND e) Retorno al colegio o completar educación 2. <u>Resultados parentales maternos</u> a) Destrezas y conductas parentales: escala HOME b) Interacción padre-hijo c) Riesgo de abuso d) Conocimiento parental (sobre lactancia, vacunaciones) e) Lactancia 3. <u>Resultados físicos del niño</u> a) Desarrollo psicomotor: DDST, Bayley

	b) Asistencia a controles de niño sano c) Completitud vacunaciones d) Crecimiento 4. <u>Resultados del niño: desarrollo psicosocial</u> a) Desarrollo cognitivo b) Desarrollo del lenguaje c) Desarrollo Social d) Problemas conductuales 5. <u>Resultados del niño: abuso, abandono y lesiones accidentales y no accidentales</u> Categorías de esta revisión: - desarrollo psicomotor de los niños - desarrollo cognitivo de los niños - desarrollo del lenguaje (comprensivo y expresivo) de los niños - desarrollo afectivo/emocional de los niños - habilidades sociales o desarrollo social de los niños - lactancia - salud física de los niños - escuela - funcionamiento parental
Referencia	Macdonald G, Bennett C, Dennis JA, Coren E, Patterson J, Astin M, Abbott J. Home-based support for disadvantaged teenage mothers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD006723. DOI: 10.1002/14651858.CD006723.pub2.

h. Miller 2012

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Determinar los efectos de programas de visitas domiciliarias dirigidas específicamente a mejorar resultados de desarrollo en niños en edad preescolar de familias en desventaja social.
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron estudios controlados aleatorizados que compararon intervenciones de VD en el desarrollo de niños preescolares con cuidado estándar. - Población objetivo de la revisión: padres de niños preescolares que estaban en desventaja social. - Intervenciones: VD diseñadas para mejorar el desarrollo cognitivo y socioemocional a través de mejorar conocimientos y habilidades de los padres. - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: sin restricciones. - Cobertura geográfica: sin restricciones. - Idioma de publicación de los estudios: sin restricciones. - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): hasta Octubre 2010.
AMSTAR	10

Hallazgos	7 ECA
Participantes	Características generales de los sujetos de los estudios seleccionados: Madres de niños preescolares, en desventaja social (bajo nivel educacional de la madre, pobreza, minoría étnica, padres solteros, entre otros). La edad de la madre fluctuó entre los 13 años y los 40 años. La edad de los hijos era menor a los 4 años, en un estudio se incluyó mujeres embarazadas. En la mayoría de los estudios se incluyó participantes de raza negra. Condiciones específicas: - madres adolescentes - riesgo social (indigencia, pobreza extrema)
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: Visitas domiciliarias basadas en diversos programas estandarizados de educación parental para la estimulación del desarrollo infantil. Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: cuidado estándar, sin VD. En 4 estudios no se detalló el cuidado estándar, en 3 estudios se definió como servicios de atención primaria de salud. Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: hasta los 4 años. Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: en la mayoría de los estudios fueron realizadas por agentes comunitarios entrenados (con o sin supervisión de profesional). En 1 estudio las VD fueron realizadas por una enfermera, mientras que en 1 estudio fueron realizadas por estudiantes de psicología con entrenamiento especializado. Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: frecuencia variable, entre 2 veces por semana hasta 1 vez por mes, hasta el tercer año de vida del niño. En 2 estudios la frecuencia fue de 2 veces por semana, por 2 años (incluyendo sólo los meses de año escolar). En 1 estudio se realizaron 3 visitas prenatales y 5 visitas post natales, entre la semana 1 a semana 30 de vida del niño. Modelos de intervención. Se utilizaron entre otros: - Levenstein's Mother Child Home Program - Intervención basada en escalas de desarrollo de la Escala de Evaluación del Comportamiento Neonatal de Brazelton y de Escala Bayley de Desarrollo Infantil. - Programa Community Mothers - Mother-Child Home Program - Child Development Program Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: no se describe. No considerado en el análisis.
Variables de	Las variables primarias incluyeron:

resultado	Desarrollo cognitivo: - DARCEE Concept test (Gilmer 1969) - Bayley Scales of Infant Development (Bayley 1969) - Cattell Developmental and Intelligence Scale (Cattell 1940) - Stanford Binet Intelligence Test (Terman 1972) - Griffiths Mental Development Scale (Griffiths 1967; Griffiths 1970) Desarrollo socioemocional: - Carey Infant Temperament Questionnaire (Carey 1970) - Child Behaviour Trait Rating (Johnson 1976) - Infant Behaviour Record from the Bayley Scales of Infant Development (Bayley 1969) - Cain Levine Social Competency Scale (Cain 1963) - Tareas de enseñanza materna y demora de la gratificación (Hess 1968)
Referencia	Miller S, Maguire LK, Macdonald G. Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD008131. DOI:10.1002/14651858.CD008131.pub2.

i. Nelson 2003

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Determinar la eficacia de los programas de prevención pre-escolares para niños desfavorecidos y sus familias en el corto plazo (pre escolar), mediano plazo (K-8) y el largo plazo (secundaria y más) e identificar los factores que moderan el éxito de los programas.
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron estudios longitudinales prospectivos controlados - Población objetivo de la revisión: niños inscritos en programas de intervención específicos iniciada en edad pre-escolar - Intervenciones: Programas de intervención multicomponente. - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: USA - Cobertura geográfica: USA - Idioma de publicación de los estudios: no refiere - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): hasta 2000
AMSTAR	6
Hallazgos	34 estudios controlados; 14 de ellos ECA
Participantes	Características generales de los sujetos de los estudios seleccionados: predominantemente familias afroamericanas.
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: programas multicomponente basados en VD (71% de los programas), entrenamiento parental (68%), educación preescolar (68%), actividades de promoción de interacción padre-hijo, sesiones grupales para padres (~50% de los programas); 79% de los programas ofrecían 3 o más componentes.

	Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: sin programa, o programa con menos componentes esenciales que los del grupo intervención. Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: en 2/3 de los casos los programas se iniciaron entre el nacimiento y los 3 años, y en 1/3 a los 4 o más. Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: profesores y equipos profesionales de cada programa. Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: - Duración de la intervención en los niños: 1 año o menos en 35%, más de un año en 65% - Duración de la intervención en los padres: 60 semanas o menos en 53%, más de 60 semanas en 47% - Intensidad de la intervención en los niños: 300 sesiones o menos en 44%, más de 300 sesiones en 56% - Intensidad de la intervención en los padres: 12 sesiones o menos en 50%, más de 12 sesiones en 50% Modelos de intervención evaluados: - Bright Start - Carolina Early Intervention Program -Abecedarian Project - Chicago Child Parent Center - Comprehensive Child Development Program - Early Training Project - Houston Parent-Child Development Center - Infant Health and Development - Institute for Developmental Studies - New Haven - Optimum Growth Project - Perry Preschool - Prenatal/Early Infancy Project – Elmira Site - Project Care - Syracuse University Family Development Project - Vermont Mother-Infant Project - Yale Child Welfare - Parenting Intervention Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: variable según programa. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	Se utilizaron indicadores compuestos para 3 constructos: - Desarrollo cognitivo de los niños, evaluado mediante medidas de CI, test de destrezas, y calificaciones de profesores sobre desempeño o destrezas de los niños - Desarrollo socioemocional de los niños, a través de calificaciones de los padres y profesores respecto de problemas conductuales y destrezas sociales, autoreporte de autoestima, destinación a clases especiales, y

	empleo, educación y conducta criminal en la adolescencia. - El bienestar parental-familiar, evaluado con indicadores de maltrato (directo y por proxys), relaciones padres-hijo (autoreportadas y por observación), funcionamiento familiar (autoreportado), y salud mental parental, empleo/educación, y apoyo social. - Tamaños de efecto a corto, mediano y largo plazo.
Referencia	Nelson, G., Westhues, A., & MacLeod, J. (2003). A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children. <i>Prevention and Treatment</i> , 6 (December)

j. Nievar 2010

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Evaluar el efecto de algunos moderadores sobre los resultados en la conducta materna, de programas de Visitas Domiciliarias en mujeres de riesgo.
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron ensayos controlados aleatorizados y estudios cuasi experimentales. - Población objetivo de la revisión: familias en riesgo, sin otras restricciones. - Intervenciones: Visitas domiciliarias - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: sin restricciones - Cobertura geográfica: sin restricciones - Idioma de publicación de los estudios: sin restricciones - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): 2002 a 2008
AMSTAR	4
Hallazgos	29 ensayos controlados aleatorizados y estudios cuasi experimentales.
Participantes	Características generales de los sujetos de los estudios seleccionados: se incluyeron familias en riesgo, definido como familias con bajos ingresos, que viven en barrios de alto riesgo, o madres adolescentes, entre otros. No se incluyó a madres con consumo de sustancias. Condiciones específicas: - madres adolescentes - riesgo social (indigencia, pobreza extrema)
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: VD destinadas a mejorar el comportamiento materno que impacta directamente sobre el desarrollo infantil. Los contenidos primarios de las VD para las familias en riesgo fueron: el mejoramiento de los resultados del curso de vida de la madre, promoción de la salud infantil, y educación en infancia temprana. Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: entre 6 semanas hasta 4 años. Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: profesionales (trabajadores sociales, consejeros, enfermeras, entre otros) y paraprofesionales (con grado académico pero sin

	entrenamiento clínico). Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: Frecuencia y duración variable. En 21 estudios el programa duró al menos 1 año. Modelos de intervención: no se describe Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: no se describe. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	Las variables primarias incluyeron: - Escala HOME (The Home Observation for the Measurement of the Environment) - Nursing Child Assessment Satellite Training (NCAST) - Maternal Interactive Behavior scale and the Home Environment Review - Uso de videos codificados sobre apoyo o sensibilidad parental Variables del Meta análisis (sólo las pertinentes para esta revisión): - Frecuencia de las VD - Entrenamiento del visitador domiciliario Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: sin Visita Domiciliaria.
Referencia	Nievar, M., Van Egeren, L., Pollard, S. A Meta-Analysis Of Home Visiting Programs: Moderators Of Improvements In Maternal Behavior. Infant Mental Health Journal, Vol. 31(5), 499–520 (2010)

k. Paulsell 2010

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Evaluar la efectividad de los modelos de programas de VD para familias con mujeres embarazadas o con niños en edades desde el nacimiento hasta los 5 años.
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron ensayos aleatorizados y estudios cuasiexperimentales. - Población objetivo de la revisión: familias con mujeres embarazadas o con niños en edades desde el nacimiento hasta los 5 años. - Intervenciones: modelos que utilizaran VD como estrategia primaria de entrega del servicio y que ofrecieran VD a la mayoría o todos los participantes. Excluye programas que entregan los servicios primariamente en centros establecidos y las VD solo en forma suplementaria. - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: Se excluyeron modelos implementados solamente en contexto de países en vías de desarrollo. - Cobertura geográfica: sin restricciones - Idioma de publicación de los estudios: Limitado a estudios publicados en

	inglés. - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): hasta Noviembre 2009
AMSTAR	8
Hallazgos	162 estudios de impacto sobre los 11 programas seleccionados
Participantes	Características generales de los sujetos de los estudios seleccionados: estudios principalmente en EE.UU., características varían según programa (detalles en sitio web de la iniciativa Home Visiting Evidence of Effectiveness (HomVEE). Condiciones específicas: - Madres adolescentes - Riesgo social - Maltrato infantil - Abuso materno de sustancias
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: programas que utilizan VD como estrategia primaria, en los que los servicios se ofrecen en forma voluntaria a mujeres embarazadas, padres, y padres y cuidadores de niños desde el nacimiento hasta el ingreso a la escuela, dirigidos a obtener resultados en salud materna y del niño, prevención de lesiones del niño, abuso, maltrato, mejoría en la preparación o desempeño para la escuela, reducción en violencia doméstica o criminalidad, suficiencia económica de la familia, mejoría en la coordinación y referencia a otros recursos y apoyos comunitarios, o mejoría en destrezas parentales relacionadas con el desarrollo infantil. Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: variable (detalles en sitio web de la iniciativa Home Visiting Evidence of Effectiveness (HomVEE). Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: - Gestacional - Primer a quinto año de vida Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: variable (detalles en sitio web de la iniciativa Home Visiting Evidence of Effectiveness (HomVEE). Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: variable (detalles en sitio web de la iniciativa Home Visiting Evidence of Effectiveness (HomVEE). Modelos de intervención: se priorizaron los siguientes 11 modelos por ser los más utilizados y más rigurosa y extensamente evaluados (con mayor cantidad de estudios elegibles): - Early Head Start–Home Visiting - Family Check-Up - Healthy Families America (HFA) - Healthy Start–Home Visiting - Healthy Steps - Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPY)

	- Nurse Family Partnership (NFP) - Parent-Child Home Program - Parents as Teachers (PAT) - Resource Mothers Program - SafeCare Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: no se reportan. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	- Salud física del niño - Desarrollo infantil y preparación para la escuela - Autosuficiencia económica de la familia - Vínculos y referencias - Salud materna - Prácticas parentales positivas - Reducciones en el maltrato infantil - Reducciones en delincuencia juvenil, violencia familiar y criminalidad
Referencia	Paulsell, D., Avellar, S., Sama Martin, E., & Del Grosso, P. (2010). Home Visiting Evidence of Effectiveness Review: Executive Summary. Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC

I. Shaw 2006

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Evaluar el efecto de variadas estrategias de apoyo post parto sobre el conocimiento materno, actitudes y habilidades parentales, salud mental y física materna, y calidad de vida.
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron estudios controlados aleatorizados, con intervenciones iniciadas desde inmediatamente después del parto hasta un año después del parto. - Población objetivo de la revisión: Mujeres post parto sin enfermedad física o mental previamente identificada - Intervenciones: Visita domiciliaria - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: sin restricciones - Cobertura geográfica: limitada a estudios realizados en America del Norte, Europa, Australia o Nueva Zelanda. - Idioma de publicación de los estudios: sin restricciones - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): hasta 2005
AMSTAR	3
Hallazgos	2 ECA (cifra se refiere solamente a los estudios elegibles para esta revisión)
Participantes	Características generales de los sujetos de los estudios seleccionados: en un estudio se incluyeron mujeres en post parto, sin factores de riesgo psicosociales ni complicaciones durante el embarazo. El otro estudio seleccionó mujeres en riesgo de disfunción familiar o maltrato infantil (no se describe el método de medición de estos factores de riesgo).

	Condiciones específicas: - maltrato infantil (riesgo) - psicopatología materna: depresión, ansiedad
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: Visitas domiciliarias a mujeres en período post parto, con y sin factores de riesgo psicosocial. Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: sin visita domiciliaria (cuidado post natal estándar) Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: Primer año de vida Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: profesionales (enfermeras) y no profesionales (parteras) Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: en un estudio, se realizaron VD semanales por 6 semanas; otro no detallado. Modelos de intervención: No se detalla. En 1 estudio se realizó cuidado especializado según 10 directrices basadas en evidencia para depresión postparto. Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: no se describe. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	Las variables primarias incluyeron: - Parenting Stress Index - Escala de depresión postnatal de Edinburgh - Inventario HOME (Home Observation for Measurement of the Environment) - Cuestionario de salud SF-36
Referencia	Shaw E., Levitt C., Wong S., Kaczorowski J. Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health. BIRTH 33:3 September 2006

m. Spittle 2009

Objetivo	Evaluar la efectividad de las intervenciones tempranas después del alta hospitalaria en niños prematuros (< 37 semanas) sobre el desarrollo motor o cognitivo.
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron ensayos controlados aleatorizados y cuasi aleatorizados de programas de intervención que

	comenzaron en los primeros 12 meses de vida de prematuros (<37 semanas), sin anomalías congénitas. - Población objetivo de la revisión: niños prematuros de edad gestacional menor a 37 semanas. - Intervenciones: programas de visitas domiciliarias. - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: sin restricciones. - Cobertura geográfica: sin restricciones. - Idioma de publicación de los estudios: limitada a estudios en inglés. - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): hasta Febrero 2006.
AMSTAR	10
Hallazgos	2 ECA multicentro (cifra se refiere solamente a los estudios elegibles para esta revisión)
Participantes	Características generales de los sujetos de los estudios seleccionados: Niños prematuros de menos de 37 semanas de edad gestacional. No se detallan otras características.
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: ambos estudios realizaron programas de visita domiciliaria que combinaba educación sobre desarrollo infantil (cognitivo, lenguaje, motricidad y desarrollo emocional) y asesoría parental, procurando dotar a los padres de las habilidades y confianza para la crianza. En uno de los estudios se realizó intervención para mejorar la calidad en la interacción padre-hijo. Las visitas domiciliarias se realizaron hasta los 2 años, edad corregida, y se realizaron seguimientos hasta los 5 años de edad. Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: controles de salud habitual, sin visita domiciliaria. Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: Rango de edad de 1 a 24 meses. Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: profesional (enfermeras, terapeutas ocupacionales). Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: En uno de los estudios, se realizaron visitas semanales durante los primeros 2 meses, luego 1 a 2 visitas al mes en los siguientes 12 meses, luego una vez al mes hasta los 2 años edad corregida. En otro estudio las visitas domiciliarias fueron semanales por 3 meses, luego 2 veces a la semana durante 6 meses, luego 1 vez al mes por 3 meses, con un promedio de 23 visitas. Modelos de intervención: - Programa Portage. - Educación parental sobre desarrollo infantil. - Educación parental sobre interacción padre-hijo y responsividad paterna. - Asesoría y apoyo parental. Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: no se describe. No

	considerado en el análisis.
Variables de resultado	Variables de desarrollo cognitivo: - Índice cognitivo en Escala de Desarrollo Mental de Griffiths (administrado a los 24 meses de edad). - Índice general cognitivo de Escala de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños, McCarthy (administrado a los 5 años de edad) - Puntaje Escala de Aptitudes Intelectuales BAS II (administrado a los 5 años de edad) Variable de desarrollo motor: - Puntaje Escala Movement-ABC (administrado a los 5 años de edad).
Referencia	Spittle A, Orton J, Doyle LW, Boyd R. Early developmental intervention programs post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD005495. DOI:10.1002/14651858.CD005495.pub2.

