

Intervenciones para el desarrollo infantil basadas en el Modelo *Touchpoints*: revisión de alcance*

Jéssica Batistela Vicente¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7134-9213>

Talita Cristina Pegorin^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-8990-7888>

Ana Laura de Oliveira Santos^{1,3}

 <https://orcid.org/0000-0001-7762-9630>

Maria de La Ó Ramallo Veríssimo¹

 <https://orcid.org/0000-0002-5474-0245>

Destacados: **(1)** Predominaron las intervenciones en el período del embarazo hasta los 3 años de vida del niño. **(2)** Predominaron las intervenciones de enfermería en Atención Primaria y las visitas domiciliarias. **(3)** La modalidad principal de entrega de las intervenciones fue individual y presencial. **(4)** Los padres participantes tenían una mayor comprensión del desarrollo infantil. **(5)** Hubo más interacción con el niño, uso de juguetes y materiales de aprendizaje.

Objetivo: mapear las características de las intervenciones para promover el desarrollo infantil que utilizaron el Modelo *Touchpoints*.

Método: se trata de una revisión de alcance, guiada por las recomendaciones del *JB I Reviewer's Manual*, realizada en nueve bases de datos, en la literatura gris y en la lista de referencias de los estudios seleccionados. La pregunta de investigación fue "¿cuáles son las características de las intervenciones con padres/cuidadores y niños para promover el desarrollo infantil, desde el embarazo hasta los seis años, con base en el Modelo *Touchpoints*?". Se utilizó el Rayyan para la selección de los estudios y un guión para la extracción de datos. El análisis se realizó de forma descriptiva. **Resultados:** se incluyeron doce publicaciones. Las intervenciones fueron heterogéneas; concentradas en el período comprendido entre el embarazo y los tres años de edad; priorizó la difusión del contenido de los *Touchpoints* según la edad y los aspectos de parentalidad; la mayoría fueron realizadas por enfermeros, en la Atención Primaria de Salud y durante las visitas domiciliarias. Las intervenciones se relacionaron con el desarrollo general, una mayor comprensión del desarrollo y una mayor interacción con el niño. **Conclusión:** los estudios han demostrado potencial para obtener resultados favorables para el desarrollo infantil y la parentalidad. La variabilidad de las intervenciones dificultó el mapeo de las características más efectivas.

Descriptor: Desarrollo Infantil; Responsabilidad Parental; Niño; Familia; Enfermería; Revisión.

* El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Ayuda PROEX: 1818/2023 Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), proceso nº 405746/2021-0, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Cómo citar este artículo

Vicente JB, Pegorin TC, Santos ALO, Veríssimo MLOR. Interventions for child development based on the Touchpoints Model: scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e4035. [Access ]; Available in:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6732.4035>

Introducción

La primera infancia es definida como los primeros seis años de vida del niño, y ha sido reconocida como un momento estratégico para brindar oportunidades para el desarrollo biológico, psicológico, cognitivo y social del niño⁽¹⁾. La implementación de intervenciones para promover el desarrollo en este período de la vida ha sido una prioridad nacional e internacional. La estrategia *Nurturing Care*, lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2018 como un conjunto de acciones globales dirigidas a los cuidados responsivos de los niños, apunta al desarrollo infantil (DI) como un aspecto importante para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS-2030)⁽²⁻³⁾.

Las intervenciones dirigidas al DI han ampliado el conocimiento sobre la ciencia del desarrollo y deben implementarse de manera multisectorial y anclarse en los cuidados de crianza. El ambiente del hogar y los ambientes de cuidado infantil representan un contexto poderoso e inmediato de creación para que los niños alcancen su pleno potencial de desarrollo⁽¹⁾.

En este contexto, la evidencia muestra que las intervenciones de los padres son necesarias para promover el DI saludable, pudiendo mejorar el conocimiento parental, las prácticas parentales y las interacciones entre padres e hijos⁽⁴⁻⁶⁾. Las intervenciones de los padres también demuestran efectos positivos en el desarrollo cognitivo, del lenguaje, motor, socioemocional y de apego de los niños, resultados que se observan en países de bajos, medianos y altos ingresos⁽⁴⁾.

Los programas enfocados en el DI han mejorado la atención a los niños, pero hay un predominio de las intervenciones verticales y de educación familiar, con escasa utilización del referencial teórico para apoyarlas⁽⁷⁾.

Un referente teórico que aún no ha sido probado en la realidad brasileña y que apunta a una práctica intersectorial y con foco en la competencia parental es el Modelo *Touchpoints* (TP). Creado por Thomas Berry Brazelton, el Modelo TP es un enfoque para el desarrollo infantil que se basa en la sensibilidad cultural, la práctica reflexiva y la teoría sistémica⁽⁸⁾. Este modelo establece una forma de cuidar a las familias entendiendo el desarrollo y apoyando las relaciones familiares. Al adoptar un nuevo concepto de desarrollo infantil - como no lineal, caracterizado por regresiones, brotes y pausas - entiende que las regresiones en el comportamiento infantil pueden generar desorganización en el sistema familiar y ser disruptivas⁽⁹⁾. El modelo aborda 15 *Touchpoints*, desde el prenatal hasta los 6 años, que son períodos de regresión y desorganización del niño que está aprendiendo una nueva habilidad⁽⁹⁾.

En este enfoque, la familia necesita ser sustentada en un tejido de relaciones intersectoriales mediante un

trabajo articulado entre los profesionales de los servicios de salud, los sectores educativo y social. El modelo busca un cambio de paradigma para responder a las necesidades de los niños y sus familias por medio de una orientación anticipatoria, preventiva y colaborativa basada en el aprendizaje experiencial de los padres mediante la observación del comportamiento de sus hijos, y se fundamenta en ocho principios, que son las guías para el trabajo de los profesionales⁽⁹⁾.

En el campo de las intervenciones dirigidas al desarrollo infantil con énfasis parental existe evidencia limitada, por lo que hay la necesidad de evaluar las intervenciones existentes, así como desarrollar nuevas intervenciones para optimizar la oferta a las familias⁽¹⁰⁾.

Con la necesidad de explorar ese modelo y suscitar aspectos que contribuyan a la proposición de nuevas intervenciones, este estudio tuvo como objetivo mapear las características de las intervenciones para la promoción del desarrollo infantil que utilizaron el Modelo TP, debido a su potencial para fomentar una práctica de cuidado avanzado en diferentes contextos de atención a los niños y a las familias brasileñas. No se encontró ninguna revisión sobre el tema en una búsqueda previa en la base de datos JBI, del *International Prospective Register of Systematic Reviews* (Prospero), de la *Cochrane Reviews* y en la plataforma *Open Science Framework* (OSF).

Método

Tipo de estudio

Esta es una revisión de alcance. Este estudio fue desarrollado y estructurado de acuerdo a las recomendaciones del JBI⁽¹¹⁾ y el *checklist Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)⁽¹²⁾. El protocolo de revisión fue registrado en la plataforma OSF (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/RBSG4>).

Para el desarrollo del estudio se siguieron los siguientes pasos metodológicos: formulación de la pregunta de investigación, utilizando la nemotécnica PCC-Población, Concepto y Contexto; definición de criterios de inclusión y exclusión, utilizando el PCC y definiendo los tipos de estudios y fuentes; elaboración de una estrategia de búsqueda; identificación de bases de datos; búsqueda y selección de estudios; extracción y análisis de datos; y construcción del informe⁽¹¹⁾.

Escenario del estudio

La revisión se realizó en ocho bases de datos: *Public MedLars* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and*

Allied Health Literature (CINAHL), *Education Resources Information Center* (ERIC), *Psychological Information Database* (PsycINFO), *Literatura Latinoamericana* y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), *Base de Dados em Enfermagem* (BDENF), *Excerpta Medica Database* (EMBASE), *Scopus* y *Web of Science*. También incluyó *Google Scholar*, el *DART-Europe E-theses Portal*, la *Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia* (IBICT), el *Teses CAPES*, el *Cybertesis*, el *EthOS and Theses Open Thesis*, el sitio *Brazelton Touchpoints Center* y el sitio de la Fundación Brazelton/Gomes Pedro, como fuentes de literatura gris.

Periodo del estudio

Se llevó a cabo entre octubre de 2022 y enero de 2023.

Criterios de selección

La pregunta de revisión fue: ¿Cuáles son las características de las intervenciones con padres/cuidadores y niños para promover el desarrollo infantil desde el embarazo hasta los 6 años, con base en el Modelo *Touchpoints*? El mnemotécnico PCC⁽¹¹⁾ fue definido como: P- Padres/cuidadores e hijos; C- Intervenciones para promover el desarrollo infantil que utilizan el Modelo *Touchpoints*; C- Todos los contextos de atención al niño.

Se incluyeron estudios que respondieran al objetivo de la investigación y a la pregunta de revisión, relatando una intervención dirigida a promover el desarrollo infantil, desde el embarazo hasta los seis años de edad del niño, y basada en el Modelo *Touchpoints*. Podría ser una intervención ya aplicada, o su protocolo/diseño, y en cualquier contexto de atención - servicios de salud, de educación, de asistencia social o domiciliaria.

Las intervenciones fueron consideradas actividades realizadas según lo planificado, con el objetivo de producir un efecto^(4,13), ya sea políticas, programas o prácticas individuales. El período desde el embarazo hasta los 6 años del niño ha sido el foco de programas y políticas en Brasil⁽¹⁴⁾ y es el período cubierto por el Modelo TP⁽⁹⁾.

Se excluyeron los estudios que no incluyeron población, concepto y contexto de interés, o que no reportaron la aplicación de una intervención, como editoriales, cartas al editor y artículos de opinión; además de estudios incompletos que no fueron localizados en su totalidad luego de intentar contactar al *Brazelton Touchpoints Center* y la Fundación Brazelton/Gomes-Pedro. Los documentos duplicados se consideraron una sola vez.

No hubo restricción de tiempo, geográfica o de idioma.

Variables del estudio

Las variables de estudio fueron las recomendadas por el JBI⁽¹¹⁾: autores; país; año de publicación; tipo de estudio; objetivo; población; contexto en el que se realizaron las intervenciones; más los recomendados por el *Template for Intervention Description and Replication (TIDieR)*⁽¹⁵⁾: marco teórico utilizado; profesional responsable de la intervención; contenido de la intervención; materiales y estrategias utilizadas; modo de entrega; volumen (número de veces, duración y período); resultados/efectos de la intervención.

Instrumentos utilizados para recoger las informaciones

El guión utilizado para la extracción de datos fue elaborado en el *software Microsoft Word*[®] a partir de los ítems que deben componer las intervenciones según TIDieR⁽¹⁵⁾.

El TIDieR tiene como objetivo mejorar la descripción completa de las intervenciones para permitir su replicabilidad. Él contempla los siguientes ítems de una intervención: por qué (teoría); qué y cuáles (materiales y estrategias); quién lo hizo (profesional); cómo (presencial, por internet o por teléfono, en grupo o individualmente); donde (lugar donde ocurrió); cuándo y cuánto (volumen - número de veces y qué período de tiempo); qué tan bien (si se evaluó el cumplimiento o la fidelidad, cómo y por quién; si se usaron estrategias para mantener o mejorar la intervención). La fidelidad se refiere al grado en que los participantes entregaron y recibieron una intervención según lo planeado⁽¹⁵⁾.

El formulario fue completado por dos revisores y se llegó a un consenso entre la información recolectada y la agrupación de la información en un solo cuadro.

Recolección de datos

Uno de los revisores fue capacitado por el JBI Brasil para realizar revisiones y compartió las directrices aprendidas con el otro revisor antes de comenzar el estudio.

Las búsquedas en las bases de datos se realizaron el 12 de octubre de 2022 mediante el registro en el portal de revistas de la *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (CAPES), por medio de la *Comunidade Acadêmica Federada* (CAFe). Se accedió a las bases de datos de tesis y sitios *web* institucionales en la fecha antes mencionada por intermedio del buscador *Google*. La definición de las bases de datos y la estrategia de búsqueda se realizó con la ayuda de un bibliotecario. Los descriptores seleccionados se combinaron según las características de cada base de datos y motor de búsqueda.

Las bases de datos seleccionadas y las respectivas estrategias de búsqueda se muestran en la Figura 1.

Base de datos y literatura gris	Estrategia de búsqueda
PubMed ^d	((child development[MeSH Terms]) OR "child development"[tw]) AND (touchpoints)
CINAHL [†]	(MH "Infant Development" OR MH "Child Development" AND TX touchpoints) AND (S1 OR S2)
ERIC [‡]	touchpoints AND ("infant development" OR "child development")
PsycINFO [§]	Index Terms: {Infant Development} OR {Childhood Development} AND Any Field: touchpoints
LILACS	child development [Palavras] and touchpoints [Palavras]
BDENF [¶]	child development [Palavras] and touchpoints [Palavras]
EMBASE ^{**}	touchpoints AND ('child development'/exp OR 'child development' OR 'toddler development' OR 'infant development'/exp OR 'infant development') AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (touchpoints) AND TITLE-ABS-KEY (infant AND development) OR TITLE-ABS-KEY (child AND development))
Web of Science	TS=(touchpoints AND ("child development" OR "infant development"))
Google Scholar	child development" AND "touchpoints model" (filtro - excluir citações)
DART-Europe E-theses	Brazelton AND Touchpoints
Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações do IBICT ^{††}	Brazelton AND Touchpoints
Teses CAPES	Brazelton AND Touchpoints
Cybertesis	Brazelton AND Touchpoints
EthOS and Theses (The British Library)	"Touchpoints AND Child Development"
Open Thesis	"touchpoints AND ("infant development" OR "child development")"

*PubMed = *Public MedLars*; †CINAHL = *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*; ‡ERIC = *Education Resources Information Center*; §PsycINFO = *Psychological Information Database*; ||LILACS = *Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud*; ¶BDENF = *Base de Datos en Enfermería*; **EMBASE = *Excerpta Medica Database*; ††IBICT = *Instituto Brasileño de Información en Ciencia y Tecnología*

Figura 1 – Estrategia de búsqueda en bases de datos y literatura gris. São Paulo, SP, Brasil, 2023

La búsqueda en los sitios web de *Brazelton Touchpoints Center* y de la Fundación Brazelton/Gomes

Pedro se realizó sin necesidad de una estrategia, ya que todas las publicaciones hacen referencia al modelo. También se realizó una búsqueda manual de referencias de los estudios seleccionados en la investigación.