n. Sweet 2004

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Cuantificar la utilidad de las visitas domiciliarias como estrategia para ayudar a las familias con niños pequeños respecto de diversos resultados.
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron ensayos aleatorizados, estudios cuasiexperimentales, y estudios no controlados, incluyendo diseños antes-después, que tuvieron como intervención principal un programa de visita domiciliaria. - Población objetivo de la revisión: padres usuarios de programas de visitas domiciliarias, sin otra restricción. Se excluyeron programas dirigidos exclusivamente a niños con retraso del desarrollo, discapacidad física o con enfermedades crónicas. - Intervenciones: programas de visitas domiciliarias dirigidas a educación parental y/o desarrollo infantil. - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: limitada a estudios realizados en países desarrollados - Cobertura geográfica: limitada a estudios realizados en Estados Unidos - Idioma de publicación de los estudios: limitada a estudios en inglés. - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): no especificado, referencia más reciente corresponde a 2001
AMSTAR	4
Hallazgos	181 estudios, relativos a 60 programas de visita domiciliaria.
Participantes	Características generales de los sujetos de los estudios seleccionados: la mayoría de los programas estaban dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial, como bajos ingresos, riesgo de abuso infantil o negligencia, padres adolescentes, entre otros. Sólo un pequeño porcentaje de los programas eran dirigidos a población universal. Condiciones específicas:

	- maltrato infantil - psicopatología materna: depresión, trastorno bipolar, trastorno de personalidad - madres adolescentes - riesgo social (indigencia, pobreza extrema)
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: los programas ofrecieron intervenciones de educación parental, soporte social, asesoramiento parental, información sobre desarrollo infantil, fomento de actividades padres-hijo, entre otras. Adicionalmente, en algunos programas se realizó algún tipo de evaluación de desarrollo o salud infantil. En algunos casos se realizó referencia a servicios sociales o de salud. Los objetivos de la educación parental incluyeron mejoramiento de habilidades parentales, actitudes parentales, y habilidades en la interacción padre-hijo. Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: Sin visita domiciliaria. Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: la mayoría de los programas fueron dirigidos a niños entre el nacimiento y los 3 años de edad, y en algunos casos al primer año de vida. Algunos programas comenzaron en el período prenatal. Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: la mayoría de los programas utilizaron profesionales, con entrenamiento en VD. Casi la mitad de los programas empleó para-profesionales (agentes comunitarios que previamente habían recibido programas de VD). Un pequeño grupo de programas utilizó no-profesionales sin entrenamiento en VD. Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: la mayoría de los programas tuvo una duración entre 9 y 36 meses. Modelos de intervención: no se describe. Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: no se describe. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	Resultados relacionados con desenlaces parentales: - conductas parentales - actitudes parentales - educación materna - empleo materno - dependencia materna de asistencia pública Resultados relacionados con desenlaces infantiles: - desarrollo cognitivo - desarrollo socioemocional - maltrato infantil (sospecha o reporte) - potencial maltrato infantil

	- estrés parental (como variable de riesgo para maltrato infantil)
Referencia	Sweet M., Appelbaum M. ¿Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families With Young Children. Child Development, September/October 2004, Volume 75, Number 5, Pages 1435 – 1456

O. Doggett 2008

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Determinar los efectos de las visitas domiciliarias durante el embarazo o el postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas.
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron ensayos aleatorizados o cuasialeatorizados individuales o por conglomerados, que hubieran comparado las VD con ninguna visita o un tipo diferente de VD. - Población objetivo de la revisión: mujeres embarazadas o en el postparto con problemas de alcohol o drogas. - Intervenciones: Visitas domiciliarias iniciadas durante el embarazo y/o después del parto, sin otras restricciones. - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: sin restricciones. - Cobertura geográfica: sin restricciones. - Idioma de publicación de los estudios: sin restricciones. - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): hasta abril 2004.
AMSTAR	10
Hallazgos	6 ECA; solamente 3 reportan el método de asignación. La mayoría con alta proporción de perdidas de seguimiento.
Participantes	Características generales de los sujetos: En general las mujeres reclutadas estaban en alto riesgo psicosocial y tenían una tasa elevada de consumo de alcohol y drogas. Cuatro estudios reclutaron principalmente mujeres de origen afroamericano. Condiciones específicas: - Consumo abusivo de alcohol, consumo de sustancias - Riesgo social (indigencia, pobreza extrema)
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: Todos los estudios fueron de VD postparto. Sólo uno proporcionó algunas VD prenatales. Cuatro estudios continuaron las VD después de los 6 meses. En cuatro las visitas se programaron semanalmente, al menos una parte del período (ej. al inicio). Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: sin visitas (sólo atención estándar a mujeres de riesgo). Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: principalmente durante el período postparto, puerperio y primer año de vida.

	Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: mayoritariamente enfermeras. También algunos agentes comunitarios. No se menciona que hubieran recibido capacitación especializada en VD. Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: la mayoría programas de visitas semanales hasta a lo menos 6 meses postparto. Modelos de intervención. Se utilizó entre otros: - Carolina Preschool Curriculum (en varios estudios) - Hawaii Early Learning Program (en varios estudios) - Programa "Engaging Mums" - Infant Health and Development Program Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: no se detallan. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	Las variables primarias incluyeron: - Escala HOME a los 30 meses - Escalas Bayley de desarrollo infantil a los 6, 12 y 18 meses - Escalas Bayley de desarrollo infantil a los 3 años - Índice Bayley de desarrollo mental - Índice Bayley de desarrollo psicomotor - Índice de potencial de maltrato infantil (CAPI) a los 18 meses - Interacción entre la madre y el recién nacido observada con el uso del CAPI y observaciones en video - Índice de stress de los padres a los 18 meses - Child Behaviour Checklist (Lista de verificación de la conducta infantil) a los 36 meses - Inscripción en programas de tratamiento por drogas y retención en ellos a distintos plazos - Resultados neonatales adversos - Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, los esquemas de vacunación y lactancia materna Categorías: - desarrollo psicomotor de los niños - desarrollo cognitivo de los niños - desarrollo afectivo/emocional de los niños - habilidades sociales o desarrollo social de los niños - salud física de los niños - funcionamiento parental
Referencia	Doggett Catherine, Burrett Sara L, Osborn David A. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews. John Wiley & Sons, Ltd 2008; Issue 4

p. Whitworth 2009

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Evaluar la efectividad de las rutinas de promoción de salud previas al embarazo para mejorar los resultados en el embarazo, comparado con el cuidado habitual previo al embarazo.
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron ensayos aleatorizados o cuasi aleatorizados, que evaluaron intervenciones de promoción de salud orientados a identificar y modificar factores de riesgo previos al embarazo. - Población objetivo de la revisión: mujeres en edad fértil de alto riesgo. - Intervenciones: Visitas Domiciliarias. - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: limitada a estudios realizados en países desarrollados. - Cobertura geográfica: limitada a estudios realizados en Australia. - Idioma de publicación de los estudios: sin restricciones. - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): hasta febrero 2009.
AMSTAR	10
Hallazgos	1 ECA (cifra se refiere solamente a los estudios elegibles para esta revisión)
Participantes	Características generales de los sujetos de los estudios seleccionados: Mujeres en edad fértil, que no estaban embarazadas al momento de la intervención, y que ya habían tenido un primer embarazo. Grupo en que se habían identificado previamente algún factor de riesgo. Las variables para determinar factores de riesgo incluyeron inmigrantes, madres solteras y mujeres con bajos ingresos. Condiciones específicas: - riesgo social (indigencia, pobreza extrema)
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: Visitas domiciliarias realizadas por parteras, destinadas a dialogar sobre primer embarazo, parto, entre otros factores, junto con asesorar sobre la identificación de factores de riesgo (genéticos, sociales, de salud o estilo de vida). Ofrecer referencia para los problemas identificados y para medicación. Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: Visitas domiciliarias realizadas por parteras para dialogar sobre primer embarazo y responder preguntas. Sin intervención de asesoría activa. Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: Pre-gestacional. Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: no profesional, con capacitación especializada en VD. Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: no se describe. Modelos de intervención: asesoría sobre aspectos relacionados con el embarazo y parto, identificación de factores de riesgo y referencia

	correspondiente (no se detalla)
	Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: no se describe. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	Categoría: Salud física - Bajo peso al nacer. - Edad gestacional al momento del parto. - Nacimiento pretérmino. - Muerte perinatal y defectos congénitos.
Referencia	Witworth M, Dowswell T. Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD007536. DOI:10.1002/14651858.CD007536.pub2.

q. Coren 2010

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Evaluar la efectividad de intervenciones de entrenamiento parental para padres con discapacidad intelectual, diseñadas para apoyar a los padres, las relaciones entre padres e hijos, la seguridad en el entorno, o desarrollar habilidades de crianza.
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron estudios controlados aleatorizados y cuasialeatorizados que compararon intervenciones para padres con discapacidad intelectual con atención habitual o con grupo control. - Población objetivo de la revisión: padres o cuidadores principales con discapacidad intelectual. - Intervenciones: Visitas domiciliarias de entrenamiento parental, en modalidad individual o grupal. - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: sin restricciones. - Cobertura geográfica: sin restricciones. - Idioma de publicación de los estudios: sin restricciones. - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): hasta abril 2009.
AMSTAR	10
Hallazgos	3 ECA
Participantes	Padres y madres con discapacidad intelectual, determinada a través de test de inteligencia estandarizado (WAIS R) o a través de antecedentes de educación especial, en un rango de edad entre los 16 y 45 años. Los hijos de los participantes tenían edades comprendidas entre 1 a 36 meses. En uno de los estudios era población rural. No se mencionan otros antecedentes.
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: Intervenciones de entrenamiento parental realizadas en visitas domiciliarias. Todos los estudios fueron de VD durante los primeros 3 años de vida del hijo, con frecuencia semanal y duración entre 2 a 29 semanas. Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: sin Visitas

	Domiciliarias. En algunos casos recibieron contacto telefónico mensual, o un manual de entrenamiento vía correo. Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: Rango de edad entre 1 a 36 meses. Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: en un estudio fueron realizadas por estudiantes de Psicología o de Educación Preescolar, en otro fueron realizadas por un trabajador de servicio social, y en un tercer caso estuvieron a cargo de un educador entrenado (no se detallan otras características). Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: en todos los estudios se realizó VD de frecuencia semanal, y duración variable entre 2 a 29 semanas. En un estudio, el promedio de visitas fue de 7,7 semanas. En otro los participantes recibieron un promedio de 11.5 visitas, con una duración de cada VD de 60 a 90 minutos. Modelos de intervención: - Support to Access Rural Services (STARS): VD semanales en grupos de 3 a 4 participantes, reunidas en espacios comunitarios, a cargo de trabajador de servicio social. Se realiza entrenamiento en habilidades interpersonales, información sobre discapacidad, reconocimiento de problemas de salud, entre otros aspectos. Contacto telefónico según necesidad. - Home Learning Program (HLP): VD semanales de entrenamiento en habilidades para el manejo de peligros en el hogar, accidentes y enfermedad infantil, a través de manuales ilustrados. Intervención individual a cargo de un educador entrenado. - Programa de entrenamiento a través de instrucciones verbales, manuales ilustrados, y modelado de habilidades. Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: no se describen. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	Las variables primarias incluyen: - Prácticas de seguridad en el hogar medidas a través del Home Inventory of Dangers and Safety Precautions 2 (Tymchuck 1999). - Comprensión de temas relacionados con la salud infantil, desarrollo y enfermedad, a través de escala derivada de UCLA Parent-Child Health and Wellness Project (Tymchuk 2003). - Maternal-child interaction (NCATS). Sensibilidad a señales del niño y capacidad de respuesta al estrés, señales socio-afectivas, y fomento al crecimiento cognitivo. - Checklist de cuidado infantil en rutinas diarias (incluye alimentación, baño, sueño, entrenamiento de control de esfínter, entre otros). Categorías: - salud física de los niños - funcionamiento parental

Referencia	Coren E, Hutchfield J, Thomae M, Gustafsson C. Parent training support for intellectually disabled parents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 6. Art. No.: CD007987. DOI: 10.1002/14651858.CD007987.pub2.
-------------------	---

r. Hodnett 2010

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Evaluar los efectos de los programas que ofrecen apoyo social adicional en comparación con el control de rutina, para embarazadas con alto riesgo de parto prematuro y/o de tener neonatos con un peso menor de 2.500 g.
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron ensayos clínicos controlados aleatorizados que hubieran comparado un programa de apoyo adicional brindado por un profesional y/o por un lego especialmente capacitado, con el manejo de rutina. - Población objetivo de la revisión: Mujeres en el primer o segundo trimestre del embarazo consideradas en riesgo de parto prematuro y/o de tener neonatos con retardo de crecimiento. - Intervenciones: Programas estandarizados o individualizados de apoyo social adicional, brindados en varias ocasiones durante el embarazo, mediante consultas a domicilio. - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: sin restricciones. - Cobertura geográfica: sin restricciones. - Idioma de publicación de los estudios: sin restricciones. - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): hasta 30 de enero 2003.
AMSTAR	9
Hallazgos	15 ECA (cifra se refiere sólo a los estudios elegibles para esta revisión). La calidad de los estudios clínicos fue, en general, de buena a excelente.
Participantes	Mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro y/o para tener neonatos de bajo peso al nacer, sin otras restricciones. El embarazo de riesgo se determinó a través de diversas variables: uno o varios partos prematuros, uno o varios partos de bajo peso al nacer, una o varias muertes perinatales, retardo de crecimiento intrauterino, menores de 18 años, hipertensión inducida por el embarazo, entre otras. En varios estudios las mujeres eran de condición socioeconómica baja. Condiciones específicas: - Madres adolescentes - Riesgo social (indigencia, pobreza extrema)
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: Todos los estudios fueron de VD durante el embarazo, en un rango entre las 14 y 36 semanas de gestación, desde el primer o segundo trimestre hasta el final del embarazo. En algunos estudios se realizó además contactos telefónicos. La mayoría de las VD fueron realizadas por enfermeras.

	Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: Controles prenatales de rutina en atención ambulatoria, sin visita domiciliaria. Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: etapa gestacional. Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: En 10 de los 15 estudios el prestador de salud fue una enfermera, en 4 los prestadores fueron asistentes sociales y en uno el apoyo fue proporcionado por un equipo multidisciplinario de enfermeras, psicólogos y mujeres legas con capacitación especial. En un estudio mujeres legas con capacitación especial proporcionaron todo el apoyo adicional. Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: La frecuencia de las VD fue variable, desde semanales hasta un máximo de 3 visitas durante el período de intervención. En varios estudios se mencionan visitas quincenales. Modelos de intervención: Dentro de las intervenciones se realizó control de salud prenatal, pruebas de tamizaje, monitoreo de la presión arterial, análisis de orina y otras pruebas de laboratorio, instrucción sobre los signos del trabajo de parto prematuro y prevención del trabajo de parto prematuro, apoyo y orientación psicosocial, fomento del uso apropiado de los servicios de salud, sociales y comunitarios, entre otros. Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: no se mencionan. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	Variables primarias: - Peso al nacer de recién nacidos vivos < 2.500 g. - Gestación < 37 semanas al momento del parto.
Referencia	Hodnett ED, Fredericks S. Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

s. Priest, 2008

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Determinar la efectividad de las intervenciones para reducir la exposición del niño al humo de tabaco ambiental.
Alcance	- Tipo de estudios: Ensayos controlados con y sin asignación aleatoria - Población objetivo de la revisión: padres, otros miembros de la familia, trabajadores al cuidado del niño y profesores de niños entre 0 y 12 años - Intervenciones: VD con consejería en tabaco - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: sin restricciones

	- Cobertura geográfica: sin restricciones - Idioma de publicación de los estudios: sin restricciones - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): octubre 2007
AMSTAR	9
Hallazgos	5 ECA
Participantes	Características generales de los sujetos de los estudios seleccionados: estudios en países desarrollados, padres fumadores o mujeres de riesgo psicosocial.
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: VD con consejería en uso de tabaco en ambiente del niño. Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: sin intervención, cuidados estándar, entrega de folletos. Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: desde nacimiento en algunos estudios, a programas en padres con niños de edad preescolar. Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: enfermera, agente de salud Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: desde 1 visita hasta programas de visitas por 6 meses. Modelos de intervención: en general consejería sobre ambientes saludables libres de humo. Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: apoyo telefónico, material audiovisual. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	Funcionamiento parental
Referencia	Priest N, Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Spencer N, Webster P, Ferguson-Thorne G. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD001746. DOI: 10.1002/14651858.CD001746.pub2.

t. Renfrew 2012

Diseño	Revisión sistemática
Objetivo	Evaluar la efectividad del apoyo a madres que amamantan
Alcance	- Tipo de estudios: los diseños elegibles fueron ensayos controlados aleatorizados o cuasi aleatorizados, que comparen apoyo adicional a madres sanas lactantes, de hijos de término sanos, con la atención materna habitual. - Población objetivo de la revisión: madres amamantando a sus hijos

	- Intervenciones: VD en conjunto con otras prestaciones - Nivel de desarrollo de los países de origen de los estudios: sin restricciones - Cobertura geográfica: sin restricciones - Idioma de publicación de los estudios: sin restricciones - Cobertura temporal (período de la búsqueda bibliográfica): 3 octubre de 2011
AMSTAR	11
Hallazgos	52 ECA / 31 contienen VD
Participantes	Características generales de los sujetos de los estudios seleccionados: madres amamantando a sus hijos, en los casos de intervenciones pre-natales, incluidas siempre y cuando entregasen soporte en lactancia post parto
Intervenciones	Descripción general de las intervenciones de los estudios seleccionados: VD pre y post natales, combinadas con soporte telefónico, visitas durante el puerperio hospitalario y educación en hospital Intervenciones de comparación en los estudios seleccionados: soporte telefónico v/s atención cara a cara, o sin visitas (sólo atención estándar) Etapas del ciclo vital que cubren las VD de los estudios seleccionados: post natal solo o antenatal siempre que incluya soporte post natal Nivel de formación de las personas que realizan la intervención de VD en los estudios seleccionados: Profesional y agente comunitario: pares consultores entrenados Dosis y frecuencia de las VD en los estudios seleccionados: la mayoría programas con visitas semanales el primer mes, 2 mensuales luego y mensuales al finalizar, generalmente hasta el 6to mes. Modelos de intervención: no detalla modelos propiamente tales, mayoría de intervenciones basadas en desarrollo de OMS/UNICEF Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: soporte telefónico, entrega de material escrito-ilustrado. No considerado en el análisis.
Variables de resultado	Indicadores de lactancia: - Interrupción de lactancia cualquiera o exclusiva antes de la última evaluación del estudio hasta el 6to mes, antes de 4-6 semanas, antes de 2, 3, 4, 6, 9 y 12 meses
Referencia	Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2012, Issue 5. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub4.