Los resultados obtenidos de todas las plataformas de búsqueda se exportaron al Rayyan® (*software* en línea utilizado para la selección de estudios en métodos de síntesis de conocimiento) para excluir estudios duplicados y realizar la selección de búsquedas. Dos revisores evaluaron de forma independiente los títulos y los resúmenes, y los estudios elegibles se evaluaron en su totalidad. En caso de divergencia, se preveía un tercer revisor.

Tratamiento y análisis de los datos

El guión de recolección elaborado en el *software Microsoft Word*® permitió la síntesis, interpretación de datos y análisis numérico de la distribución de los estudios, siendo representados por un resumen narrativo de los resultados, que se relacionaron con el objetivo y la pregunta de la revisión. Para la descripción de la revisión se utilizó PRISMA-ScR.

Aspectos éticos

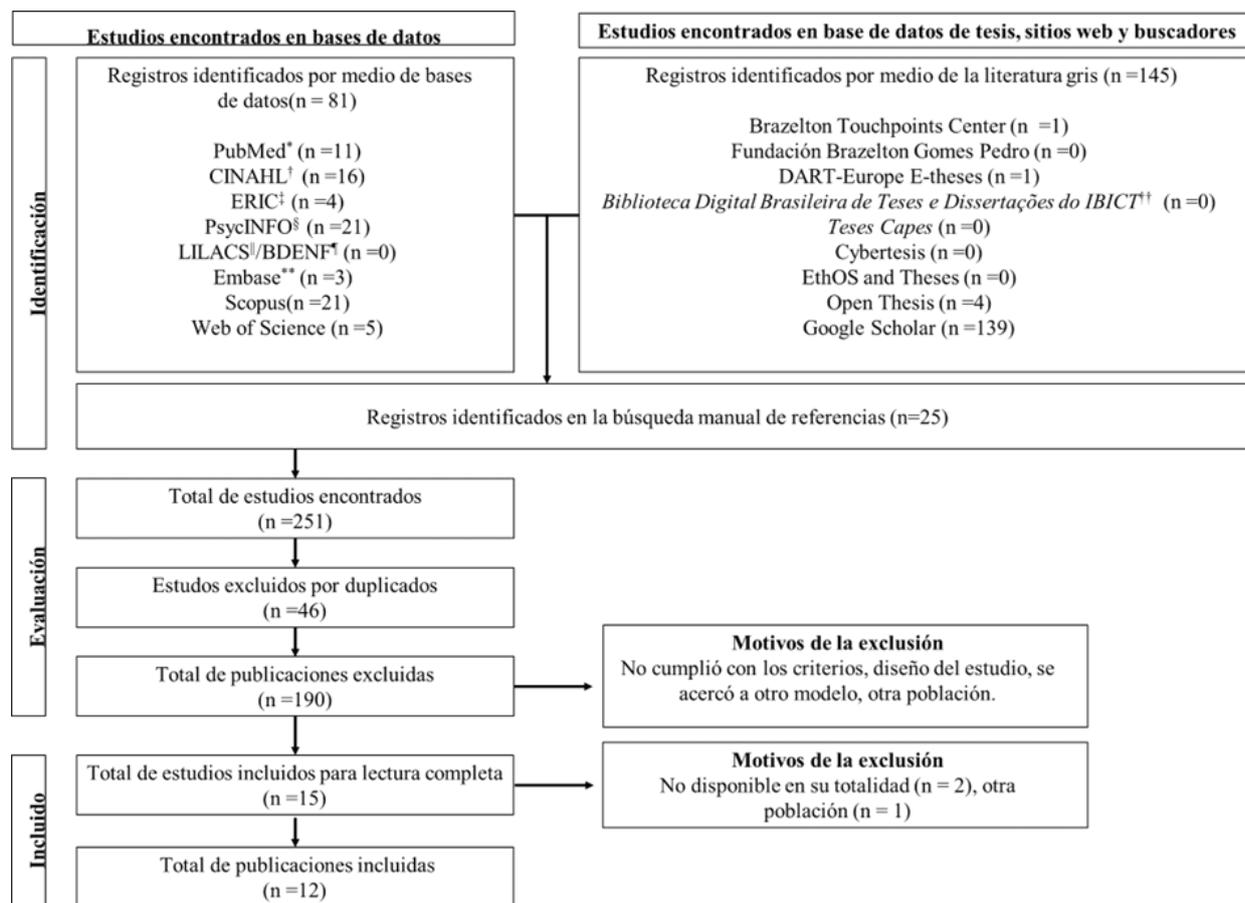
No hubo necesidad de someter el estudio al Comité de Ética en Investigación.

Resultados

Se identificaron un total de 251 estudios, excluyendo 46 duplicados por medio de Rayyan®, permaneciendo 205 estudios. Se excluyeron 190 estudios por lectura de título y resumen, y tres, tras inclusión por lectura de texto completo, dos de ellos por no haber sido localizados y uno por no contemplar la población de estudio. Así, 12 textos fueron incluidos en esta revisión: cinco artículos científicos, un capítulo de libro, tres disertaciones y tres tesis (Figura 2).

En tres de los estudios incluidos, la intervención aún no se ha aplicado⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, por lo que no se describen resultados/efectos.

La mayoría de las intervenciones se han realizado en los últimos veinte años, en Estados Unidos⁽¹⁸⁻²²⁾ y en Portugal^(16-17,23-26), en Servicios de Atención Primaria^(16-17,20-21,26), en escuela⁽¹⁹⁾, en albergues⁽¹⁸⁾, en hospitales y maternidades^(23,27), en la casa de las familias⁽²⁰⁻²²⁾ y en guarderías⁽²⁴⁻²⁵⁾. La identificación de los estudios se muestra en la Figura 3.



*PubMed = *Public MedLars*; [†]CINAHL = *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*; [‡]ERIC = *Education Resources Information Center*; [§]PsycINFO = *Psychological Information Database*; ^{||}LILACS = *Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud*; [¶]BDENF = *Base de Datos en Enfermería*; ^{**}EMBASE = *Excerpta Medica Database*; ^{††}IBICT = *Instituto Brasileño de Información en Ciencia y Tecnología*

Figura 2 - Flujograma del proceso de selección de artículos para la revisión de alcance adaptada del *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)*. São Paulo, SP, Brasil, 2023

Autor/Pais/Año	Tipo de estudio	Objetivos
Percy MS, et al. ⁽¹⁹⁾ Estados Unidos. 2001	Estudio piloto	Probar una intervención que tiene como objetivo aumentar la autoconfianza parental entre las mujeres embarazadas y las madres adolescentes de bajos ingresos.
Farber MLZ ⁽²⁰⁾ Estados Unidos. 2009	Estudio piloto, cuasi-experimental	Fortalecer lineamientos anticipatorios para promover el desarrollo infantil en familias latinas y afroamericanas en una Unidad Básica de Salud; fortalecer la adecuación de las necesidades y recursos familiares, aumentar el conocimiento de las familias sobre las prácticas educativas y promover la resiliencia; promover la inmunización y el desarrollo infantil.
Guthrie KF, et al. ⁽²¹⁾ Estados Unidos. 2009	Ensayo clínico aleatorizado	Verificar si las intervenciones a corto plazo con mujeres embarazadas de alto riesgo pueden mejorar las actitudes parentales y los ambientes del hogar.
Brandt K, et al. ⁽²²⁾ Estados Unidos. 2010	Estudio aleatorizado prospectivo y retrospectivo	Verificar si un enfoque basado en el modelo TP* para las visitas domiciliarias de enfermeras de salud pública se asocia con mejores resultados a los seis meses para díadas de alto riesgo que un modelo tradicional de visitas domiciliarias de enfermeras o ninguna visita domiciliaria.
Vilaça S, et al. ⁽²³⁾ Portugal. 2012	Ensayo clínico aleatorizado	Analizar el efecto del programa de educación en salud para madres (PEPDI - <i>Parental Empowerment Program for Child Development</i>), sobre el desarrollo infantil, así como sobre las características maternas.
Castelão ASD ⁽²⁵⁾ Portugal. 2013	Investigación-acción	Estudiar la implementación de un programa <i>Touchpoints</i> para promover una relación de confianza y colaboración entre la educadora y los padres.
Pinto RMP ⁽²⁴⁾ Portugal. 2013	Investigación-acción	Estudiar el impacto de la formación <i>Touchpoints</i> en las representaciones del educador y en la relación educador-padres, y averiguar cómo las alteraciones en las representaciones del educador y en la relación establecida con los padres afectan al desarrollo del niño y a la calidad del contexto educativo.

(continúa en la página siguiente...)

(continuacion...)

Autor/País/Año	Tipo de estudio	Objetivos
Soares HM ⁽²⁶⁾ Portugal. 2016	Estudio longitudinal cuasi-experimental	Evaluar el impacto de la intervención clínica de enfermería utilizando el modelo TP* en el comportamiento interactivo madre-hijo y en el desarrollo infantil entre el primer y segundo año de vida.
Martins PAC ⁽¹⁷⁾ Portugal. 2017	Estudio piloto [†]	Promover el desarrollo infantil y la parentalidad en el primer año de vida.
DiCero KE ⁽¹⁸⁾ Estados Unidos. 2018	Estudio piloto [†]	Reducir o prevenir la participación familiar en el Departamento de Niños y Familias de Massachusetts, aumentar las interacciones de apego positivo de la madre con su bebé; documentar una trayectoria de desarrollo típica para los bebés en el programa; lograr conexiones positivas de las madres adolescentes con el terapeuta.
Fareira F, et al. ⁽¹⁶⁾ Portugal. 2021	Protocolo de ensayo clínico aleatorizado [†]	Evaluar el efecto de una intervención parental basada en el modelo <i>Touchpoints</i> sobre el sentido de competencia parental de padres de niños menores de 18 meses, en comparación con los cuidados habituales y su relación con otras dimensiones: salud mental y bienestar parental (estrés, depresión, ansiedad, experiencia psicológica del embarazo, apego, calidad de vida), desarrollo infantil (físico/sensorio-motor, psicosocial) y bienestar familiar (funcionamiento familiar y de la pareja).
Shimpuku Y, et al. ⁽²⁷⁾ Japão. 2022	Estudio longitudinal, cuasi-experimental	Determinar si las madres que reciben educación prenatal <i>HUG Your Baby</i> obtienen mejores resultados que un grupo de control con respecto a la depresión posparto y factores relacionados.

*TP = *Touchpoints*; †Investigaciones en las que aún no se ha aplicado la intervención

Figura 3 – Identificación de los estudios según autor, país, año de publicación, tipo de estudio y objetivo. São Paulo, SP, Brasil, 2023

El enfermero fue el profesional que realizó la intervención en seis estudios^(19-23,26), en una de ellas junto con investigadores⁽¹⁹⁾ y, en otra, con médicos⁽²¹⁾; también será el profesional responsable de dos de las intervenciones aún no realizadas⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Los otros profesionales responsables fueron médicos^(16-17,21), investigadores^(16,19,27), educadores^(20,24-25) y asistentes sociales⁽²⁰⁾.

El período de la intervención, la duración y la frecuencia divergieron entre los estudios. Dos de las investigaciones realizaron la intervención presencial, en grupo^(19,27), seis realizaron la intervención presencial e individual⁽²¹⁻²⁶⁾, y una investigación se realizó en formato híbrido, con encuentros presenciales y contacto telefónico para seguimiento⁽²⁰⁾. De las intervenciones no aplicadas, una será grupal⁽¹⁸⁾ y dos individuales⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Los principales contenidos trabajados en las intervenciones fueron la experiencia de los padres durante el embarazo y el parto^(16-17,19,21-22,24,26); el cambio en la relación con la familia después del nacimiento del bebé; la dificultad de la paternidad; el temperamento del niño⁽¹⁹⁾; fortalecimiento de la relación padres-salud-profesionales

con enfoque en el desarrollo infantil, en la interacción padre-hijo, conductas adecuadas a la edad del niño; mayor conocimiento de las familias y uso de los recursos de la comunidad^(20-21,23,27); estrategias para el desarrollo de la sensibilidad de los padres y la comprensión del desarrollo infantil^(17,20-21); atención anticipatoria ajustada a edades clave a partir del Modelo *Touchpoints*^(16-21,23); habilidades de desarrollo del niño^(21,26); situaciones predecibles a ocurrir en relación al desarrollo, desafíos y preocupaciones parentales^(18,23).

Los cambios en la intervención durante la investigación fueron descritos en solo un estudio, con la inclusión de clase nocturna para cónyuges y novios a pedido de las madres⁽¹⁹⁾. Dos encuestas ofrecieron incentivos para la participación, como juguetes y libros, calendarios, certificados y regalos de mercado⁽²⁰⁾ y vales de compras de US\$ 50⁽²¹⁾. La adherencia a la intervención fue descrita en solo un estudio, que no describió las estrategias utilizadas para mantener o mejorar la adherencia⁽¹⁹⁾. En la Figura 4 se detallan las características de las intervenciones.