7.2 Características de los estudios excluidos

Estudio	Causal de exclusión
Ammerman 2010	No corresponde a revisión sistemática
Ashworth 2008	No reporta evidencia sobre efectividad de VD
Bahl 2010	No corresponde a revisión sistemática
Banwell 2002	No corresponde a revisión sistemática
Barlow 2009	Excluye estudios sobre VD
Barlow 2008	No permite analizar aisladamente estudios basados en VD
Barlow 2011	No permite analizar aisladamente estudios basados en VD
Bayer 2009	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Bennett 2008	Retirada por la Cochrane Collaboration (versión original no disponible)
Bull 2004	Revisión de revisiones sistemáticas publicadas hasta el 2000
Cooper 2009	No permite analizar aisladamente grupo de edad objetivo
Deanna 2005	Revisión no sistemática (describe revisiones ya incluidas individualmente)
Dennis 2005	Existe versión actualizada
Diggle 2009	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Drummond J 2002	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Dyson 2008	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Ellis 2011	Protocolo de revisión (resultados no disponibles)
Evanson 2006	No corresponde a revisión sistemática
Gogia 2010	Existe versión actualizada
Gonzalez 2008	No corresponde a revisión sistemática
Granado-Villar 2009	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Gray 2005	No corresponde a revisión sistemática
Hahn 2003	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Hannula 2008	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Hodnett 2005	Existe versión actualizada
LPC 2007	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Issel 2011	Tópico ya cubierto en otras revisiones
Jahanfar 2011	Protocolo de revisión (resultados no disponibles)
Janson 2002	No corresponde a revisión sistemática
Bull 2004	Revisión de revisiones sistemáticas anteriores al 2002
Kendrick 2008	Duplicado
Kotliarenco 2010	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Leis 2009	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Logsdon 2004	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Lumbiganon 2011	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Macdonald 2010	Protocolo de revisión (resultados no disponibles)
McKenzie 2011	No corresponde a revisión sistemática
McNaughton 2004	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Mikton 2009	Revisión de revisiones sistemáticas (ya incluidas individualmente)
Ministerio de Salud 2008	No corresponde a revisión sistemática

Moraga 2007a	Revisión no limitada a VD, cita estudios ya considerados en esta RS
Moraga 2007b	Revisión no limitada a VD, cita estudios ya considerados en esta RS
Newland 2006	No corresponde a revisión sistemática
Nygren 2004	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
O'brien 2009	No corresponde a revisión sistemática
O'Connor 2003	No corresponde a revisión sistemática
Olds 2007	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
OMS 2009	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Salinsky 2011	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Schiffman 2010	Revisión orientada a contextos rurales de Africa o similares
Segal 2012	No corresponde a revisión sistemática
Sharps 2008	Incluye algunos ECA ya analizados en otras RS de mejor calidad
TFCPS 2005	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Tucker 2006	No corresponde a revisión sistemática
Vanderveen 2009	No aporta resultados cuantitativos sobre efecto de las VD
Wilce 2011	No corresponde a revisión sistemática
Yonemoto 2011	Protocolo de revisión (resultados no disponibles)
Zercher 2004	No corresponde a revisión sistemática

7.3 Detalles del proceso de búsqueda

7.3.1 Fuentes

- Medline
- Lilacs / Scielo
- EMBASE
- Psycinfo
- NHS EED Database
- HTA Database
- DARE
- Cochrane Library
- Google (literatura gris)
- Sitios Web de organizaciones vinculadas al tema en EE.UU.: PEW, Supporting Evidence-Based Home Visiting, www.futureofchildren.org, Sure Start, National Resource Center for CBCAP, OPRE Administration for Children and Families U.S. Department of Health and Human Services; Australia: National Child Protection Clearinghouse.
- Listas de referencias de los artículos seleccionados

7.3.2 Estrategia: palabras clave y filtros

a. Palabras clave

(House Call[mh] OR home visit[tw])

b. Búsqueda de revisiones sistemáticas en Medline

Se utilizó el filtro de la NLM para PubMed (basado a su vez en lo propuesto en: Shojania KG, Bero LA. Taking advantage of the explosion of systematic reviews: an efficient MEDLINE search strategy. *Eff Clin Pract.* 2001 Jul-Aug;4(4):157-62).

(systematic review [ti] OR meta-analysis [pt] OR meta-analysis [ti] OR systematic literature review [ti] OR (systematic review [tiab] AND review [pt]) OR consensus development conference [pt] OR practice guideline [pt] OR cochrane database syst rev [ta] OR acp journal club [ta] OR health technol assess [ta] OR evid rep technol assess summ [ta]) OR ((evidence based[ti] OR evidence-based medicine [mh] OR best practice* [ti] OR evidence synthesis [tiab]) AND (review [pt] OR diseases category[mh] OR behavior and behavior mechanisms [mh] OR therapeutics [mh] OR evaluation studies[pt] OR validation studies[pt] OR guideline [pt])) OR ((systematic [tw] OR systematically [tw] OR critical [tiab] OR (study selection [tw]) OR (predetermined [tw] OR inclusion [tw] AND criteri* [tw]) OR exclusion criteri* [tw] OR main outcome measures [tw] OR standard of care [tw] OR standards of care [tw]) AND (survey [tiab] OR surveys [tiab] OR overview* [tw] OR review [tiab] OR reviews [tiab] OR search* [tw] OR handsearch [tw] OR analysis [tiab] OR critique [tiab] OR appraisal [tw] OR (reduction [tw] AND (risk [mh] OR risk [tw]) AND (death OR recurrence))) AND (literature [tiab] OR articles [tiab] OR publications [tiab] OR publication [tiab] OR bibliography [tiab] OR bibliographies [tiab] OR published [tiab] OR unpublished [tw] OR citation [tw] OR citations [tw] OR database [tiab] OR internet [tiab] OR textbooks [tiab] OR references [tw] OR scales [tw] OR papers [tw] OR datasets [tw] OR trials [tiab] OR meta-analy* [tw] OR (clinical [tiab] AND studies [tiab]) OR treatment outcome [mh] OR treatment outcome [tw])) NOT (letter [pt] OR newspaper article [pt] OR comment [pt])

c. Búsqueda de revisiones sistemáticas en EMBASE

Se utilizó el filtro del BMJ Evidence Centre information. The InterTASC Information Specialists' Sub-Group. Search filter resource. <http://www.york.ac.uk/inst/crd/intertasc/>

1. exp review/
2. (literature adj3 review\$).ti,ab.
3. exp meta analysis/
4. exp "Systematic Review"/
5. or/1-4
6. (medline or medlars or embase or pubmed or cinahl or amed or psychlit or psyclit or psychinfo or psycinfo or scisearch or cochrane).ti,ab.
7. RETRACTED ARTICLE/
8. 6 or 7
9. 5 and 8
10. (systematic\$ adj2 (review\$ or overview)).ti,ab.
11. (meta?anal\$ or meta anal\$ or meta-anal\$ or metaanal\$ or metanal\$).ti,ab.

12. 9 or 10 or 11

d. Estudios Económicos en Medline

Diseño de los autores tomando como base filtros de The Hedges Project (http://hiru.mcmaster.ca/hiru/HIRU_Hedges_home.aspx), los PubMed Health Services Research (HSR) Queries del National Library of Medicine National Information Center on Health Services Research and Health Care Technology (NICHSR), y los filtros de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) y del NHS Centre for Reviews and Dissemination de la University of York, www.crd.york.ac.uk/crdweb/html/help.htm.

(cost[tiab] OR costs[tiab] OR "costs and cost analysis"[mh] OR "economics"[Subheading] OR cost effective[tiab] OR economic[tiab] OR "Health Care Costs"[mh])

e. Estudios Económicos en EMBASE

Filtro adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network, <http://www.sign.ac.uk/methodology/filters.html>

- 1 Socioeconomics/
- 2 Cost benefit analysis/
- 3 Cost effectiveness analysis/
- 4 Cost of illness/
- 5 Cost control/
- 6 Economic aspect/
- 7 Financial management/
- 8 Health care cost/
- 9 Health care financing/
- 10 Health economics/
- 11 Hospital cost/
- 12 (fiscal or financial or finance or funding).tw.
- 13 Cost minimization analysis/
- 14 (cost adj estimate\$).mp.
- 15 (cost adj variable\$).mp.
- 16 (unit adj cost\$).mp.
- 17 Or/1-16

f. Estudios Primarios de efectividad en Medline

Filtro adaptado de: Cochrane Highly Sensitive Search Strategy for identifying randomized trials in MEDLINE: sensitivity-maximizing version (2008 revision); PubMed format, extraído de Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org, complementado con estrategia original de los autores para estudios de intervención no aleatorizados.

(randomized controlled trial [pt] OR controlled clinical trial [pt] OR randomized [tiab] OR randomly [tiab] OR trial [tiab] OR groups [tiab] OR effective*[tw] OR Comparative Study [pt] OR Evaluation Studies [pt] OR controlled [tiab] OR (before [tiab] AND after [tiab]) OR (time [tiab] AND series [tiab]) OR quasi-experimental OR "quasi experimental" OR (pre AND post))

g. Estudios Primarios de efectividad en EMBASE

Adaptados de Scottish Intercollegiate Guidelines Network, originalmente para ensayos aleatorizados, <http://www.sign.ac.uk/methodology/filters.html>

- 1 Clinical trial/
- 2 Randomized controlled trial/
- 3 Randomization/
- 4 Randomi?ed controlled trial\$.tw.
- 5 Rct.tw.
- 6 Random allocation.tw.
- 7 Randomly allocated.tw.
- 8 Allocated randomly.tw.
- 9 (allocated adj2 random).tw.
- 10 Prospective study/
- 11 Controlled.ti,ab.
- 12 (before.ti,ab. AND after.ti,ab.)
- 13 (time.ti,ab. AND series.ti,ab.)
- 14 quasi-experimental
- 15 "quasi experimental"
- 16 (pre AND post)
- 17 Or/1-17
- 18 Case study/
- 19 Case report.tw.
- 20 Abstract report/ or letter/
- 21 Or/19-21
- 22 not 22

h. Otras bases de datos y fuentes

En las restantes bases de datos la búsqueda se realizó primariamente a través de las palabras clave temáticas, y la selección se realizó manualmente según criterio de experto.

7.4 Análisis crítico revisiones sistemáticas seleccionadas

Título	Parent training support for intellectually disabled parents	Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de RN de bajo peso al nacer	Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto	Community Based Newborn Care: A Systematic Review and Meta-analysis of Evidence	Programas de crianza para la prevención de lesiones no intencionales en la niñez
Autor (Año)	Coren (2010)	Hodnett (2010)	Dennis (2008)	Gogia (2011)	Kendrick (2009)
Año de la Búsqueda	Abr 2009	Ene 2003	Ene 2004	Mar 2011	May 2005
1. ¿Fue un diseño "a priori"?	SI	SI	SI	SI	SI
2. ¿Hubo duplicación de la selección de los estudios y de la extracción de datos?	SI	SI	SI	SI	SI
3. ¿Se realizó una búsqueda amplia de la literatura?	SI	SI	SI	SI	SI
4. ¿Se omitió el estado de la publicación (ej., literatura gris) como criterio de inclusión?	SI	SI	SI	SI	SI
5. ¿Se provee una lista de los estudios incluidos y excluidos?	SI	SI	SI	NO	SI
6. ¿Se entregan las características de los estudios?	SI	SI	SI	SI	SI
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios?	SI	SI	SI	SI	SI
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad de los estudios en la formulación de conclusiones?	SI	No se puede afirmar	SI	SI	SI
9. ¿Fueron apropiados los métodos para combinar los hallazgos de los estudios?	SI	SI	SI	SI	SI
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	NA	NO	NO	SI	SI
11. ¿Fueron declarados los conflictos de interés?	SI	SI	SI	SI	SI
Comentarios	Revisión de alta calidad de acuerdo a estándares Cochrane; síntesis narrativa, falta de datos suficientes para realizar meta-análisis en 2 de los 3 estudios seleccionados. Insuficiente número de estudios para evaluar potencial sesgo de publicación.	Revisión de alta calidad de acuerdo a estándares Cochrane. Si bien se utilizaron gráficos de embudo para identificar sesgos, no se analizó formalmente el potencial de sesgo de publicación. Calidad de los estudios fue considerada en las conclusiones aunque de manera limitada.	Revisión de alta calidad de acuerdo a estándares Cochrane. No se analizó formalmente el potencial de sesgo de publicación.	Revisión sistemática de alta calidad. No identifica los estudios excluidos.	Revisión sistemática de alta calidad de acuerdo a estándares Cochrane.
Puntaje Amstar	10	9	10	10	10

Título	Visitas domiciliarias durante el embarazo y el postparto para mujeres con problemas de alcohol o drogas	The Effectiveness of Early Childhood Home Visitation in Preventing Violence	Home-based support for disadvantaged teenage mothers	Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes	The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and preterm birth in socially disadvantaged and vulnerable women in high-income countries: a systematic review
Autor (Año)	Doggett (2008)	Bilukha (2005)	MacDonald (2008)	Lassi (2010)	Hollowell (2011)
Año de la Búsqueda	Abr 2004	Jul 2001	Mar 2006	Ene 2010	Jul 2008
1. ¿Fue un diseño "a priori"?	SI	SI	SI	SI	SI
2. ¿Hubo duplicación de la selección de los estudios y de la extracción de datos?	SI	SI	SI	SI	SI
3. ¿Se realizó una búsqueda amplia de la literatura?	SI	SI	SI	SI	NO
4. ¿Se omitió el estado de la publicación (ej., literatura gris) como criterio de inclusión?	SI	SI	SI	SI	NO
5. ¿Se provee una lista de los estudios incluidos y excluidos?	SI	NO	SI	SI	NO
6. ¿Se entregan las características de los estudios?	SI	SI	SI	SI	SI
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios?	SI	SI	SI	SI	SI
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad de los estudios en la formulación de conclusiones?	SI	SI	SI	No se puede afirmar	SI
9. ¿Fueron apropiados los métodos para combinar los hallazgos de los estudios?	SI	SI	SI	SI	NA
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	NA	NO	SI	SI	NO
11. ¿Fueron declarados los conflictos de interés?	SI	SI	SI	SI	SI
Comentarios	Revisión de alta calidad de acuerdo a estándares Cochrane. Insuficiente número de estudios para evaluar potencial sesgo de publicación.	Revisión de alta calidad. No identifica los estudios excluidos. Síntesis de resultados se realizó según criterios desarrollados por The Task Force on Community Preventive Services, que consideran N° y calidad de estudios originales y consistencia entre sus resultados.	Revisión de alta calidad de acuerdo a estándares Cochrane. Esta revisión esta siendo reformulada por objeciones de un grupo involucrado en uno de los programas evaluados, basadas en la separación de los estudios según edad de las madres, y en la selección de los outcomes.	Revisión de alta calidad de acuerdo a estándares Cochrane. Calidad de los estudios fue considerada en las conclusiones aunque de manera limitada.	Búsqueda en fuentes limitadas (revisión focalizada en estudios de países de OCDE). Se seleccionó solo estudios publicados en revistas. No identifica los estudios excluidos. No se realizó meta-análisis (estudios heterogéneos).
Puntaje Amstar	10	9	11	10	6

Título	Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy	Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families	A meta-analysis of longitudinal research on preschool prevention programs for children	A meta-analysis of home visiting programs: Moderators of improvements in maternal behavior	Home Visiting Evidence of Effectiveness Review
Autor (Año)	Lumley (2009)	Miller (2012)	Nelson (2003)	Nievar (2010)	Paulsell (2010)
Año de la Búsqueda	Jun 2008	Sep 2010	2000	2008	Nov 2009
1. ¿Fue un diseño "a priori"?	SI	SI	SI	SI	SI
2. ¿Hubo duplicación de la selección de los estudios y de la extracción de datos?	SI	SI	NO	SI	SI
3. ¿Se realizó una búsqueda amplia de la literatura?	SI	SI	SI	NO	SI
4. ¿Se omitió el estado de la publicación (ej., literatura gris) como criterio de inclusión?	SI	SI	SI	NO	SI
5. ¿Se provee una lista de los estudios incluidos y excluidos?	SI	SI	NO	NO	NO
6. ¿Se entregan las características de los estudios?	SI	SI	SI	SI	SI
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios?	SI	SI	SI	NO	SI
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad de los estudios en la formulación de conclusiones?	SI	SI	NO	NO	SI
9. ¿Fueron apropiados los métodos para combinar los hallazgos de los estudios?	SI	SI	SI	SI	NA
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	SI	NA	NO	NA	NO
11. ¿Fueron declarados los conflictos de interés?	SI	SI	NO	NO	SI
Comentarios	Revisión de alta calidad de acuerdo a estándares Cochrane.	Revisión de alta calidad de acuerdo a estándares Cochrane. Insuficiente número de estudios para evaluar potencial sesgo de publicación.	No identifica los estudios excluidos. No se comenta la calidad de los estudios en las conclusiones.	Búsqueda en fuentes limitadas. Se excluyó estudios no publicados. No identifica los estudios excluidos. No se analizó la calidad individual de los estudios.	No identifica los estudios excluidos. Síntesis de evidencia y calificación de efectividad según criterios específicos del Department of Health and Human Services (HHS) y de la What Works Clearinghouse (WWC) de EE.UU., no incluye meta-análisis.
Puntaje Amstar	11	10	6	4	8