Población	Referencial Teórico	Materiales utilizados	Estrategias utilizadas	Profesional responsable	Modo de entrega	Contexto	Volumen	Resultados/Efectos
20 embarazadas o madres y padres adolescentes ⁽¹⁹⁾ .	Modelo <i>Touchpoints</i>	No descrito	Las madres participaron de clases y debates sobre la experiencia del embarazo y parto, el comportamiento del bebé, el desarrollo infantil y el cuidado anticipatorio.	Enfermero pediátrico, docente con experiencia en niños y adolescentes y formado en el modelo TP [*] , investigadores, estudiante de doctorado	Presencial y en grupos de 20 madres	Escuela en área rural	1 vez a la semana, con una duración de 1 hora, totalizando 15 semanas.	Hubo un aumento significativo en la autoconfianza de los padres después de la intervención. Los mayores cambios se observaron en los ítems abordando la disminución de la frustración en el cuidado de los bebés y el grado de comodidad con la maternidad.
35 miembros de la familia. Madres con 17 años o más al nacimiento del bebé. Todos los inmigrantes de América Central y del Sur y Puerto Rico; y niños entre 16 y 18 meses ⁽²⁰⁾ .	Modelo <i>Touchpoints</i> y Modelo Transaccional de Desarrollo Infantil	Para los padres, se utilizaron 5 folletos y videos sobre DI [†] , interacciones, significado de los comportamientos y atención anticipatoria; y los <i>Ages and stages Questionnaire</i> para ayudarlos a evaluar, comprender y anticipar el desarrollo de sus hijos, así como libros y juguetes. Para los profesionales, se utilizaron 6 videos instructivos sobre comportamiento, signos, temperamento, alimentación, interacción y comunicación entre el personal y los padres, y guías de estudio para la reflexión.	Las familias recibieron consulta en la Unidad Básica, visitas domiciliarias desde el nacimiento hasta los 18 meses y contactos telefónicos. El enfoque de las reuniones fue DI [†] y la interacción entre padres e hijos. Los profesionales recibieron una semana de formación en el modelo TP [*] .	Director de investigación clínica del trabajo social, director de enfermería del centro de salud, director de educación, capacitadores de padres, capacitadores de supervisores, gerente de proyectos, gerente de datos y bilingüe (inglés y español).	Para familias: formato híbrido, presencial e individual, y seguimiento vía telefónica	Unidad Básica de Salud Urbana; Visitas domiciliarias	Las visitas comenzaron con el nacimiento del niño y continuaron hasta que cumplió los 18 meses. La primera visita duró dos horas. No se especificó más información.	Hubo un fortalecimiento de los recursos globales de las familias, como el tiempo y el cuidado de los niños, el uso de juguetes apropiados para la edad, la comprensión de las necesidades y el desarrollo del niño. El uso del <i>Ages and stages Questionnaire</i> fue visto por los padres como una forma de promover la comprensión del desarrollo del niño y sus necesidades socioemocionales. Los niños fueron inmunizados siguiendo el cronograma y mostraron un desarrollo adecuado, a excepción de 3, que fueron derivados al servicio de estimulación.
66 gestantes de alto riesgo y sus bebés. 33 de GI [†] y 33 de GC [§] ⁽²¹⁾ .	Modelo <i>Touchpoints</i>	Cintas grabadas de interacciones entre padre y bebé.	El GI [†] fue visitado por profesionales capacitados en el modelo TP [*] . El GC [§] recibió una visita cuando el bebé tenía 3 meses, sin utilizar el enfoque del modelo TP [*] .	Residentes, médicos y enfermeros.	Presencial e individual	Clínicas de familia y Visitas Domiciliarias	GI [†] : una visita al hospital al nacer. Visitas domiciliarias: dos veces al mes durante una hora hasta que el bebé cumpla 3 meses (6 visitas). GC [§] : una visita cuando el bebé tiene 3 meses	GI [†] obtuvo puntajes más altos en el <i>Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI)</i> y diferencias significativas en 2 de los 6 dominios de IT-HOME : capacidad de respuesta ($p^{\#} = 0,05$) y materiales de aprendizaje ($p^{\#} = 0,05$). La capacidad de respuesta incluía elogiar al niño, mostrar afecto y reaccionar positivamente a las expresiones vocales del niño. Los materiales de aprendizaje incluyeron juguetes y otros artículos de desarrollo.

(continúa en la página siguiente..)

(continuacion...)

Población	Referencial Teórico	Materiales utilizados	Estrategias utilizadas	Profesional responsable	Modo de entrega	Contexto	Volumen	Resultados/Efectos
70 gestantes de alto riesgo. 35 de ellas del grupo "baseline", 15 del grupo comparación y 20 del GI [†] (22).	Modelo <i>Touchpoints</i>	No descrito	Los profesionales del GI [†] recibieron capacitación en el modelo TP [*] y prácticas reflexivas mensuales. El grupo "baseline" no recibió visitas de las enfermeras; el grupo comparación recibió visitas de enfermeras no capacitadas en el modelo TP [*] y el GI [†] recibió visitas de enfermeras capacitadas en el modelo TP [*] .	Enfermeras de salud pública capacitadas en el modelo TP [*]	Presencial e individual	Visitas domiciliarias	El grupo comparación recibió 5 visitas y el GI [†] recibió 7 visitas con una duración de 30 a 60 minutos. No se especificó el período de intervención.	El GI [†] mostró mejores resultados de salud y desarrollo del bebé, con menos visitas a la sala de emergencia, más consultas de puericultura, mayor duración de la lactancia materna y mayor satisfacción con los servicios. Las VDs [™] de enfermeras capacitadas en el modelo TP [*] fueron el predictor más fuerte de mejores resultados.
411 días desde madre/bebé, con nacidos a término, parto eutócico, Índice Apgar mayor a 7. 205 en GC [§] y 206 en GI [†] (23)	Modelo de Promoción de la salud de Nola Pender y el modelo <i>Touchpoints</i> .	Se utilizó un protocolo como guía para cada sesión, incluidos los temas de discusión, los objetivos y qué evaluar y los resultados de aprendizaje esperados.	La intervención se llevó a cabo mediante la formación parental en la perspectiva de la promoción de la salud. Se abordaron contenidos de cada fase del desarrollo, alimentación, cuidados anticipatorios y preocupaciones de los padres. En el GC [§] , se proporcionó atención estándar para monitorear el desarrollo.	Enfermeros	Presencial e individual	Área obstetricia Hospital	4 sesiones: 1ª semana de vida, 2ª, 4ª y 6ª mes de vida. Cada sesión tuvo una duración de 40 minutos.	Los índices de desarrollo de los niños del GI [†] fueron significativamente mayores ($p^{\dagger} < 0,001$) que los índices del GC [§] . Las tasas de ansiedad materna fueron significativamente más bajas ($p^{\dagger} < 0,001$) en GI [†] . El aumento del conocimiento materno ($p^{\dagger} < 0,001$), pertenecientes al estrato socioeconómico bajo frente al alto, medio-alto y medio ($p^{\dagger} = 0,006$) también mostró un efecto significativo para esta disminución.
11 padres de 12 niños de entre 22 y 36 meses, que asistieron a la guardería(25).	Modelo <i>Touchpoints</i> y la Teoría Bioecológica de Bronfenbrenner	Fichas reflexivas, mapas de rutinas semanales y videos de interacción padres-hijos.	La intervención consistió en un entrenamiento en el modelo TP [*] con los educadores, prácticas reflexivas y elaboración de un diario reflexivo durante 6 semanas y evaluación de la interacción madre-hijo mediante de una grabación de de 3-5 minutos en situaciones de juegos, antes y después del entrenamiento de educadores	Educadora responsable del estudio, equipo de <i>Touchpoints</i> , educadora infantil de la misma institución	Presencial, individual (entrevistas) y grupal (formación) (profesionales). Para las familias no fue descrito.	Guardería	Cumplimentación del Formulario de práctica reflexiva: semanal. Elaboración del diario reflexivo de los profesionales: 6 semanas. La evaluación del contexto educativo se llevó a cabo durante 3 horas. La entrevista con la educadora de aula: 30 minutos. El mapa de rutinas de las familias: una semana (antes y después del entrenamiento TP [*]).	El desarrollo infantil, las relaciones padres-hijos, las rutinas familiares, la satisfacción padres-educadora y educadora-padres, así como la propia práctica de la educadora, cambiaron después del entrenamiento en TP [*] y prácticas reflexivas. El niño tuvo valores significativamente más altos en todas las dimensiones de la Escala de Desarrollo Infantil <i>Growing Skills II</i> , hubo mayor interacción entre padres-hijos y mayor número de tareas realizadas por los padres.