Título	Early developmental intervention programs post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants	Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families With Young Children	Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem	Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke	Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health
Autor (Año)	Spittle (2009)	Sweet (2004)	Turnbull (2012)	Priest (2008)	Shaw (2006)
Año de la Búsqueda	Feb 2006	2001	Nov 2011	Oct 2007	2005
1. ¿Fue un diseño "a priori"?	SI	SI	SI	SI	SI
2. ¿Hubo duplicación de la selección de los estudios y de la extracción de datos?	SI	SI	SI	SI	No se puede afirmar
3. ¿Se realizó una búsqueda amplia de la literatura?	SI	NO	SI	SI	NO
4. ¿Se omitió el estado de la publicación (ej., literatura gris) como criterio de inclusión?	SI	NO	SI	SI	No se puede afirmar
5. ¿Se provee una lista de los estudios incluidos y excluidos?	SI	NO	SI	SI	NO
6. ¿Se entregan las características de los estudios?	SI	NO	SI	SI	SI
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios?	SI	No se puede afirmar	SI	SI	SI
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad de los estudios en la formulación de conclusiones?	SI	NO	SI	NO	NO
9. ¿Fueron apropiados los métodos para combinar los hallazgos de los estudios?	SI	SI	SI	SI	No se puede afirmar
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	NO	SI	NA	NO	NO
11. ¿Fueron declarados los conflictos de interés?	SI	NO	SI	SI	NO
Comentarios	Revisión de alta calidad de acuerdo a estándares Cochrane. No se menciona análisis del potencial de sesgo de publicación.	Búsqueda en fuentes limitadas (revisión focalizada en estudios de EE.UU.). No identifica los estudios excluidos. No se entregan detalles de las características ni la calidad de los estudios individuales, sólo en forma agregada. No se comenta la calidad de los estudios en las conclusiones.	Revisión de alta calidad de acuerdo a estándares Cochrane. Insuficiente número de estudios para evaluar potencial sesgo de publicación.	Revisión de alta calidad de acuerdo a estándares Cochrane. No se menciona análisis del potencial de sesgo de publicación, ni se comenta la calidad de los estudios en las conclusiones.	Búsqueda en fuentes limitadas (revisión focalizada en estudios de países desarrollados). Se omiten detalles del proceso de selección y extracción de datos. No identifica los estudios excluidos. No se comenta la calidad de los estudios en las conclusiones. Tampoco se detallan resultados de estudios NS.
Puntaje Amstar	10	4	10	9	3

Título	Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies	Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes
Autor (Año)	Renfrew (2012)	Whitworth (2009)
Año de la Búsqueda	Oct 2011	Feb 2009
1. ¿Fue un diseño "a priori"?	SI	SI
2. ¿Hubo duplicación de la selección de los estudios y de la extracción de datos?	SI	SI
3. ¿Se realizó una búsqueda amplia de la literatura?	SI	SI
4. ¿Se omitió el estado de la publicación (ej., literatura gris) como criterio de inclusión?	SI	SI
5. ¿Se provee una lista de los estudios incluidos y excluidos?	SI	SI
6. ¿Se entregan las características de los estudios?	SI	SI
7. ¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios?	SI	SI
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad de los estudios en la formulación de conclusiones?	SI	SI
9. ¿Fueron apropiados los métodos para combinar los hallazgos de los estudios?	SI	SI
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?	SI	NA
11. ¿Fueron declarados los conflictos de interés?	SI	SI
Comentarios	Revisión de alta calidad de acuerdo a estándares Cochrane.	Revisión de alta calidad de acuerdo a estándares Cochrane. Insuficiente número de estudios para evaluar potencial sesgo de publicación.
Puntaje Amstar	11	10

7.5 Resultados de los estudios seleccionados

7.5.1 Resultados sobre el desarrollo psicomotor

Fuente	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
MacDonald 2008	1 ECA (Field 1982)	VD postparto a madres adolescentes	Bayley Psychomotor Development Index	A 12 meses: puntaje grupo intervenido 109 vs 102 en controles (P < 0.01) A 24 meses 105 vs 97 (P = <0.05).
Spittle 2009	1 ECA (APIP 1998)	Programa de VD de intervención temprana en niños prematuros vs. Sin VD	Puntaje Escala Movement-ABC (5 años)	APIP: RR 1.04 [IC95%: 0.78 a 1.38] P >0,05 NS
Spittle 2009	1 ECA (APIP 1998)	Programa de VD de intervención temprana para niños prematuros con edad gestacional < 28 sem. vs. No VD	Índice cognitivo en Escala de Desarrollo Mental de Griffiths (24 meses)	DM: 0.09 [IC95%: -0.25 a 0.43] P = 0.60 NS
Spittle 2009	1 ECA (APIP 1998)	Programa de VD de intervención temprana para niños prematuros con edad gestacional > 28 sem. vs No VD	Índice cognitivo en Escala de Desarrollo Mental de Griffiths (24 meses)	DM: 0.39 [IC95%: -0.06 a 0.84] P=0.09 NS
Turnbull 2012	3 ECA (Black 1994; Grant 1996; Schuler 2000)	Programas VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas vs. No visitas	Metanálisis de los 3 estudios: Bayley Psychomotor Development Index (PDI)	DMP 3,14; IC del 95%: -0,03 a 6,32). (NS)
Turnbull 2012	1 ECA (Grant 1996)	Programas VD postparto en mujeres con problemas de	Retraso psicomotor significativo (PDI ≥ 2 DE bajo la	RR 3.26 [1.00, 10.59] a favor de grupo control

alcohol o drogas
vs. No visitas

media
poblacional)

7.5.2 Resultados sobre el desarrollo cognitivo

Fuente	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
MacDonald 2008	4 ECA (Cappleman 1982; Elmira Study 1986; Field 1982; Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Denver Developmental Screening Test (DDST)	1 ECA: Sin diferencias entre los grupos a los 12 y 30 meses de edad.
			Bayley Mental Development Index (MDI)	3 ECA: resultados NS 1 ECA: 112 vs 105 a 12 meses ($P = 0.05$), y 104 vs 98 a 2 años ($P = 0.05$).
			Stanford-Binet IQ tests	3 ECA: resultados NS
			Cattell Infant Intelligence Scale	1 ECA: resultados NS
Miller 2012	4 ECA, meta-análisis, $n=285$ (Madden 1984, Scarr 1988, Infante-Rivard 1989, Powell 1989)	Programa VD en familias en desventaja social con niños preescolares vs. no VD	Puntaje en: Cattell Developmental and Intelligence Scale; Stanford Binet Intelligence Test; Bayley Scales of Infant Development; Griffiths Mental Development Scale	DME: 0.30 [IC95%: -0.18 a 0.78] (NS)
Spittle 2009	2 ECA (APIP 1998, Barrera 1986)	Programa de VD de intervención temprana en niños prematuros vs. Sin VD	Índice cognitivo en Escala de Desarrollo Mental de Griffiths (24 meses)	APIP: DM 0.19 [IC95%: -0.06 a 0.45] $P > 0,05$ NS

		2 ECA (n = 389)	Puntaje Escala de Aptitudes Intelectuales BAS II (5 años)	APIP: DM -0.09 [IC95%: -0.40 a 0.21] P >0,05 NS
			Índice general cognitivo de Escala de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños, McCarthy (5 años)	Barrera: DM -0.05 [IC95%: -0.68 a 0.58] P >0,05 NS
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Compromiso académico (reporte de profesores) Destrezas sociales en sala de clases Procesamiento mental (indicador compuesto según la Kaufman Assessment Battery for Children, KABC) Logros aritméticos y en lectura (KABC) Vocabulario receptivo (PPVT - III)	Resultados a 6 años de seguimiento: NS en todas las variables
Nelson 2003	17 estudios controlados ECC/ECA	Programas de prevención pre-escolares vs. Control TMi=187, TMc=178	Indicador compuesto de desarrollo cognitivo en edad preescolar. Tamaño de efecto promedio (d)	d=0.52
Nelson 2003	27 estudios controlados ECC/ECA	Programas de prevención pre-escolares vs. Control	Indicador compuesto de desarrollo cognitivo en	d=0,30 E=8.8

		TMi=170, TMc=161	período escolar. Tamaño de efecto promedio (d) E: edad promedio al máximo seguimiento.	
Nelson 2003	---	Programas de prevención pre-escolares vs. Control	Indicador compuesto de desarrollo cognitivo en edad de secundaria o posterior.	Sin estudios suficientes.
Turnbull 2012	3 ECA (Black 1994; Grant 1996; Schuler 2000)	Programas VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas vs. No visitas	Black 1994: Bayley Mental Development Index (MDI) Metanálisis de los 3 estudios (MDI)	RR 1,36 de retraso cognitivo a los 3 años; IC 95%: 0,41 a 4,45 (NS) DMP 2,89; IC 95%: -1,17 a 6,95 (NS)
Turnbull 2012	1 ECA Black 1994	Programas VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas vs. No visitas	Puntuación HOME	DMP 3,70; IC 95%: -0,06 a 7,46 (NS)
Sweet 2004	82 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 41 programas de VD.	Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD.	Resultado combinado del grupo de variables relacionadas con desarrollo cognitivo	TE: 0,184 p< 0.001 (Tamaño de efecto pequeño)
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 60 programas de VD.	Análisis univariado ANOVA o regresión (variables categóricas o	Resultados combinados de los grupos de variables relacionadas con desarrollo	TE: 0.165 vs. TE: -0.104 P<0,01 Resultado positivo en desarrollo cognitivo a favor de programas

Nota: N° de comparaciones varía según el tipo de contraste.	continuas), entre estudios, según contexto: VD con población específica vs. Población universal. VD dirigidas a familias en riesgo psicosocial, o padres de bajos ingresos, o madres adolescentes vs. VD no dirigidas a ese tipo de familias.	cognitivo	de VD con población específica vs. Población universal.
--	---	------------------	--

7.5.3 Resultados sobre el desarrollo del lenguaje

Fuente	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Logros en lectura (KABC) Vocabulario receptivo (PPVT - III)	Resultados a 6 años de seguimiento: NS

7.5.4 Resultados sobre el desarrollo afectivo

Fuente	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
Miller 2012	3 ECA (Field 1982, Madden 1984, Scarr 1988)	Programa VD en familias en desventaja social con niños preescolares vs. no VD	Carey Infant Temperament Questionnaire, a los 4 meses (durante intervención) y 8 meses (post intervención). Puntaje en Cain Levine Social Competency Scale (habilidades de comunicación) Observación de rendimiento en tareas de enseñanza materna	Puntaje promedio 3.4 vs. 3.8 $P < 0,05$ a los 4 meses, y NS a los 8. DME 0.47 [IC95%: 0.08 a 0.86] $P < 0.05$ DME 0.39 [IC95%: 0.00 a 0.78] $P < 0.05$
Nelson 2003	---	Programas de prevención pre-escolares vs. Control	Indicador compuesto de desarrollo socioemocional en edad preescolar.	Sin estudios suficientes.
Nelson 2003	19 estudios controlados ECC/ECA	Programas de prevención pre-escolares vs. Control T _{Mi} =183, T _{Mc} =177	Indicador compuesto de desarrollo socioemocional en período escolar. Tamaño de efecto promedio (d) E: edad promedio al máximo seguimiento.	d=0,27 E=8.7
Nelson 2003	10 estudios controlados ECC/ECA	Programas de prevención pre-escolares vs. Control T _{Mi} =149, T _{Mc} =84	Indicador compuesto de desarrollo socioemocional en edad de secundaria o posterior. Tamaño de efecto promedio (d) E: edad promedio al máximo seguimiento.	d=0,33 E=17.9
Bilukha	2 estudios, 1	EE.UU. 1980–1981 y	Escala de	NS en ambos

2005	ECA (Achenbach 1993) y 1 Estudio prospectivo con grupo control, no aleatorizado (St. Pierre 1999)	1992–1995 Madres de bajos ingresos. VD 2 a 4 al mes, por paraprofesionales y enfermeras	externalización de la conducta Infantil (a los 5 años en un estudio y a los 9 años en el otro)	casos.
Bilukha 2005	2 estudios, 1 ECA (Olds 1998) y 1 estudio prospectivo no aleatorizado con controles pareados (Lally 1988)	EE.UU. 1969–1971 y 1978–1982 Mayoritariamente mujeres jóvenes (18 años o menos) solteras y de bajos ingresos. VD 1 x semana, iniciada en 2º o 3º trimestre del embarazo, hasta los 2-5 años del niño, por paraprofesional en un caso y enfermera en el otro.	Nº de sujetos procesados entre los 13 y 16 años Actos delictuales mayores (evaluados a los 15 años) Arrestos (autoreportado, a los 15 años) Condenas (autoreportado, a los 15 años) Arrestos (reporte de la madre)	I: 4 (6%) C: 12 (22%); -72.3% (p=0.01) I: 3.57 / C: 3.02; + 18.2% (NS) I: 0.17 / C: 0.36 - 52.8% (p<0.01) I: 0.10 / C: 0.27 - 63.0% (p<0.01) I: 0.08 / C: 0.12 - 33.3% (p<0.01)
Sweet 2004	49 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 24 programas de VD.	Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD.	Resultado combinado del grupo de variables relacionadas con desarrollo socioemocional	TE: 0,096 p< 0.001

7.5.5 Resultados sobre las habilidades sociales

Fuente	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variabes de resultado	Resultados
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Destrezas sociales en sala de clases	Resultados a 6 años de seguimiento: NS
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Child Behavior Checklist (CBCL)	46.0 vs 49.2 al término de la intervención, DM 3.2 IC95% -0.6 a 7.0 (NS); a 6 años persisten NS
MacDonald 2008	1 ECA (Elmira Study 1986)	VD postparto a madres adolescentes	A 15 años de seguimiento: Actos antisociales menores, actos delictivos mayores, problemas psicosociales, inicio de vida sexual, embarazo o paternidad, suspensiones en la escuela, número de cigarrillos fumados, número de días usando drogas o alcohol	Resultados NS
			Incidencia de parejas sexuales	Grupo intervenido 0.92 vs 2.48 en controles (P=0.003)
				1.09 vs 2.49 (P=0.03)
			Días de consumo de alcohol	
			Encuentros con justicia criminal:	0.24 vs 0.60 (P=0.003)
			Fugas	0.20 vs 0.45 (P=0.03)

			Arrestos	0.09 vs 0.47 (P < 0.001)
			Condenas o violación de libertad condicional	Resultados NS
			Detenciones por la policía	Resultados NS
			Envío a correccionales	
Nelson 2003	---	Programas de prevención pre-escolares vs. Control	Indicador compuesto de desarrollo socioemocional en edad preescolar.	Sin estudios suficientes.
Nelson 2003	19 estudios controlados ECC/ECA	Programas de prevención pre-escolares vs. Control TMi=183, TMc=177	Indicador compuesto de desarrollo socioemocional en período escolar.	d=0,27 E=8.7
			Tamaño de efecto promedio (d) E: edad promedio al máximo seguimiento.	
Nelson 2003	10 estudios controlados ECC/ECA	Programas de prevención pre-escolares vs. Control TMi=149, TMc=84	Indicador compuesto de desarrollo socioemocional en edad de secundaria o posterior.	d=0,33 E=17.9
			Tamaño de efecto promedio (d) E: edad promedio al máximo seguimiento.	
Bilukha 2005	2 estudios, 1 ECA (Achenbach 1993) y 1 Estudio prospectivo con grupo control, no aleatorizado (St. Pierre 1999)	EE.UU. 1980–1981 y 1992–1995 Madres de bajos ingresos. VD 2 a 4 al mes, por	Escala de externalización de la conducta Infantil (a los 5 años en un estudio y a los 9 años en el otro)	NS en ambos casos.

		paraprofesionales y enfermeras		
Nelson 2003	2 estudios, 1 ECA (Olds 1998) y 1 estudio prospectivo no aleatorizado con controles pareados (Lally 1988)	EE.UU. 1969– 1971 y 1978– 1982 Mayoritariamente mujeres jóvenes (18 años o menos) solteras y de bajos ingresos.	Nº de sujetos procesados entre los 13 y 16 años Actos delictuales mayores (evaluados a los 15 años)	I: 4 (6%) C: 12 (22%); -72.3% (p=0.01) I: 3.57 / C: 3.02; + 18.2% (NS)
		VD 1 x semana, iniciada en 2º o 3º trimestre del embarazo, hasta los 2-5 años del niño, por paraprofesional en un caso y enfermera en el otro.	Arrestos (autoreportado, a los 15 años) Condenas (autoreportado, a los 15 años) Arrestos (reporte de la madre)	I: 0.17 / C: 0.36 - 52.8% (p<0.01) I: 0.10 / C: 0.27 - 63.0% (p<0.01) I: 0.08 / C: 0.12 - 33.3% (p<0.01)
Turnbull 2012	1 ECA Butz 1998	Programas VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas vs. No visitas	Problemas conductuales Child Behavioural Checklist a los 18 meses	RR 0,46; IC 95%: 0,21 a 1,01 DMP -3,10; IC 95%: -7,26 a 1,06 (NS)
Sweet 2004	49 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 24 programas de VD.	Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD.	Resultado combinado del grupo de variables relacionadas con desarrollo socioemocional	TE: 0,096 p< 0.001