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Población	Referencial Teórico	Materiales utilizados	Estrategias utilizadas	Profesional responsable	Modo de entrega	Contexto	Volumen	Resultados/Efectos
11 familias y 11 niños de 13 a 33 meses que asistían a la guardería ⁽²⁴⁾ .	Modelo <i>Touchpoints</i> y la Teoría Bioecológica de Bronfenbrenner	Se utilizaron fichas de prácticas reflexivas rellenas por los educadores semanalmente (antes y después de la formación en el modelo TP'), y mapas de rutinas semanales elaborados por las familias, que incluían la rutina, quién realizaba la rutina, el tiempo de la rutina, cómo funcionaba la rutina, y fueron completados antes y después de la aplicación del modelo TP' por los educadores. También se utilizaron videos de interacción entre padres-hijos.	La intervención consistió en un entrenamiento en el modelo TP' con los educadores, prácticas reflexivas y elaboración de un diario reflexivo durante 6 semanas y evaluación de la interacción madre-hijo la grabación de 3-5 minutos de situaciones de juego, antes y después del entrenamiento de los educadores.	Educadora responsable del estudio, equipo de <i>Touchpoints</i> y educadora infantil de la misma institución	Para profesionales: presencial, individual (entrevistas) y grupal (formación). Para las familias no se describió.	Guardería	Formulario de práctica reflexiva: realizado semanalmente, antes y después del entrenamiento. El diario reflexivo de los profesionales se llevó a cabo durante 6 semanas. La evaluación del contexto educativo se llevó a cabo durante 3 horas. La observación, la entrevista con la educadora del aula tuvo una duración de 30 minutos. El mapa de rutinas de las familias: una semana (antes y después del entrenamiento TP').	El niño presentó valores significativamente más altos en todas las dimensiones de la Escala de Desarrollo Infantil <i>Growing Skills II</i> , con menor diferencia en las dimensiones visión y autonomía (0,50). También se encontraron diferencias significativas en la interacción padre-hijo, evaluada por la escala Care-Index. La cantidad de tareas realizadas por las madres disminuyó ligeramente y la cantidad de tareas realizadas por los padres se duplicó.
2 enfermeros, 86 niños sanos hasta 11 meses y sus madres, siendo 43 niños y madres del GI ⁺ , y 43 del GC ^s (atención estándar de salud) y 40 sin intervención y seguimiento ⁽²⁶⁾ .	Modelo <i>Touchpoints</i>	Se usó el inventario de necesidades familiares para que indicaran temas que les gustaría que el equipo evaluara y discutiera, tales como: crecimiento y desarrollo, juegos, cómo lidiar con las preocupaciones sobre el DI ⁺ , aspectos de apoyo social, familiar y financiero.	Las familias del GI ⁺ recibieron VD ⁺⁺ con el enfoque del modelo TP', y el GC ^s recibió visitas en las mismas edades que los niños, sin utilizar el enfoque TP'.	Enfermeras de los servicios de Atención Primaria	Presencial e individual	Unidad Básica de Salud	4 visitas de seguimiento: 11 meses del niño, 12 meses, 18 meses y 24 meses. Horario de visitas no especificado.	La intervención tuvo un efecto positivo en las dimensiones: desarrollo, representaciones maternas sobre el hijo y la maternidad, sensibilidad materna, comportamiento cooperativo infantil y percepción de confianza en relación a los enfermeros. Los padres consideraron que el modelo TP' contribuyó a la adquisición de conocimientos y habilidades, validación de prácticas parentales, confianza parental, relaciones interpersonales y satisfacción.
Equipo multiprofesional, enfermeros, niños en el primer año de vida y sus familias ⁽¹⁷⁾ .	Modelo de sistemas de Betty Neuman, atención centrada en la familia, y Modelo <i>Touchpoints</i> .	Uso de un manual de cuidados anticipatorios, folletos con actividades que promuevan el desarrollo del niño en cada edad y las <i>Newborn Behavioral Observations</i> (NBO) para promover el vínculo y la competencia de los padres.	La intervención se realizará en las consultas de evaluación del desarrollo. Se abordarán los cuidados anticipatorios basados en el modelo TP' para cada edad.	Enfermeros	Presencial e individual	Unidad de Salud de la Familia	6 consultas: 1 mes, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses. No se describió el tiempo de las consultas.	No se aplica. Intervención aún no realizada.

(continúa en la página siguiente...)

(continuacion...)