7.5.6 Resultados sobre la lactancia

Fuente	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
MacDonald 2008	2 ECA (Memphis Study 1997, Quinlivan 2003)	VD postparto a madres adolescentes	Reporte de madres (Sí/No) sobre intento de amamantar al menos una vez en el primer año	1 ECA: 26% versus 16% (OR 1.9; IC95% 1.2 a 2.9, $P < 0.01$)
			Duración de la lactancia	2 ECA: resultados NS
			Inicio de la lactancia en el hospital	1 ECA: RR 1.04; IC95% 0.88 a 1.24 (NS)
			Proporción de madres amamantando al alta	1 ECA: RR 1.05; IC95% 0.84 a 1.30, $P=0.69$ (NS)
			Proporción de madres amamantando a 6 meses	1 ECA: RR 1.00; IC95% 0.55 a 1.82, $P=1.00$
Renfrew 2012	15 ECA: Barros 1994, Bonuck 2005, Chapman 2004, Coutinho 2005, de Oliveira 2006, Di Napoli 2004, Gagnon 2002, Graffy 2004, Mongeon 1995, Morrell 2000, Muirhead 2006, Porteous 2000, Pugh 2007, Quinlivan 2003, Wrenn 1997 (cuasialeatizado)	Principalmente países desarrollados, madres de hijos sanos. VD postparto, por matrona, enfermera o agente comunitaria entrenada en lactancia	Suspensión de lactancia (cualquiera) antes de 4-6 semanas	12 de 15 favorables a la intervención, aunque solo 3 ES, RR entre 0.12 y 0.99; 3 ECA RR 1,04-1,11 y 1,60 (NS).
Renfrew 2012	10 ECA: Barros 1994	Principalmente países	Suspensión de lactancia	Todos excepto uno favorables a la

	Lynch 1986 Mongeon 1995 Morrell 2000 Morrow 1999 Pugh 2002 Quinlivan 2003 Sjolin 1979 Tylleskar 2011a Vitolo 2005	desarrollados, madres de hijos sanos. VD postparto, por matrona, enfermera o agente comunitaria entrenada en lactancia	(cualquiera) antes de 6 meses	intervención, aunque solo 2 ES, RR entre 0.31 y 0.98; un ECA RR 1,03 (NS).
Renfrew 2012	14 ECA: Aksu 2011 Bonuck 2005 Coutinho 2005 de Oliveira 2006 Gagnon 2002 Graffy 2004 Haider 2000 Morrell 2000 Morrow 1999 Muirhead 2006 Porteous 2000 Sjolin 1979 Vitolo 2005 Wrenn 1997	Principalmente países desarrollados, madres de hijos sanos. VD postparto, por matrona, enfermera o agente comunitaria entrenada en lactancia	Suspensión de lactancia exclusiva: Antes de 4-6 semanas	Todos excepto uno favorables a la intervención, 5 de los 14 ES, RR entre 0.29 y 0.97; un ECA RR 1,02 (NS).
Renfrew 2012	5 ECA: Aksu 2011 Bhandari 2003 Pugh 2002 Sjolin 1979 Vitolo 2005	Principalmente países desarrollados, madres de hijos sanos. VD postparto, por matrona, enfermera o agente comunitaria entrenada en lactancia	Suspensión de lactancia exclusiva: Antes de 6 meses	Todos favorables a la intervención RR entre 0.67 y 0.97, 2/5 ES
Renfrew 2012	1 ECA (Pugh 1998)	EE.UU., madres de hijos sanos, VD postparto, por enfermera entrenada	Duración de lactancia (promedio número de días)	+100.0 % DM: 48.00 [-10.98, 106.98] (NS)
Turnbull 2012 Resultados sobre	2 ECA (Bartu 2006; Quinlivan 2000)	Programa VD postparto en mujeres con problemas de	Sin lactancia a los 6 meses	RR 0,95 [IC95%: 0,83 a 1,10]. NS

lactancia

alcohol o
drogas vs. No
visitas

7.5.7 Resultados sobre la salud física de los niños

Referencia	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
Hollowell, 2011	1 ECA (Kafatos, 1991)	Florina, Grecia. Mujeres rurales desventajadas SE VD quincenal, hasta 12 meses del niño. Asesoría nutricional, más higiene general, preparación para el parto, lactancia materna y atención del recién nacido, realizada por enfermeras de atención primaria rural, vs. cuidado estándar. I= n 296, C= n 263	% PPT < 37 sem sin ajustar Mortalidad neonatal (<27 días), n (%)	I: 3.7% C: 8.3% p < 0.04. 6 (2.1%) vs. 5 (2.0%) NS
Hollowell, 2011	1 ECA (Kitzman, 1997)	Memphis, Tennessee USA. Mujeres predominantemente afroamericanas, con bajo ingreso, con factores de riesgo sociodemográficos múltiples (solteras, desempleadas y/o con menos de 12 años de educación). I=518, C=681 VD intensivas durante embarazo, por enfermeras (programa basado en el modelo 'Elmira'/Family Nurse Partnership vs.	% PPT < 37 sem % PPT espontáneo < 37 sem	% sin ajustar I: 11% C: 13% OR ajustado= 0.8 (95% CI 0.6-1.2) NS % sin ajustar 8% vs. 9% OR ajustado= 0.8 (0.5-1.3) NS

		cuidado estándar		
Hollowell, 2011	1 ECA (Bryce 1991)	Australia. Mujeres de alto riesgo, algunas con PPT anterior	PPT estratificado por clase social:	OR estratificado (IC95%) 0.84 (0.65-1.09) NS
		VD a intervalos de 4-6 semanas con apoyo telefónico. Matronas brindan apoyo emocional, y además apoyo instrumental (información, consejo) a demanda, vs. cuidado estándar. I= n 981, C= n 986	Profesional Administrativo Trabajador manual	0.59 (0.36-0.96) 1.00 (0.64-1.56) 0.96 (0.59-1.56)
			Mortalidad neonatal antes del alta	1.4% vs. 0.6%
			Mortalidad post neonatal antes del alta	0% vs. 0.2%
Hollowell, 2011	ECA (Oakley 1990)	Reino Unido. Mujeres predominantemente de "clase trabajadora" con BPN anterior	% PPT (<37sg)	18% vs. 19%
		Mínimo 3 VD antenatal a las 14, 20 y 28 sem, más 2 contactos telefónicos, por matronas, vs. cuidado estándar. I= n 255, C= n 254	Estratificado por edad gestacional:	
			< 28 sg	2% vs. 1%
			28-32 sg	3% vs. 4%
			33-36 sg	13% vs. 14%
			37+	82% vs. 81%
			Mortalidad neonatal	1% vs. 1%
Lassi 2010	12 Estudios (n =136,425): 2 Estudios cuasi-experimentales (Baqui-CARE INDIA 2008, Alisjahbana 1995), 3 ECA (Bhutta 2008, Bhutta 2010, Kumar 2008, Greenwood 1990, Jokhio 2005, Foord 1995, Kafatos 1991)	Estudios en India, Pakistan, Africa, sudeste asiático y 1 en Grecia. Principalmente mujeres embarazadas, y otros miembros de la familia en 2 de los estudios. Paquetes de intervenciones que incluyen movilización comunitaria mas VD pre y post natales, realizados por trabajadores y agentes comunitarios con entrenamiento básico.	Mortalidad Infantil	Meta-análisis: RR 0.76; IC95% 0.68 a 0.84
Gogia 2011	9 ECA (Jokhio	Países de bajos	Mortalidad	RR = 0,72

	2005, Bang 1999, Baqui 2008, Baqui 2009, Bhutta 2008, Darmstadt 2010, Bhutta 2010, Kumar 2008, Kafatos 1991)	recursos. Cuidados neonatales basados en la comunidad a través de VD, realizadas por trabajadores comunitarios de salud	Neonatal	(0,60 a 0,85) p <0,0001
Hodnett 2010	11 ECA, n = 10.237 (Blondel 1990; Bryce 1991; Iedema-Kuiper 1996; Klerman 2001; Moore 1998; Oakley 1990; Olds 1986; Rothberg 1991b; Spencer 1989; Spira 1986; Villar 1993)	Embarazadas con alto riesgo de parto prematureo y/o bajo peso al nacer. Programa de VD de apoyo durante el embarazo en riesgo vs. atención habitual durante el embarazo.	Gestación < 37 semanas al momento del parto.	RR = 0,96; IC95%: 0,86 a 1,07. (NS)
Hodnett 2010	15 ECA (n = 12.354 mujeres)	Embarazadas con alto riesgo de parto prematureo y/o bajo peso al nacer. Programa de VD de apoyo durante el embarazo vs. atención habitual durante el embarazo.	Gestación < 37 semanas al momento del parto. Peso al nacer de recién nacidos vivos < 2.500 g.	Las intervenciones de apoyo social a embarazadas en riesgo no se asociaron con disminución en el número de neonatos prematureos o de bajo peso al nacer.
Hodnett 2010	13 ECA, n=10.235 (Heins 1990, Iedema-Kuiper 1996, Klerman 2001, McLaughlin 1992, Moore 1998, Norbeck 1996, Oakley 1990, Olds 1986, Rothberg	Embarazadas con alto riesgo de parto prematureo y/o bajo peso al nacer. Programa de VD de apoyo durante el embarazo en riesgo vs. atención habitual durante el embarazo.	Peso al nacer de recién nacidos vivos < 2.500 g.	RR = 0,98; IC 95%: 0,89 a 1,08. (NS)

	1991a, Rothberg 1991b, Spencer 1989, Spira 1986, Villar 1993)			
Lassi 2010	1 ECA (Field 1982)	VD postparto a madres adolescentes	Peso y talla	A 12 meses: grupo intervenido 10.02 kg / 76 cm vs 9.31 kg / 74 cm ($P < 0.05$) A 24 meses 11.6 kg versus 10.26 kg ($P < 0.05$)
Kendrick 2009	15 estudios. 11 ECA; 1 ensayo controlado no aleatorizado; 1 estudio parcialmente aleatorizado con dos ramas asignadas aleatoriamente y una no aleatorizada; 2 estudios antes-después controlados (ADC) y uno de los ECA también incluyó un ADC dentro del mismo estudio.	Visitas domiciliarias con programas educativos vs. sin VD o VD sin programa educativo.	Variedad de medidas de resultado relacionadas con la salud infantil y seguridad en el hogar.	Efecto positivo sobre la seguridad en el hogar y la tasa de lesiones en la niñez.
Kendrick 2009	12 estudios, 9 de ellos ECA (Armstrong 2000, Duggan 1999, Emond 2002, Fergusson 2005, Gutelius 1977, Hardy 1989, IHDP 1990, Johnson 1993, Kitzman 1997, Larson 1980, Minkovitz	VD dirigidos a mejorar una variedad de medidas de resultado relacionadas con la salud infantil vs. sin VD.	N° de lesiones atendidas por un médico o autoinformadas	RR 0,82 [IC95%: 0,71 a 0,95]

	2003, Olds 1986)			
Kendrick 2009	3 ECA (Johnston 2004, Kitzman 1997, Larson 1980)	VD dirigidas a mejorar una variedad de medidas de resultado relacionadas con la seguridad ambiental vs. sin VD.	HOME (puntuación general)	Resultados superiores en aprox. 2 puntos de la escala en grupo intervenido. Johnston: DM 0,10 [IC95%: 0,02 a 0,17] Kitzman: 32,3 vs. 30,9 a 24 meses; p = 0,003. Larson: 41.2 vs. 39.0 a 18 meses; p = 0.041
Kendrick 2009	1 ECA (Olds 1986)	VD dirigidas a mejorar una variedad de medidas de resultado relacionadas con la salud y seguridad ambiental vs. sin VD.	Riesgos observados en el hogar	34 meses: media 0,22 vs. 0,38 [DE no informada]; p = 0,04 46 meses: 0,21 vs. 0,46; p= 0,003)
Kendrick 2009	1 ECA (Llewellyn 2003)	VD con programa de aprendizaje vs. información escrita sin VD.	Implementación de precauciones para reducir riesgo de lesiones	Media 88,09 [DE 34,92] vs. media 57,50 [DE 11,48] p < 0,001

7.5.8 Resultados sobre el ingreso a la escuela

No se identificó estudios que aportaran resultados en este dominio, y cumplieran los criterios de inclusión.

7.5.9 Resultados según las etapas del ciclo vital en se realiza la intervención

Fuente	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
Kendrick 2009	1 ECA, con dos brazos de intervención: grupo A: programa pre-post natal, grupo B: programa post natal) (Larson 1980)	VD dirigidas a mejorar una variedad de medidas de resultado relacionadas con la salud y seguridad ambiental	Puntuación HOME	Media grupo A a las 6 semanas, y a los 6, 12 y 18 meses: 29.3; 35.2; 40.1; 41.2 vs. media de grupo B: 25.8; 33.7; 37.8; 38.6; (DE no informada) $p < 0,05$ en todas las comparaciones
Bilukha 2005	26 ECA y estudios prospectivos controlados no aleatorizados	Comparación indirecta entre estudios, según período que cubren las VD: Prenatal, Post-natal o Ambas	% cambio promedio en incidencia de abuso/negligencia en el grupo intervención vs control	Prenatal: - 23,7% (6 estudios, 4 NS y 2 positivos) Post-natal: - 20,9% (16 estudios, 11 NS y 5 positivos) Ambas: -74,3% (4 estudios, los 4 NS)
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no	Análisis univariado ANOVA o	Resultados combinados de los grupos de	Resultados NS en todos los casos

	controlados) sobre 60 programas de VD. Nota: N° de comparaciones varía según el tipo de desenlace	regresión (variables categóricas o continuas), entre estudios, según características de la intervención. Operacionalizada como la edad promedio de los niños al término del programa (definida de esta forma por la gran superposición y redundancia de las edades diana entre los distintos programas).	variables relacionadas con desarrollo cognitivo, maltrato infantil potencial, conductas parentales, y educación materna	
		Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD		
Renfrew 2012	16 ECA postnatal 8 ECA pre y postnatal	Principalmente países desarrollados, madres de hijos sanos, VD postparto	Suspensión de lactancia (cualquiera) antes de 6 meses	Diferencias NS entre los 2 subgrupos
		Análisis de Subgrupo según etapas del ciclo vital que cubren las VD: Sólo apoyo post-natal vs. apoyo post-natal + componente de apoyo antenatal		
Renfrew 2012	10 ECA postnatal 5 ECA pre y postnatal	Principalmente países desarrollados,	Suspensión de lactancia (cualquiera) antes	Diferencias NS entre los 2 subgrupos

		madres de hijos sanos, VD postparto	de 4-6 semanas	
		Análisis de Subgrupo según etapas del ciclo vital que cubren las VD: Sólo apoyo post-natal vs. apoyo post-natal + componente de apoyo antenatal		
Turnbull 2012	Todos los estudios realizaron las visitas domiciliarias casi exclusivamente después del parto.	Programas VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas vs. No visitas.	N/A	No hay
Resultados según variables secundarias: el momento de la intervención		No se pudo realizar análisis de subgrupos por el momento de la intervención (ej. postnatal vs prenatal o combinada)		

7.5.10 Resultados según la dosis y frecuencia de las visitas

Fuente	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
MacDonald 2008	5 ECA (Cappleman 1982; Elmira Study 1986; Field 1982; Memphis Study 1997; Quinlivan 2003) visitors.	VD postparto a madres adolescentes; posible impacto diferencial de la intervención en relación a etnia, competencia intelectual de los padres, tiempo, frecuencia e intensidad de las VD, y quién realiza la VD	Cualquiera	No fue posible evaluarlo por escasez de estudios que proveyeran datos al respecto.
Nelson 2003	10 estudios con programas de más de 1 año, 6 de 1 año o menos	Análisis de moderadores de efecto en meta-análisis (análisis de varianza tipo ANOVA): intervención de más de un año vs. ≤ un año	Indicador compuesto de desarrollo cognitivo en edad preescolar. Tamaño de efecto promedio (d)	d=0.53, CI 0.35 - 0.72 vs. d=0.09, CI 0.03 - 0.19 Diferencia significativa
Nelson 2003	15 estudios con programas de más de 1 año, 4 de 1 año o menos	Análisis de moderadores de efecto en meta-análisis (análisis de varianza tipo ANOVA): intervención de más de un año vs. ≤ un año	Indicador compuesto de desarrollo socioemocional en edad escolar. Tamaño de efecto promedio (d)	d=0.27, CI 0.16 - 0.38 vs. d=0.06, CI 0.01 - 0.12 Diferencia significativa
Nelson 2003	8 estudios con programas que incluyeron más de 300 sesiones, 8 con intervenciones de 300 sesiones o menos	Análisis de moderadores de efecto en meta-análisis (análisis de varianza tipo ANOVA): intervención de más de 300	Indicador compuesto de desarrollo cognitivo en edad preescolar. Tamaño de efecto promedio	d=0.57, CI 0.40 - 0.74 vs. d=0.5, CI 0.09 - 0.40 Diferencia significativa

		sesiones vs. ≤ 300	(d)	
Nelson 2003	15 estudios con programas que incluyeron más de 300 sesiones, 4 con intervenciones de 300 sesiones o menos	Análisis de moderadores de efecto en meta-análisis (análisis de varianza tipo ANOVA): intervención de más de 300 sesiones vs. ≤ 300	Indicador compuesto de bienestar parental-familiar en período escolar. Tamaño de efecto promedio (d)	d=0.57, CI 0.44 - 0.70 vs. d=0.05, CI -0.03 - 0.14 Diferencia significativa
Nievar 2010	29 ensayos controlados aleatorizados y estudios cuasi experimentales (n = 6,453 participantes)	Comparación indirecta. Grupo de estudios con frecuencia intensiva de VD (al menos 3 al mes) vs. grupo con frecuencia no intensiva	TE resultados sobre conducta materna.	TE promedio ponderado programas intensivos: 0,58 (moderado) vs. 0,27 de los no intensivos. Análisis de varianza significativo para la diferencia de efecto entre ambos tipos de programas (p < 0,001)
Bilukha 2005	26 ECA y estudios prospectivos controlados no aleatorizados	Comparación indirecta entre estudios	Correlación de Spearman entre duración y tamaño de efecto	Spearman rho: -0.52; p=0.01 Asociación significativa (mayor efecto a mayor duración)
Gogia 2011	9 ECA (Jokhio 2005, Bang 1999, Baqui 2008, Baqui 2009, Bhutta 2008, Darmstadt 2010, Bhutta 2010, Kumar 2008, Kafatos 1991)	Análisis de subgrupos por metaregresión (multivariable). Países de bajos recursos. Cuidados neonatales basados en la comunidad a través de VD, realizadas por trabajadores	Mortalidad Neonatal	En el estudio con mayor número de VD exhibió el mayor efecto, y el con menor número de VD la menor reducción, sin embargo los efectos de los estudios intermedios

		comunitarios de salud.		fueron inconsistentes con el número de VD.
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 60 programas de VD. Nota: N° de comparaciones varía según el tipo de desenlace	Análisis univariado ANOVA o regresión (variables categóricas o continuas), entre estudios, según características de la intervención: n° de visitas Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD	Resultado combinado del grupo de variables relacionadas con: Desarrollo cognitivo Maltrato infantil potencial, con conductas parentales, y con educación materna	b: 0,004 p<0,05 Resultados muestran tendencia a un efecto mayor, a un mayor n° de visitas NS para los 3 desenlaces
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 60 programas de VD. Nota: N° de comparaciones varía según el tipo de desenlace	Análisis univariado ANOVA o regresión (variables categóricas o continuas), entre estudios, según características de la intervención: duración de las VD (N° de horas) Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD	Resultado combinado del grupo de variables relacionadas con: Desarrollo cognitivo Maltrato infantil potencial, con conductas	b: 0,006 (horas de visitas) p<0,05 Resultados muestran tendencia a un efecto mayor, a medida que aumenta el número de horas de las visitas NS para los 3 desenlaces

			parentales, y con educación materna	
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 60 programas de VD. Nota: N° de comparaciones varía según el tipo de desenlace	Análisis univariado ANOVA o regresión (variables categóricas o continuas), entre estudios, según características de la intervención: duración planificada del programa de VD. Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD	Resultado combinado del grupo de variables relacionadas con: Desarrollo cognitivo Maltrato infantil potencial Conductas parentales y educación materna	NS b: - 0.015 p ≤ 0,05 Resultado implica que a mayor duración del programa menor tamaño de efecto. NS en ambos casos
Renfrew 2012	5 ECA con menos de 4 10 ECA con 4 a 8 8 ECA con 9 o más	Principalmente países desarrollados, madres de hijos sanos, VD postparto Análisis de Subgrupo según dosis y frecuencia de las VD: número de contactos post natales: Menos de 4 vs. 4 a 8 vs 9 o más	Suspensión de lactancia (cualquiera) antes de 6 meses	Diferencias NS entre los 3 subgrupos (Tampoco tendencia a efecto dosis-respuesta)
Renfrew 2012	5 ECA con menos de 4 3 ECA con 4 a 8 5 ECA con 9 o más	Principalmente países desarrollados, madres de hijos sanos, VD postparto	Suspensión de lactancia (cualquiera) antes de 4-6 semanas	Diferencias NS entre los 3 subgrupos (Tampoco tendencia a efecto dosis-

				respuesta)
Análisis de Subgrupo según dosis y frecuencia de las VD: número de contactos post natales: Menos de 4 vs. 4 a 8 vs 9 o más				
Turnbull 2012	a) 2 ECA (Dakof 2003; Quinlivan 2000)	Programas VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas vs. No visitas.	Fracaso en enrolar a la madre en programa de tratamiento por drogas:	
	b) 5 ECA estudios (Bartu 2006; Black 1994; Butz 1998; Grant 1996; Schuler 2000)	<u>Análisis estratificado:</u>	a) 1 ECA	RR 0,22 (0,10 a 0,48)
		a) Visitas domiciliarias durante menos de 6 meses	b) 1 ECA	RR 0,84 (0,63 a 1,12)
		b) Prolongación de las visitas domiciliarias durante más de 6 meses	Fracaso en retención en programa de tratamiento por drogas:	
Turnbull 2012	a) 4 ECA (Dakof 2003; Black 1994; Grant 1996; Schuler 2000)	Programas VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas vs. No visitas.	a) 1 ECA	RR NS en ambos casos.
	b) 3 ECA estudios (Bartu 2006; Butz 1998; Quinlivan 2000)	<u>Análisis estratificado:</u>	b) 2 ECA	
		a) Visitas domiciliarias al menos 1 vez por semana	Otras comparaciones no factibles.	
		b) Visitas domiciliarias con	Consumo continuado de drogas ilícitas:	
Turnbull 2012	a) 4 ECA (Dakof 2003; Black 1994; Grant 1996; Schuler 2000)	Programas VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas vs. No visitas.	a) Metanálisis de 3 ECA	RR NS en ambos meta-análisis
	b) 3 ECA estudios (Bartu 2006; Butz 1998; Quinlivan 2000)	<u>Análisis estratificado:</u>	b) Metanálisis de 2 ECA	
		a) Visitas domiciliarias al menos 1 vez por semana	Consumo continuado de alcohol:	
		b) Visitas domiciliarias con	a) Metanálisis de 3 ECA	RR NS en ambos meta-análisis
Turnbull 2012			b) Metanálisis de 2 ECA	
			Fracaso de	

	frecuencia < 1 vez por semana.	retención en el tratamiento a 6 meses: a) 1 ECA b) 1 ECA	RR NS en ambos estudios
		Otras comparaciones no factibles.	

7.5.11 Resultados según el nivel de formación / capacitación especializada en VD de la persona que realiza la intervención

Fuente	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
Bilukha 2005	26 ECA y estudios prospectivos controlados no aleatorizados	Comparación indirecta entre estudios, según la persona que realiza las VD: Enfermera, Paraprofesionales, Trabajadores de Salud Mental	% cambio promedio en incidencia de abuso/negligencia en el grupo intervención vs control	Enfermera: -48,7% (5 estudios, los 5 NS) Paraprofesional: -17,7% (18 estudios, 11 NS y 7 positivos) Trabajadores de Salud Mental: -44,5% (3 estudios, los 3 NS)
Dennis 2008	2 ECA (Armstrong 1999, MacArthur 2002) vs. 1 ECA (Morrell 2000)	Comparación indirecta: 2 ECA con VD posteriores al parto por profesionales (enfermeras o matronas), programa de entre 4 y 24 semanas de duración, vs cuidados estándar (n= 1663), y 1ECA con VD posteriores al parto por	EPDS > 12	VD por profesionales: RR (efectos fijos) 0.68 [IC del 95% 0.55, 0.84] VD por trabajador comunitario: RR=0.89 [IC del 95% 0.62, 1.27] (NS)

		trabajador comunitario vs cuidados estándar (n= 1663).		
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 60 programas de VD. Nota: N° de comparaciones varía según el tipo de desenlace	Análisis univariado ANOVA o regresión (variables categóricas o continuas), entre estudios, según características de la intervención. VD realizadas por profesionales vs. VD realizadas por paraprofesionales o por no profesionales Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD	Resultado combinado del grupo de variables relacionadas con: Desarrollo cognitivo Maltrato infantil potencial Conductas parentales y con educación materna	Profesionales TE: 0.250 vs. No profesionales TE: - 0.070, p<0,05 Paraprofesionales TE: 0.577 vs. Profesionales TE: 0.132 vs. No profesionales TE: -0.085 p<0,01 NS en ambos casos
Renfrew 2012	15 ECA por profesional 7 ECA por no profesional 4 ECA por ambos	Principalmente países desarrollados, madres de hijos sanos, VD postparto Análisis de Subgrupo según quién realiza la intervención: Profesional (matrona, enfermera) vs. no profesional (agente comunitaria) o ambas	Suspensión de lactancia (cualquiera) antes de 6 meses	RR 0.85 para no profesionales, vs. RR 0.94 y RR 0.97 para profesionales o ambos respectivamente, P = 0.05 Favorable a no profesionales, pero p límite y alta heterogeneidad
Renfrew 2012	10 ECA por profesional 6 ECA por no	Principalmente países desarrollados,	Interrupción de lactancia hasta las 4-6 semanas	Diferencias NS entre los 3 subgrupos

	profesional 1 ECA por ambos	madres de hijos sanos, VD postparto		Alta heterogeneidad
		Análisis de Subgrupo según quién realiza la intervención: Profesional (matrona, enfermera) vs. no profesional (agente comunitaria) o ambas		
Priest 2008	5 ECA (Conway 2004, Emmons 2001, Greenberg 1994, Armstrong 2000, Wiggins 2005)	EE.UU. y Australia, padres fumadores o mujeres de riesgo psicosocial.	Consumo de tabaco en los padres.	3 ECA con VD realizadas por trabajadores de salud comunitarios: NS en todos los casos
		Comparación indirecta entre estudios: trabajadores de salud comunitarios, vs. enfermeras		2 ECA con VD realizadas por enfermeras: CPD: DM I= 4,8 Control= -1,0 P=0.01 en un caso; Prevalencia de consumo a los 12 meses I=8,6% C= 23,8% (P <0,05) en el segundo.
Nievar 2010	29 ensayos controlados aleatorizados y estudios cuasi experimentales (n = 6,453 participantes)	Comparación indirecta. Visitadores profesionales vs. paraprofesionales	TE resultados sobre conducta materna.	Análisis de varianza no significativo para efectos en ambos tipos de estudio.
MacDonald 2008	5 ECA (Cappleman 1982; Elmira Study 1986; Field 1982; Memphis Study 1997; Quinlivan 2003) visitors.	VD postparto a madres adolescentes; posible impacto diferencial de la intervención en relación a etnia, competencia	Cualquiera	No fue posible evaluarlo por escasez de estudios que proveyeran datos al respecto.

		intelectual de los padres, tiempo, frecuencia e intensidad de las VD, y quién realiza la VD		
Turnbull 2012	a) 4 ECA (Bartu 2006; Black 1994; Butz 1998; Quinlivan 2000)	Programas VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas vs. No visitas.	Consumo continuado de drogas ilícitas: a) Metanálisis de 2 ECA c) 1 ECA	RR NS en ambos casos
	b) 1 ECA (Dakof 2003)			
	c) 2 ECA (Grant 1996; Schuler 2000)	<u>Análisis estratificado:</u> a) VD por enfermera b) VD por consejero entrenado c) VD por trabajador no profesional entrenado	Consumo continuado de alcohol: a) Metanálisis de 2 ECA c) 1 ECA Fracaso en enrolar a la madre en programa de tratamiento por drogas: b) 1 ECA c) 1 ECA Desarrollo cognitivo (Bayley MDI) a) 1 ECA c) Metanálisis de 2 ECA Desarrollo psicomotor (Bayley PDI) a) 1 ECA c) Metanálisis de 2 ECA	RR NS en ambos casos RR 0,22 (0,10 a 0,48) RR 0,84 (0,63 a 1,12) DM: NS DM: NS DM: NS DM: NS

7.5.12 Resultados según el modelo de intervención utilizado

Referencia	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
Kendrick 2009	1 ECA (Llewellyn 2003)	Comparación directa VD con programa educativo vs. VD sin programa educativo (apoyo social) vs. atención habitual sin VD	Identificación de peligros dentro del hogar Identificación de precauciones para reducir el riesgo de lesiones	Media 76,25 [DE 10,64] vs. 54,82 [DE 15,78] Media 78,85 [DE 17,24] vs. 48,91 [DE 15,36] p < 0,001 Programa educativo se entrega mediante las VD. Resultado significativo a favor de VD con programa de aprendizaje vs. VD sin programa educativo.
Nelson 2003	10 estudios con componente de seguimiento, 17 sin éste.	Análisis de moderadores de efecto en meta-análisis (análisis de varianza tipo ANOVA): programas con seguimiento durante escuela primaria vs. sin seguimiento	Indicador compuesto de desarrollo cognitivo en edad escolar. Tamaño de efecto promedio (d)	d=0.42, CI 0.32 - 0.51 vs. d=0.20, CI 0.09 - 0.30 Diferencia significativa
Whitworth 2009	1 ECA; n=1579 mujeres (Lumley 2006)	VD en mujeres de alto riesgo, con intervención en promoción de salud pre-gestacional con asesoría activa. vs. VD sin asesoría activa.	Variables relacionadas con la salud del niño al momento del parto.	Resultados predominantemente no significativos en nacimientos pre término, edad gestacional, anomalías congénitas.
Whitworth 2009	1 ECA; n=1579 mujeres (Lumley 2006)	Comparación directa, por tipo de intervención. VD en mujeres de alto riesgo, con	Baja edad gestacional al momento del nacimiento (< 10°	RR: 1,30 [IC95%: 0,83 a 2,04] (NS)

		intervención en promoción de salud pre-gestacional con asesoría activa. vs. VD sin asesoría activa.	percentil) Tasa de nacimientos pre término (< 37 semanas) Peso al nacer gr. Anomalía congénita	RR: 1.42 [IC95%: 0.77 a 2.59] (NS) Diferencia promedio -97,00 [IC95%: -168,05 a -25,95] RR: 2,57 [IC95%: 0.50 a 13.20]
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 60 programas de VD. Nota: N° de comparaciones varía según el tipo de desenlace	Análisis univariado ANOVA o regresión (variables categóricas o continuas), entre estudios, según objetivo primario del programa de VD: desarrollo infantil vs. otro Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD	Resultados combinados de los grupos de variables relacionadas con Desarrollo cognitivo, Maltrato infantil potencial, Conductas parentales, Educación materna	NS para todos los desenlaces.
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 60 programas de VD. Nota: N° de comparaciones varía según el tipo de desenlace	Análisis univariado ANOVA o regresión (variables categóricas o continuas), entre estudios, según objetivo primario del programa de VD: prevención de abuso vs. otro. Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs.	Resultados combinados de los grupos de variables relacionadas con: Maltrato infantil potencial Desarrollo cognitivo, conductas parentales,	TE: 0.516 vs. M: 0.123 P=0,056 NS para los 3 desenlaces

		sin VD	educación materna	
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 60 programas de VD. Nota: N° de comparaciones varía según el tipo de desenlace	Análisis univariado ANOVA o regresión (variables categóricas o continuas), entre estudios, según objetivo primario del programa de VD: crecimiento materno (autosuficiencia, apoyo social, autoayuda) vs. otro. Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD	Resultados combinados de los grupos de variables relacionadas con: Del niño: desarrollo cognitivo, maltrato infantil potencial De la madre: conductas parentales, educación materna	En general (múltiples comparaciones, detalle en estudio original): Resultados a favor de programas no orientados a crecimiento materno Resultados a favor de programas orientados a crecimiento materno Efectos positivos sobre desenlaces maternos y no sobre los del niño
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 60 programas de VD. Nota: N° de comparaciones varía según el tipo de desenlace	Análisis univariado ANOVA o regresión (variables categóricas o continuas), entre estudios, según objetivo primario del programa de VD: cuidados / atención de salud vs. otro. Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD	Resultado combinado del grupo de variables relacionadas con: Desarrollo cognitivo Maltrato infantil potencial Conductas / actitudes parentales Educación materna	TE=0,263 vs. TE=0,085 p<0,05 NS TE=0,444 vs. TE=0,088 p<0,05 NS
Renfrew 2012	10 ECA contacto cara a cara 14 ECA contacto mixto	Principalmente países desarrollados, madres de hijos sanos, VD postparto Análisis de Subgrupo	Suspensión de lactancia (cualquiera) antes de 6 meses	Diferencias NS entre los 2 subgrupos Alta heterogeneidad

		según Modelos de intervención / Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: Tipo de contacto: Predominantemente contacto cara a cara vs. cara a cara + contacto de apoyo telefónico		
Renfrew 2012	6 ECA contacto cara a cara 9 ECA contacto mixto	Principalmente países desarrollados, madres de hijos sanos, VD postparto Análisis de Subgrupo según Modelos de intervención / Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: Tipo de contacto: Predominantemente contacto cara a cara vs. cara a cara + contacto de apoyo telefónico	Suspensión de lactancia (cualquiera) antes de 4-6 semanas	Diferencias NS entre los 2 subgrupos Alta heterogeneidad

7.5.13 Resultados según la interconexión de la intervención con otras ofertas de servicios a las familias

Referencia	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
Bilukha 2005	26 ECA y estudios prospectivos controlados no aleatorizados	Comparación indirecta entre estudios, según incluya sólo VD o multicomponente	% cambio promedio en incidencia de abuso/negligencia en el grupo intervención vs	Sólo VD: -31,9% (17 estudios, 13 NS y 4 positivos) Multicomponente: -46,3% (9 estudios,

			control	6 NS y 3 positivos)
Renfrew 2012	10 ECA contacto cara a cara	Principalmente países desarrollados, madres de hijos sanos, VD postparto	Suspensión de lactancia (cualquiera) antes de 6 meses	Diferencias NS entre los 2 subgrupos Alta heterogeneidad
	14 ECA contacto mixto	Análisis de Subgrupo según Modelos de intervención / Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: Tipo de contacto: Predominantemente contacto cara a cara vs. cara a cara + contacto de apoyo telefónico		
Renfrew 2012	6 ECA contacto cara a cara	Principalmente países desarrollados, madres de hijos sanos, VD postparto	Suspensión de lactancia (cualquiera) antes de 4-6 semanas	Diferencias NS entre los 2 subgrupos Alta heterogeneidad
	9 ECA contacto mixto	Análisis de Subgrupo según Modelos de intervención / Interconexión con otras ofertas de servicios a las familias: Tipo de contacto: Predominantemente contacto cara a cara vs. cara a cara + contacto de apoyo telefónico		
Nelson 2003	10 estudios con componente educativo, 6 sin éste.	Análisis de moderadores de efecto en meta-análisis (análisis de varianza tipo ANOVA): programas con un componente educativo preescolar (educación directa a los niños) vs. sin ese componente	Indicador compuesto de desarrollo cognitivo en edad preescolar. Tamaño de efecto promedio (d)	d=0.53, CI 0.33 - 0.73 vs. d=0.09, CI 0.02 - 0.15 Diferencia significativa
Nelson 2003	19 estudios con componente educativo, 8	Análisis de moderadores de efecto en meta-análisis (análisis de varianza	Indicador compuesto de desarrollo cognitivo en edad	d=0.30, vs. d=0.22 (NS)

sin éste.	tipo ANOVA): programas con un componente educativo preescolar (educación directa a los niños) vs. sin ese componente	escolar. Tamaño de efecto promedio (d)
-----------	---	--

7.5.14 Resultados según las características sociodemográficas de la población intervenida

No se identificó estudios que aportaran comparaciones adicionales a las presentadas, y cumplieran los criterios de inclusión. Mayoría de los estudios estuvo dirigido a poblaciones de riesgo de diversa índole.