Población	Referencial Teórico	Materiales utilizados	Estrategias utilizadas	Profesional responsable	Modo de entrega	Contexto	Volumen	Resultados/Efectos
Madres adolescentes con y sin enfermedad mental que viven en albergues y sus bebés ⁽¹⁸⁾ .	Terapia diádica; Modelo <i>Touchpoints</i> ; <i>Floortime</i> ; Modelo de Regulación Mutua y Estados Diádicos Compartidos de Conciencia.	Se utilizarán videos de <i>YouTube</i> y DVD ^{††} sobre los primeros años del bebé, comportamientos y temperamentos del bebé, enseñanza de límites con amor; canciones, un libro sobre cómo las relaciones apoyan el desarrollo y otro sobre el comportamiento del bebé, juguetes para niños, folletos para las familias.	La intervención consiste en terapia diádica con madres y bebés, que se realizará en grupos de 4 diadas, y en encuentros individuales. Las clases también se impartirán con un grupo de diez diadas, utilizando el enfoque del Modelo TP [*] y centrándose en el cuidado anticipatorio y las necesidades de desarrollo de los bebés.	Médico especialista en salud mental infantil, capacitado en desarrollo.	Presencial, individual y en grupos de 4 diadas para terapia diurna y 10 diadas para clases	Albergue	Reunión de grupo con una duración de 90 minutos por semana durante un período de seis semanas. Reunión madre-bebé, semanal, con una duración de 90 minutos. Clases: 1 hora por semana durante 15 semanas. 60 minutos para terapia diádica y 30 minutos para apoyo lúdico (<i>scaffolded playtime</i>)	Intervención aún no realizada.
Tres médicos de familia y una enfermera por unidad. 216 padres (desde el embarazo hasta los 18 meses del bebé) ⁽¹⁶⁾ .	Modelo <i>Touchpoints</i>	Para las familias, se utilizarán 28 folletos sobre atención anticipatoria para cada <i>Touchpoint</i> , abordando necesidades y miedos. Para la formación de profesionales se utilizarán diapositivas, videos y folletos.	Los padres del GI [‡] recibirán consultas con el enfoque del modelo TP [*] . El GC [§] recibirá atención rutinaria desde Atención Primaria, sin el abordaje TP [*] . Los profesionales del GI [‡] recibirán una formación en el modelo TP [*] con una duración de 5 horas.	Para las familias: médicos y enfermeros formados por el investigador Para los profesionales del GI [‡] : Investigador	Para las familias: presencial e individual Para los profesionales: presencial y en grupos	Unidades de Atención Primaria de Salud Materno Infantil	Cada familia recibirá aproximadamente seis consultas prenatales y nueve consultas de puericultura. No se especificó el tiempo de consulta.	No aplicable (Protocolo).
221 Mujeres embarazadas, después de las 30 semanas de gestación. 121 del GI [‡] y 121 del GC ^{§(27)} .	Escala de Evaluación Conductual Neonatal (NBAS) y Modelo <i>Touchpoints</i> .	Una presentación de <i>PowerPoint</i> , un video de 20 minutos del <i>HUG Your Baby</i> , una guía para una lactancia exitosa, un folleto sobre el desarrollo infantil, muñecos para la práctica de <i>swaddling</i> (envolver al bebé), folleto con guión para la práctica y tela para envolverlo en casa.	El GI [‡] participó en clases que abordaron el comportamiento del niño, lactancia materna, DI , ciclos de sueño y vigilia del recién nacido, cómo responder a situaciones de estrés del bebé y prácticas seguras de <i>swaddling</i> .	Investigadores	Presencial y en grupo de 15 madres	Clínica de prenatal de Centro de Parto, Maternidad y Aula Universitaria	La intervención duró aproximadamente dos horas. No se describió la periodicidad.	Hubo diferencias significativas entre los dos grupos con respecto a: conocimiento del comportamiento del bebé (línea de base, al mes y a los tres meses) (p [¶] < 0,01), puntuaciones de la Escala de Confianza Parental de Karitane (KPCS) en un mes (p [¶] < 0,01). La intervención mostró un impacto positivo en la prevención de la depresión posparto, el aumento de la confianza de los padres, la reducción del estrés materno y el aumento del conocimiento sobre el apego del bebé.

*TP = *Touchpoints*; †DI = Desarrollo infantil; ‡GI = Grupo de intervención; §GC = Grupo control; ||IT- HOME = *Infant - Toddler HOME Inventory*; ¶p = Nivel de significación; **VD = Visita domiciliaria; ††DVD = *Digital Versatile Disc*

Figura 4 – Caracterización de las intervenciones. São Paulo, SP, Brasil, 2023

Discusión

Los programas de intervención se consideran esenciales para que los padres comprendan el comportamiento y las necesidades de los niños, promuevan la competencia parental, aprendan sobre el desarrollo infantil y proporcionen una mayor estimulación para los niños^(4,6,28-30). Así, esta revisión mapeó las características y efectos de las intervenciones que utilizaron el Modelo *Touchpoints*, con énfasis en los componentes esenciales descritos en TIDieR⁽¹⁵⁾. Al mapear la descripción completa de las intervenciones, es posible identificar características que permitan el logro de resultados favorables, implementarlas, replicarlas o desarrollar nuevos estudios a partir de los hallazgos.

Hubo una concentración de la producción en Estados Unidos, posiblemente por ser el país en el que se creó el modelo, y por la existencia del *Brazelton Touchpoints Center* (BTC), que promueve la formación de profesionales⁽⁹⁾, y en Portugal, porque alberga una fundación socia del BTC, la Fundación Brazelton/Gomes Pedro, que trabaja para difundir un paradigma de intervención clínica basado en el modelo⁽³¹⁾.

La primera reflexión sobre los estudios es sobre la variabilidad de las intervenciones en cuanto a contenido, estrategias y volumen. La Figura 4 muestra que hay repetición de una sola intervención⁽²⁵⁻²⁶⁾. En los demás, aunque algunos elementos son recurrentes, el diseño completo de cada uno es siempre nuevo. Esto ocurre porque se diseñan de acuerdo a objetivos de investigación, los cuales se enfocan en aspectos específicos de los resultados esperados. Se observa, por lo tanto, que no hubo ninguna intervención en particular probada en múltiples aspectos, aunque todos se basaron en el Modelo *Touchpoints*. La discusión sobre los elementos constitutivos de las intervenciones, a continuación, arroja luz sobre aspectos que pueden contribuir a la comprensión de tales intervenciones, a partir de puntos comunes y de variabilidad.

El predominio del enfermero como responsable de la aplicación de la mayoría de las intervenciones está en consonancia con el perfil de este profesional. Estudios han destacado el papel fundamental del enfermero para empoderar a los padres mediante estrategias que permitan explorar la parentalidad, incorporar conocimientos sobre DI⁽²⁸⁻²⁹⁾, apoyar la construcción del rol parental y comprender la realidad de cada familia asistida, para cuidados de la salud física y promover un ambiente seguro⁽³²⁾. Así, aunque el Modelo *Touchpoints* parece apropiado para los diferentes profesionales que trabajan con niños, es posible que los estudios hayan priorizado a los enfermeros en la realización de intervenciones debido a este amplio perfil.

En cuanto a los contextos de aplicación, el predominio de las consultas en la Atención Primaria de Salud (APS) y la visita domiciliaria (VD) pueden contribuir sinérgicamente a las acciones basadas en el modelo. La APS es un ambiente favorable con infraestructura para implementar intervenciones para promover el desarrollo infantil en el seguimiento de la salud del niño en los primeros años⁽⁷⁾, y la evidencia científica demuestra que las visitas domiciliarias ofrecen condiciones favorables para trabajar los problemas y necesidades de la primera infancia, con mejor desarrollo de los niños en las dimensiones cognitiva, conductual y socioemocional^(29,33).

En relación a los diversos recursos utilizados en las intervenciones, como folletos, videos, guías/guiones, apostillas, libros y juguetes, son similares a los comúnmente utilizados en las investigaciones sobre intervenciones educativas^(4,7,30). Sin embargo, llama la atención la ausencia de información sobre el material de intervención, dado que estuvo disponible en solo dos estudios, uno que compartió la carpeta utilizada⁽²⁷⁾, y otro que proporcionó el *Uniform Resource Locator* (URL) de videos y canciones⁽¹⁸⁾. Esto dificulta apreciar objetivamente dichos materiales e incluso relacionar los resultados con su calidad. Aún así, no permite replicar intervenciones en otros contextos para nuevas evaluaciones.

Los principales contenidos explorados en las intervenciones fueron la experiencia de los padres durante el embarazo y el parto; interacción padre-hijo; los comportamientos del niño como su lenguaje; comprensión del desarrollo infantil; atención anticipatoria para todas las edades; desafíos y preocupaciones parentales. Estos contenidos están en línea con los principales temas a ser abordados desde el *Touchpoint* del prenatal⁽⁹⁾, mostrando fidelidad a este aspecto del modelo. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, no fue posible acceder a los contenidos de las intervenciones de forma completa, lo que imposibilita medir si las intervenciones siguen todos los principios y supuestos, garantizando esta fidelidad.