7.5.15 Resultados según otras condiciones culturales o geográficas de la población intervenida

No se identificó estudios que aportaran comparaciones adicionales a las presentadas, y cumplieran los criterios de inclusión. Mayoría de los estudios estuvo dirigido a poblaciones de riesgo de diversa índole. Pocos estudios en países de ingresos medios, la gran mayoría de países desarrollados (pero poblaciones vulnerables), o en países pobres. Difícil identificar patrones, por la variabilidad de los escenarios.

7.5.16 Resultados en contextos de maltrato infantil

Fuente	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Reportes de abuso o abandono	Resultados NS a 2 y 4 años OR 0.9 (IC95% 0.138 a 6.30); a 15 años, en submuestra de menor nivel SE y solteras, ajustada por variables demográficas, se encontró menor

				incidencia de reportes verificados (diferencia en log de incidencia: 1.61 IC95% 0.87 a 2.35)
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Lesiones e ingestiones detectadas	Diferencia en log de incidencia: 0.25 IC95% -0.00 a 0.50
Bilukha 2005	11 ECA (Barth 1991, Duggan 1999, Gray 1979, Marcenko 1996, Broton 1986, Dawson 1989, Hardy 1989, Kitzman 1997, Larson 1980, Olds 1998, Siegel 1980) 9 Estudios prospectivos con grupo control no aleatorizados, con o sin pareo (Brayden 1993, Flynn 1999, Honig 2001, Huxley 1993, Katzev 1999, Mulsow 1996, Velásquez 1984, Caruso Whitney 1997, Wagner 1999)	Mayoría de EE.UU., 1 de Canadá Principalmente jóvenes o adolescentes, de bajos ingresos, algunos casos clasificados como "en riesgo" de abuso infantil, VD pre y postparto o sólo postparto por enfermera o paraprofesionales, o trabajadores de Salud Mental	Informes confirmados o no de abuso infantil o negligencia al término del estudio o en el seguimiento	20 comparaciones con resultados NS (tanto a favor de intervención como control): -23.1% (NS) +39.5% (NS) -33.3% (NS) -73.6% (NS) -12.3% (NS) -75.0% (NS) +30.8% (NS) +94.1% (NS) +13.0% (NS) -48.7% (NS) -9.2% (NS) +228.4% (NS) -84.7% (NS) -2.9% (NS) -18.7% (NS) +47.5% (NS) +128.9% (NS) -1.7% (NS) -45% (NS) -31.9% (NS) 6 comparaciones con resultados estadísticamente significativos a favor de la intervención: -63.1% (p<0.05) -100% (p<0.01)

				-78.0% (p<0.01)
				-44.5% (p<0.01)
				-46.3% (p<0.01)
				-100% (p<0.05)
Bilukha 2005	2 ECA (Barth 1991, Duggan 1999)	Todos de EE.UU.	Informes confirmados de abuso infantil al término del estudio	-23.1% (NS)
	4 Estudios prospectivos con grupo control no aleatorizados, con o sin pareo (Brayden 1993, Flynn 1999, Honig 2001, Huxley 1993, Katzev 1999)	Clasificados como "en riesgo" de abuso infantil, jóvenes o adolescentes		+39.5% (NS)
		VD post-parto (algunos inicio prenatal) por 6-24 meses, paraprofesional en la mayoría, algunos con profesionales.		-33.3% (NS)
				-73.6% (NS)
				-12.3% (NS)
				inicio prenatal: -63.1% (p<0.05)
				postnatal: -75.0% (NS)
				+30.8% (NS)
Bilukha 2005	1 ECA (Gray 1979)	EE.UU.	Lesiones sospechosas de abuso/negligencia	-100% (p<0.01)
	2 Estudios prospectivos con grupo control no aleatorizados (Mulsow 1996, Velásquez 1984)	Clasificados como "en riesgo" de abuso infantil, jóvenes o adolescentes	Reportes de abuso y negligencia (a los 2 años)	+94.1% (NS)
		VD pre y post-parto o sólo post-parto por enfermera	N° niños que experimentaron episodios de abuso, negligencia o salidas del hogar, en 18 meses	-78.0% (p<0.01)
Bilukha 2005	ECA (Marcenko 1996)	EE.UU.	Ubicación fuera del hogar (medido a los 16 meses)	+13.0% (NS)
		Clasificados como "en riesgo" de abuso infantil, jóvenes o adolescentes		
		VD pre y post-parto por 12 meses, paraprofesionales		
Sweet 2004	7 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 7	Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a	Resultado combinado del grupo de variables relacionadas con	TE: 0,318 (NS)

	programas de VD.	familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD.	prevención abuso infantil: abuso	
Sweet 2004	16 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 13 programas de VD.	Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD.	Resultado combinado del grupo de variables relacionadas con prevención abuso infantil: abuso potencial	TE: 0,239 p< 0.001
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 60 programas de VD. Nota: N° de comparaciones varía según el tipo de contraste.	Análisis univariado ANOVA o regresión (variables categóricas o continuas), entre estudios, según contexto: VD dirigidas a familias en riesgo psicosocial vs. VD no dirigidas a ese tipo de familias. VD con población específica vs. Población universal. VD dirigidas a padres de bajos ingresos vs. VD no dirigidas a ese tipo de familias. VD dirigidas a madres adolescentes vs. VD no dirigidas a madres adolescentes.	Resultados combinados de los grupos de variables relacionadas con: Maltrato infantil potencial familias en riesgo psicosocial Maltrato infantil potencial padres de bajos ingresos	TE: 0.355 vs. TE: -0.011 P<0,01 TE: 0.354 vs. TE: 0.086 P<0,01 Resultado positivo en maltrato infantil potencial, a favor de programas de VD para población en riesgo psicosocial vs. el resto de los estudios
Turnbull 2012 Resultados sobre	3 ECA (Quinlivan 2000; Schuler 2000; Black 1994)	Programas VD postparto en mujeres con problemas de	1 ECA: maltrato o descuido del niño (lesión no-accidental)	1 evento (NS)

maltrato / abuso	alcohol o drogas vs. No visitas	Riesgo de violencia doméstica.	No reportado
		1 ECA: Uso de servicios de protección infantil	RR 0,38; IC 95%: 0,20 a 0,74
		1 ECA: Child Abuse Potential Inventory z- score; dominio niño de la puntuación Parenting Stress Index z-score	DMP -0,90 (IC 95%: -1,61 a - 0,19) DMP -0,50 (IC 95%: -0,78 a - 0,22)

7.5.17 Resultados en contextos de psicopatología materna

d. Depresión en el embarazo o postparto

Referencia	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Depresión materna usando escala RAND. Puntajes ajustados por recursos psicológicos, nivel socioeconómico.	DM no significativa en score de depresión a 24 meses y 4 años.
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Ansiedad materna usando subescala de la escala RAND a 24 meses. Puntajes ajustados por recursos psicológicos, nivel socioeconómico.	DM no significativa en score de ansiedad a 24 meses: 99.4 versus 100.3, dif. 1.2 (IC95% -0.4 a 2.2), NS
Shaw 2006	1 ECA (MacArthur 2002)	VD en mujeres post parto sin factores riesgo psicosocial vs. no VD	Puntaje en subescala Salud Mental de SF- 36 % de mujeres con puntaje mayor a 12 en Escala de depresión postnatal de Edinburgh	DM: 2.96 a favor del grupo intervención [IC95%: 1.16 a 4.77] p=0.002 21.25 vs 14.39% [IC95%: -11.99 a - 1.71] p =0.010

Shaw 2006	1 ECA (Armstrong 1999)	VD en mujeres post parto con riesgo de maltrato infantil o disfunción familiar vs. No VD	Puntaje mayor a 12 en Escala de depresión postnatal de Edinburgh Puntaje Parenting Stress Index	5.8% vs 20.7%, p=0.003 a favor del grupo intervención Favorable a intervención (puntajes no reportados)
Dennis 2008	3 de los 15 ECA reportan resultados de intervenciones basadas en VD (Armstrong 1999, MacArthur 2002, Morrell 2000)	Evalúa intervenciones psicosociales y psicológicas con posterioridad al parto, algunas basadas en VD, sobre el riesgo de depresión postparto.	Sintomatología depresiva en la evaluación final del estudio (EPDS > 12)	Los 3 ECA efecto favorable a intervención; 2 NS y uno sí: Meta-análisis: RR 0,68 (IC 95%: 0,54 a 0,84)

e. Consumo abusivo de alcohol o drogas

Referencia	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
Turnbull 2012	7 ECA (n=950 mujeres) (Butz 1998; Schuler 2000, Dakof 2003; Quinlivan 2000, Black 1994, Grant 1996; Bartu 2006)	Programa VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas vs. No visitas	Amplia gama de desenlaces utilizados	Resultados predominantemente NS
Turnbull 2012	3 ECA (Butz 1998; Schuler 2000; Bartu 2006).	Programa VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas vs. No visitas	Consumo continuado de alcohol Consumo continuado de drogas	RR 1,18 [IC95%: 0,96 a 1,46]. NS RR 1,05 [IC95%: 0,89 a 1,24]. NS
Turnbull 2012	2 ECA (Dakof 2003; Schuler 2000)	Programa VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas	Inscripción en programas de tratamiento por drogas	RR 0,45 [IC95%: 0,10 a 1,94]. NS

		vs. No visitas		
Turnbull 2012	3 ECA (Bartu 2006; Black 1994; Dakof 2003)	Programa VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas	Retención en el tratamiento a las 4 semanas	RR 0,54 [IC95%: 0,35 a 0,84]. P<0,05
Turnbull 2012	3 ECA (Bartu 2006; Black 1994; Dakof 2003)	Programa VD postparto en mujeres con problemas de alcohol o drogas	Retención en el tratamiento a los 90 días	RR 0,93 [IC95%: 0,69 a 1,25]. NS
Resultados según contexto: patrones de consumo de alcohol y/o drogas de las mujeres.	1 ECA Schuler 2000	Análisis de subgrupos post hoc basado en el consumo actual de drogas de la madre	Medidas de resultado del desarrollo de los recién nacidos (RN): MDI	Efecto global del ensayo fue NS. En el subgrupo de los RN de madres sin consumo actual de drogas del grupo que recibió VD, se observó un aumento del MDI. En el subgrupo de madres con consumo activo no se observó efecto.
			Medidas de resultado del desarrollo de los recién nacidos: PDI	Efecto global del ensayo fue positivo DMP 4,21; IC 95%: 0,83 a 7,59), pero la diferencia no logró significación estadística en ningún subgrupo.
				Análisis post hoc y resultados globales NS restan credibilidad al hallazgo. Para la PDI tampoco se demostró la interacción.

f. Otros (trastorno bipolar, trastorno de personalidad)

Fuente	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados

No se identificó estudios elegibles relacionados con este contexto.

7.5.18 Resultados en contextos de condiciones especiales de cuidado

d. Madres adolescentes

Fuente	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
MacDonald 2008 Resultados generales de la revisión	5 ECA (Cappleman 1982; Elmira Study 1986; Field 1982; Memphis Study 1997; Quinlivan 2003)	VD postparto a madres adolescentes	<u>Resultdos maternos</u> Aspectos importantes de la vida materna, crianza de los hijos, o resultados psicosociales de las madres adolescentes; <u>Resultados del niño</u> resultados sociales y de desarrollo para los hijos. Nota: los autores hacen notar, sin embargo, que la mayoría de los estudios individuales de esta revisión reportó una gama de resultados más amplia que los que se incluyeron aquí, y que la selección de los outcomes se realizó a través de un panel de expertos.	Escasos resultados que apoyen la efectividad de las VD. A excepción de las vacunas, donde 2 estudios aportaron datos combinables, no fue posible combinar estudios sobre otros outcomes. <u>Resultdos maternos:</u> algunos resultados positivos en reiniciar educación, entorno del hogar, y potencial de abuso y de castigo físico. <u>Resultados del niño:</u> resultados positivos en completar vacunación, y en algunos estudios en desarrollo motor, mental y crecimiento a 12 y 24 meses. Mixtos en abuso y abandono.
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Depresión materna usando escala RAND. Puntajes ajustados	DM no significativa en score de depresión a 24 meses y 4 años.

			por recursos psicológicos, nivel socioeconómico.	
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Ansiedad materna usando subescala de la escala RAND a 24 meses. Puntajes ajustados por recursos psicológicos, nivel socioeconómico.	DM no significativa en score de ansiedad a 24 meses: 99.4 versus 100.3, dif. 1.2 (IC 95% -0.4 a 2.2), NS
MacDonald 2008	3 ECA (Field 1982, Elmira Study 1986, Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Retorno a escuela	1 ECA: 39% vs 21% a 12 meses ($P < 0.01$). 53% vs 34% a 24 meses ($P < 0.01$).
			Logro educacional (permanencia) a mediano plazo	1 ECA: a 46 meses logro educacional NS entre los grupos (OR 1.77; IC95% 0.49 to 6.11) 1 ECA: a 56 meses postintervención logro educacional NS entre los grupos (11.67 años vs 11.61 DM 0.06 (IC95% -0.18 to 0.29)
MacDonald 2008	3 ECA (Field 1982, Elmira Study 1986, Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Graduación	1 ECA, NS
			Escala HOME	2 ECA resultados NS a 1-2 años y a 34-46 meses. 1 ECA 32.3 vs 30.9 DM -1.3; (IC95% -2.2 a -0.4, $P < 0.01$)
MacDonald 2008	2 ECA (Field 1982, Elmira Study 1986)	VD postparto a madres adolescentes	Llanto, conflicto con los niños y regañones reportados por las madres.	1 ECA: resultados NS para las 3 variables
			Castigos y prohibiciones a los niños.	1 ECA: menor frecuencia en grupo intervenido ($P=0.007$ y $P=0.04$, respectivamente)

			Entrega de materiales de juego apropiados por parte de las madres a sus hijos.	1 ECA: mayor frecuencia en grupo intervenido (P=0.01) Nota: Field utilizó medidas no validadas (RS no reporta sus hallazgos)
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Puntaje total escala de Bavolet (creencias sobre el abuso infantil)	A 2 años: grupo intervenido 98.7 versus 100.5 en control, DM 1.9 (IC 95% 0.6 a 3.1, P=0.003)
MacDonald 2008	2 ECA (Memphis Study 1997, Quinlivan 2003)	VD postparto a madres adolescentes	Reporte de madres (Sí/No) sobre intento de amamantar al menos una vez en el primer año	1 ECA: 26% versus 16% (OR 1.9; IC95% 1.2 a 2.9, P < 0.01)
			Duración de la lactancia	2 ECA: resultados NS
			Inicio de la lactancia en el hospital	1 ECA: RR 1.04; IC95% 0.88 a 1.24 (NS)
			Proporción de madres amamantando al alta	1 ECA: RR 1.05; IC95% 0.84 a 1.30, P=0.69 (NS)
			Proporción de madres amamantando a 6 meses	1 ECA: RR 1.00; IC95% 0.55 a 1.82, P=1.00 No factible meta-análisis por heterogeneidad de las variables
MacDonald 2008	1 ECA (Field 1982)	VD postparto a madres adolescentes	Bayley Psychomotor Development Index	A 12 meses: puntaje grupo intervenido 109 vs 102 en controles (P<0.01) A 24 meses 105 vs

97 (P = <0.05).				
MacDonald 2008	4 ECA (Cappleman 1982; Elmira Study 1986; Field 1982; Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Denver Developmental Screening Test (DDST)	1 ECA: Sin diferencias entre los grupos a los 12 y 30 meses de edad.
			Bayley Mental Development Index (MDI)	3 ECA: resultados NS 1 ECA: 112 vs 105 a 12 meses (P = 0.05), y 104 vs 98 a 2 años (P = 0.05).
			Stanford-Binet IQ tests	3 ECA: resultados NS
			Cattell Infant Intelligence Scale	1 ECA: resultados NS
MacDonald 2008	1 ECA (Quinlivan 2003)	VD postparto a madres adolescentes	Conocimiento de esquemas de vacunación	Resultados NS (P = 0.08)
			Conocimiento de beneficios de la lactancia	Resultados NS (P = 0.92)
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Número de controles de niño sano	4.6 vs 4.8, DM 0.2 IC95% -1.2 a 2.9 (NS)
MacDonald 2008	2 ECA (Memphis Study 1997, Quinlivan 2003)	VD postparto a madres adolescentes	Vacunaciones al día o completas al término de la intervención	Resultado combinado de ambos estudios: RR 1.01; IC95% 0.92 a 1.1 (NS); sin heterogeneidad.
MacDonald 2008	1 ECA (Field 1982)	VD postparto a madres adolescentes	Peso y talla	A 12 meses: grupo intervenido 10.02 kg / 76 cm vs 9.31 kg / 74 cm (P < 0.05) A 24 meses 11.6 kg versus 10.26 kg (P < 0.05)
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Compromiso académico (reporte de profesores) Destrezas sociales en sala de clases Procesamiento	Resultados a 6 años de seguimiento: NS en todas las variables

			mental (indicador compuesto según la Kaufman Assessment Battery for Children, KABC) Logros aritméticos y en lectura (KABC) Vocabulario receptivo (PPVT - III)	
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Logros en lectura (KABC) Vocabulario receptivo (PPVT - III)	Resultados a 6 años de seguimiento: NS
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Destrezas sociales en sala de clases	Resultados a 6 años de seguimiento: NS
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Child Behavior Checklist (CBCL)	46.0 vs 49.2 al término de la intervención, DM 3.2 IC95% -0.6 a 7.0 (NS); a 6 años persisten NS
MacDonald 2008	1 ECA (Elmira Study 1986)	VD postparto a madres adolescentes	A 15 años de seguimiento: Actos antisociales menores, actos delictivos mayores, inicio de vida sexual, embarazo o paternidad, suspensiones en la escuela, número de cigarrillos fumados, número de días usando drogas o alcohol	Resultados NS
			Incidencia de parejas sexuales	Grupo intervenido 0.92 vs 2.48 en controles (P=0.003)
			Días de consumo de alcohol	1.09 vs 2.49 (P=0.03)
			Encuentros con justicia criminal:	

			Fugas	0.24 vs 0.60 (P=.003)
			Arrestos	0.20 vs 0.45 (P=0.03)
			Condenas o violación de libertad condicional	0.09 vs 0.47 (P<.001)
			Detenciones por la policía	Resultados NS
			Envío a correccionales	Resultados NS
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Reportes de abuso o abandono	Resultados NS a 2 y 4 años OR 0.9 (IC95% 0.138 a 6.30); a 15 años, en submuestra de menor nivel SE y solteras, ajustada por variables demográficas, se encontró menor incidencia de reportes verificados (diferencia en log de incidencia: 1.61 IC95% 0.87 a 2.35)
MacDonald 2008	1 ECA (Memphis Study 1997)	VD postparto a madres adolescentes	Lesiones e ingestiones detectadas	Diferencia en log de incidencia: 0.25 IC95% -0.00 a 0.50
MacDonald 2008	5 ECA (Cappleman 1982; Elmira Study 1986; Field 1982; Memphis Study 1997; Quinlivan 2003) visitors.	VD postparto a madres adolescentes; posible impacto diferencial de la intervención en relación a etnia, competencia intelectual de los padres, tiempo, frecuencia e intensidad de las VD, y quién realiza la VD	Cualquiera	No fue posible evaluarlo por escasez de estudios que proveyeran datos al respecto.
MacDonald 2008	1 ECA (Field 1982)	2 grupos de intervención: VD postparto a madres adolescentes, y otra rama que fueron	Mejor desarrollo y crecimiento del niño.	Grupo que recibió entrenamiento en guardería mostró mejores resultados que VD. Revisión no reporta datos cuantitativos para

		entrenadas como profesores ayudantes en una guardería infantil, con ingreso estable y posibilidad de aprender y aplicar destrezas parentales.		este resultado.
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 60 programas de VD. Nota: N° de comparaciones varía según el tipo de contraste.	Análisis univariado ANOVA o regresión (variables categóricas o continuas), entre estudios, según contexto: VD dirigidas a madres adolescentes vs. VD no dirigidas a madres adolescentes.	Resultados combinados de los grupos de variables relacionadas con: Desarrollo cognitivo, Maltrato potencial, Conductas parentales Educación materna	NS para los 3 desenlaces TE: 1,15 vs. TE: 0.086 P<0.001

e. Abuelos cuidadores

No se identificó estudios que aportaran comparaciones adicionales a las presentadas, y cumplieran los criterios de inclusión. Sólo un ensayo antes-después no controlado, con demasiado potencial de sesgo para obtener conclusiones de él.

f. Padres con discapacidad intelectual

Fuente	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
Coren 2010	3 ECA (n=125)	VD de entrenamiento parental para padres con discapacidad intelectual vs. no	Diversos resultados relacionados con habilidades de cuidado infantil y medidas de seguridad en el	Un estudio reportó mejor interacción madre –hijo comparado con el grupo control. Otro reportó algunas

		visitas.	entorno.	mejoras en el conocimiento parental sobre procedimientos de emergencias vitales y la habilidad para reconocer peligros, y pequeña mejoría en la implementación de medidas de precaución, uso seguro de medicamentos, y reconocimiento de signos de enfermedad infantil. Un tercer estudio reportó mejoras en cuidado infantil y prácticas de seguridad.
Coren 2010	1 ECA (Keltner 1995)	VD de entrenamiento parental para padres con discapacidad intelectual vs. no visitas.	Diferencia promedio en incremento del puntaje NCATS entre los grupos, a los 12 meses post intervención.	DM 7,9 (8,3 vs. 0,4) p < 0.05
Coren 2010	1 ECA (Llewellyn 2003)	VD de entrenamiento parental para padres con discapacidad intelectual vs. no visitas.	Diferencia promedio en incremento de puntaje subescalas (UCLA Parent-Child Health and Wellness Project): Comprensión de Salud Reconocimiento de Síntomas y Enfermedad Infantil Procedimientos de Riesgo vital Consulta Médica	DM -0.7 (IC95%: -1.29 a -0.11) DM 2.15 (IC95%: -0.17 a 4.47) (NS) DM 1.95 (IC95%: 0.46 a 3.44) DM 0.65 (IC95%: -

			Uso Seguro de medicamentos	0.06 a 1.36) (NS) DM 1.15 (IC95%: 0.51 a 1.79)
Coren 2010	1 ECA (Llewellyn 2003)	VD de entrenamiento parental para padres con discapacidad intelectual vs. no visitas.	Diferencia promedio en incremento de puntaje subescala Ilustraciones: Reconocimiento de Peligros (UCLA Parent-Child Health and Wellness Project)	DM 20.55 (IC95%: 13.72 a 27.38) a favor del grupo de intervención.
			Identificación de medidas de precaución	DM 31.75 (IC95%: 20.36 a 43.14) a favor del grupo de intervención.
			Medidas de Precaución en el hogar	DM 7.05 (IC95%: -5.45 a 19.55) (NS)
Coren 2010	1 ECA (Feldman 1992)	VD de entrenamiento parental para padres con discapacidad intelectual vs. no visitas.	Variación promedio (pre-post intervención) de los porcentajes de ítem desempeñados correctamente por las madres en checklist de cuidado y seguridad Infantil.	DM en grupo intervenido 25,6 (62,5% pre vs. 88,1% post); DM en grupo control -4,6 (65,2% pre vs. 60,6% post). Diferencia entre los grupos: P < .001.

7.5.19 Resultados en contextos de riesgo social

Fuente	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
Hollowell, 2011	1 ECA (Kafatos, 1991)	Florina, Grecia. Mujeres rurales desventajadas SE	% PPT < 37 sem sin ajustar	I: 3.7% C: 8.3% p < 0.04.
		VD quincenal, hasta 12 meses del niño.	Mortalidad neonatal (<27 días), n (%)	6 (2.1%) vs. 5 (2.0%) NS

		Asesoría nutricional, más higiene general, preparación para el parto, lactancia materna y atención del recién nacido, realizada por enfermeras de atención primaria rural, vs. cuidado estándar. I= n 296, C= n 263		
Hollowell, 2011	1 ECA (Kitzman, 1997)	Memphis, Tennessee USA. Mujeres predominantemente afroamericanas, con bajo ingreso, con factores de riesgo sociodemográficos múltiples (solteras, desempleadas y/o con menos de 12 años de educación). I=518, C=681 VD intensivas durante embarazo, por enfermeras (programa basado en el modelo 'Elmira'/Family Nurse Partnership vs. cuidado estándar	% PPT < 37 sem % PPT espontáneo < 37 sem	% sin ajustar I: 11% C: 13% OR ajustado= 0.8 (95% CI 0.6-1.2) NS % sin ajustar 8% vs. 9% OR ajustado= 0.8 (0.5-1.3) NS
Hollowell, 2011	1 ECA (Bryce 1991)	Australia. Mujeres de alto riesgo, algunas con PPT anterior VD a intervalos de 4-6 semanas con apoyo telefónico. Matronas brindan apoyo emocional, y además apoyo instrumental (información, consejo) a demanda, vs. cuidado estándar. I= n 981, C= n 986	PPT estratificado por clase social: Profesional Administrativo Trabajador manual Mortalidad neonatal antes del alta Mortalidad post neonatal antes	OR estratificado (IC95%) 0.84 (0.65-1.09) NS 0.59 (0.36-0.96) 1.00 (0.64-1.56) 0.96 (0.59-1.56) 1.4% vs. 0.6% 0% vs. 0.2%

			del alta	Resultados globales NS
Hollowell, 2011	ECA (Oakley 1990)	Reino Unido. Mujeres predominantemente de "clase trabajadora" con BPN anterior	% PPT (<37sg)	18% vs. 19%
			Estratificado por edad gestacional:	
			< 28 sg	
			28-32 sg	2% vs. 1%
		Mínimo 3 VD antenatal a las 14, 20 y 28 sem, más 2 contactos telefónicos, por matronas, vs. cuidado estándar. I= n 255, C= n 254	33-36 sg	3% vs. 4%
			37+	13% vs. 14%
			Mortalidad neonatal	82% vs. 81%
				1% vs. 1%
				Resultados NS
Miller 2012	1 ECA (Johnson 1993)	Programa VD en familias en desventaja social con niños preescolares vs. no VD	Frecuencia de lectura a los hijos, autorreporte parental	RR: 1.81 [IC95%: 1.52 a 2.16] P < 0.0001 a favor del grupo intervenido.
			Lectura diaria a los hijos, autorreporte parental	RR: 2.13 [IC95%: 1.34 a 3.38] P < 0.0001 a favor del grupo intervenido.
			Frecuencia de participación en juegos de estimulación del desarrollo, incluidos juegos cognitivos, autorreporte parental.	MD: 2.13 [IC95%: 1.65 a 2.60] P < 0.01 a favor del grupo intervenido.
			Frecuencia de uso de canciones infantiles, autorreporte parental.	MD: 4.24 [IC95%: 3.59 a 4.88] P < 0.01 a favor del grupo intervenido.
Sweet 2004	73 estudios (ECA, cuasiexperimentales,	Diversa gama de participantes de	Resultado combinado del	TE: 0,139 p< 0.001

	estudios no controlados) sobre 37 programas de VD.	programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD.	grupo de variables relacionadas con conductas parentales en crianza de los hijos	
Sweet 2004	40 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 15 programas de VD.	Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD.	Resultado combinado del grupo de variables relacionadas con actitudes parentales sobre crianza de los hijos	TE: 0,110 p< 0.01
Shaw 2006	1 ECA (Armstrong 1999)	VD en mujeres post parto con riesgo de maltrato infantil o disfunción familiar vs. No VD	Puntaje HOME: calidad de la interacción materna	Favorable a intervención (puntajes no reportados)
Sweet 2004	27 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 5 programas de VD.	Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD.	Resultado combinado del grupo de variables relacionadas con educación materna	TE: 0,134 p< 0.01
Sweet 2004	28 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 7 programas de VD.	Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD.	Resultado combinado del grupo de variables relacionadas con empleo materno/salarios	TE: 0,017 (NS)
Sweet 2004	23 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 3 programas de VD.	Diversa gama de participantes de programas de VD dirigidos a familias con algún tipo de riesgo psicosocial vs. sin VD.	Resultado combinado del grupo de variables relacionadas con dependencia materna de la asistencia pública	TE: -0,043 (NS)
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 60	Análisis univariado ANOVA o regresión (variables categóricas o	Resultados combinados de los grupos de variables	

	programas de VD. Nota: N° de comparaciones varía según el tipo de contraste.	continuas), entre estudios, según contexto: VD con población específica (de riesgo) vs. Población universal.	relacionadas con: Desarrollo cognitivo Maltrato infantil potencial Conductas parentales Educación materna	TE: 0.165 vs. TE: -0.104 P<0,01 a favor de programas de VD con población específica NS TE: 0.229 vs. TE: -0.049 P≤0,05 menor en programas dirigidos a población específica. NS
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 60 programas de VD. Nota: N° de comparaciones varía según el tipo de contraste.	Análisis univariado ANOVA o regresión (variables categóricas o continuas), entre estudios, según contexto: VD dirigidas a familias en riesgo psicosocial vs. VD no dirigidas a ese tipo de familias.	Resultados combinados de los grupos de variables relacionadas con: Desarrollo cognitivo Maltrato infantil potencial Conductas / actitudes parentales	NS TE: 0.355 vs. TE: -0.011 P<0,01 a favor de programas de VD para población en riesgo psicosocial TE: 0.054 vs. TE: 0.300 P<0,01 menor en programas dirigidos a población de

			Educación materna	riesgo. NS
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 60 programas de VD. Nota: N° de comparaciones varía según el tipo de contraste.	Análisis univariado ANOVA o regresión (variables categóricas o continuas), entre estudios, según contexto: VD dirigidas a padres de bajos ingresos vs. VD no dirigidas a ese tipo de familias.	Resultados combinados de los grupos de variables relacionadas con: Desarrollo cognitivo Maltrato infantil potencial Conductas parentales Educación materna	NS TE: 0.354 vs. TE: 0.086 P<0,01 a favor de programas de VD dirigidas a padres de bajos ingresos TE: 0.055 vs. TE: 0.206 P<0.05 menor en programas dirigidos a padres de bajos ingresos NS

7.5.20 Resultados en contextos de familias de niños con necesidades médicas especiales o con discapacidad

Fuente	Estudios primarios	Participantes / Intervenciones y comparación	Variables de resultado	Resultados
Sweet 2004	181 estudios (ECA, cuasiexperimentales, estudios no controlados) sobre 60 programas de VD. Nota: N° de comparaciones varía	Análisis univariado ANOVA o regresión (variables categóricas o continuas), entre estudios, según contexto:	Resultados combinados de los grupos de variables relacionadas con: Desarrollo cognitivo	TE: 0,411 vs. TE: 0.089

según el tipo de contraste.	VD dirigidas a familias con niños de bajo peso al nacer vs. VD no dirigidas a ese tipo de familias.	Maltrato infantil potencial	P<0.01
		Conductas / actitudes parentales	NS
			TE: 0,482 vs. TE: 0.083 P<0.05

8 Referencias

ⁱ Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas: Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia. 2ed. Santiago: Secretaría Ejecutiva Chile Crece Contigo, MINSAL; 2009.

ⁱⁱ Ministerio de Planificación / Ministerio de Salud. CUATRO AÑOS CRECIENDO JUNTOS. Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia. Chile Crece Contigo 2006-2010. ISBN 978-956-8823-30-6

ⁱⁱⁱ Benson K, Hartz AJ. A comparison of observational studies and randomized, controlled trials. *N Engl J Med*. 2000 Jun 22;342(25):1878-86.

^{iv} Critical Appraisal Skills Programme (CASP), de la Public Health Resource Unit, England (2006), adaptada de Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press, 1987.

^v Shea J, Grimshaw J, Wells G3, Boers M, Andersson N, Hamel C, Porter A, Tugwell P, Moher D, Bouter L. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology* 2007, 7:10 Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10>

^{vi} Reis AB, de Mello RR, Morsch DS, Meio MD, da Silva KS. Mental performance of very low birth weight preterm infants: assessment of stability in the first two years of life and factors associated with mental performance. *Rev Bras Epidemiol*. 2012 Mar;15(1):13-24.

^{vii} Meijer JL, Bockting CL, Beijers C, Verbeek T, Stant AD, Ormel J, Stolk RP, de Jonge P, van Pampus MG, Burger H. PRenancy Outcomes after a Maternity Intervention for Stressful EmotionS (PROMISES): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2011 Jun 20;12:157

^{viii} Escalas Bayley de Desarrollo del bebé y para niños pequeños - Tercera Edición Gloria Maccow, Ph.D., Consultor de Evaluación de Formación Copyright 2008, Pearson Education, Inc., o sus afiliadas (s).

-
- ^{ix} BUSTOS CORREA, Catherine; HERRERA, María Olivia y MATHIESEN, María Elena. CALIDAD DEL AMBIENTE DEL HOGAR: INVENTARIO HOME COMO UN INSTRUMENTO DE MEDICION. *Estud. pedagóg.* [online]. 2001, n.27, pp. 7-22. ISSN 0718-0705. doi: 10.4067/S0718-07052001000100001.
- ^x Bradley RH, Mundfrom DJ, Whiteside L, Caldwell BM, Casey PH, Kirby RS, Hansen S. A reexamination of the association between HOME scores and income. *Nurs Res.* 1994 Sep-Oct;43(5):260-6.
- ^{xi} Tesh EM, Holditch-Davis D. HOME inventory and NCATS: relation to mother and child behaviors during naturalistic observations. *Home Observation for Measurement of the Environment. Nursing Child Assessment Teaching Scale. Res Nurs Health.* 1997 Aug;20(4):295-307.
- ^{xii} Schardosim JM, Heldt E. [Postpartum depression screening scales: a systematic review]. *Rev Gaucha Enferm.* 2011 Mar;32(1):159-66. Review. Portuguese. PubMed PMID: 21888217.
- ^{xiii} Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand.* 2009 May;119(5):350-64. Epub 2009 Mar 2. Review. PubMed PMID: 19298573.
- ^{xiv} Kelley SJ, Whitley DM, Campos PE. Grandmothers raising grandchildren: results of an intervention to improve health outcomes. *J Nurs Scholarsh.* 2010 Dec;42(4):379-86. doi: 10.1111/j.1547-5069.2010.01371.x. Epub 2010 Oct 15. PubMed PMID: 21091620.