Aunque el volumen de la intervención difirió entre los estudios, oscilando entre seis semanas y 18 meses y, en la mayoría de los casos, no se describe la duración de cada reunión, ni la fidelidad de la intervención, es decir, si se administró según lo planificado o recomendado según el modelo⁽¹⁵⁾, todos tuvieron resultados positivos. Esto muestra que los efectos sobre los comportamientos, conocimientos y actitudes de los padres pueden ser rápidamente visibles cuando se utiliza un enfoque que valora la desorganización y la vulnerabilidad como una oportunidad para apoyar y validar las prácticas parentales, en lugar de tratarlas como debilidades o comportamientos perjudicados.

Estudios de revisión han demostrado una buena efectividad de las intervenciones enfocadas en la parentalidad para promover el desarrollo^(4,34), aunque otra revisión señala la impracticabilidad de realizar meta-análisis o meta-síntesis de estudios de esta naturaleza, o entender por qué las intervenciones funcionan, debido a la variabilidad de las intervenciones probadas⁽¹⁰⁾. La adherencia fue citada en apenas un estudio⁽¹⁹⁾, que no detalló las estrategias utilizadas para mantenerla o mejorarla.

Hay debilidad en la descripción de estos constructos centrales de las intervenciones, lo que también se identificó en una revisión sistemática y meta-análisis que evaluó la efectividad de las intervenciones parentales⁽⁴⁾. Esta falta de transparencia dificulta la realización de intervenciones a gran escala, ya que no permite la comprensión de las intervenciones más o menos exitosas, y la difusión de lo que funcionó o no, para quién y cómo⁽¹³⁾.

En cuanto al modo de entrega, una mayor oferta de intervenciones de forma individual, en detrimento de las intervenciones grupales, muestra una posible preferencia de los investigadores por el abordaje individual. Esto contradice investigaciones actuales que apuntan al uso generalizado de estrategias grupales, ya que promueven el aprendizaje entre pares mediante el intercambio de conocimientos y compartir experiencias, frustraciones y angustias^(6-7,30).

No se identificó el uso de tecnologías actuales en las intervenciones, como internet (aplicaciones de envío de mensajes, videoconferencias, redes sociales), y solo una de ellas se realizó en un formato híbrido, con reuniones presenciales y seguimiento telefónico⁽²⁰⁾; esto puede estar relacionado con el hecho de que la mayoría de las encuestas se realizaron hace más de 10 años. Actualmente, las tecnologías forman parte del cotidiano de las familias y mejoran la comunicación entre los profesionales de la salud y los padres, facilitando y favoreciendo diferentes formas de realizar las intervenciones, aunque existe el desafío de las disparidades en el acceso a estas tecnologías⁽⁷⁾.

Las intervenciones no exploraron el Modelo TP en profundidad, no describieron cómo se usó en su diseño y qué principios se aplicaron. Sin embargo, en la descripción de contenidos y efectos, tres principios fueron identificados en la mayoría de los estudios: "utilizar el comportamiento del niño como su lenguaje, enfocarse en la relación padre/hijo y buscar oportunidades para apoyar el dominio parental"⁽⁹⁾.

Para la implementación de las intervenciones se realizó capacitación/ entrenamiento en el modelo PT a los profesionales que las aplicaron al público objetivo, pero no se tiene información de cómo o si se verificó la consistencia de los profesionales en el trabajo con las familias.

En la presente revisión, las estrategias utilizadas en las intervenciones estuvieron dirigidas a cambiar el conocimiento, comportamiento y actitud de los padres para comprender el desarrollo y comportamiento de sus hijos. Las investigaciones identificaron el cambio de paradigma propuesto por el modelo TP, centrado en la orientación anticipatoria y la práctica colaborativa basada en el aprendizaje experiencial de los padres⁽⁹⁾.

Los principales resultados de las intervenciones fueron mejores resultados de DI global, mayor comprensión de DI y el comportamiento del niño como su lenguaje, mayor sentido de competencia parental y mayor sensibilidad materna, mayor interacción, capacidad de respuesta y tiempo con el niño, mayor uso de juguetes y materiales de aprendizaje, asemejándose a los resultados de otras intervenciones parentales^(4,6,28-30,34).

Fue posible examinar la naturaleza y extensión de las intervenciones que utilizaron el modelo TP y, aunque el efecto positivo se evidencia en todos los estudios, la debilidad en la descripción del volumen no permite relacionarlos con la duración de la intervención, y la heterogeneidad de las intervenciones limita la comparación de estos resultados.

Como principales aportes del estudio, se pueden considerar los resultados positivos presentes en todas las investigaciones, además de resaltar la importancia de informes sobre estudios de intervención que abarquen la descripción de la propia intervención de manera más integral.

Aunque los resultados positivos puedan justificar la recomendación de probar intervenciones basadas en el modelo TP en el Sistema Único de Salud (SUS), solo es posible considerar que deben incluir las características comunes descritas en los estudios, como el enfoque de atención anticipatoria, orientación sobre desarrollo infantil y parentalidad, realizada por enfermeros y en la APS. Sin embargo, la falta de detalles sobre las intervenciones no permite afirmar que tales resultados positivos, incluso en intervenciones de corta duración, estén relacionados con el enfoque no prescriptivo y otras características de la relación profesionales-familias que diferencian el modelo TP de intervenciones tradicionales.

Aun así, tales resultados justifican mayores estudios para el uso del modelo en políticas públicas en la Primera Infancia, para apoyar prácticas que promuevan el DI, con énfasis en lo socioemocional, por ser innovador, al considerar *Touchpoints* en lugar de solo hitos evolutivos, y cuando se actúa desde la perspectiva de las interacciones familia-niño y profesional-familia⁽⁹⁾.

Si bien no se realizó un corte de tiempo ni de idioma, las limitaciones del estudio se refieren al escaso número de publicaciones localizadas, principalmente en los últimos

cinco años, con predominio de los estudios en la literatura gris en detrimento de las nueve bases de datos, y la exclusión de dos investigaciones que no fueron localizadas. Además, la descripción incompleta de los componentes clave de las intervenciones dificulta la comprensión de los resultados y su comparación.

Conclusión

Las intervenciones se centraron en el período comprendido entre el embarazo y los tres años, y la mayoría fueron realizadas por enfermeros de Atención Primaria y del VD, priorizando la difusión de los contenidos de *Touchpoints* según la edad y aspectos de la parentalidad. Los estudios mostraron potencial para obtener resultados favorables para el desarrollo infantil y la parentalidad. La variabilidad de las intervenciones dificultó el mapeo de las características más efectivas.

El mapeo de intervenciones que utilizaron el modelo TP responde a la necesidad en el campo de las intervenciones parentales y explora un modelo que puede ser utilizado y mejor caracterizado en nuevas intervenciones para componer políticas públicas en la Primera Infancia, dados los resultados positivos observados hasta el momento.

Agradecimientos

Agradecemos a la bibliotecaria Juliana Takahashi por su colaboración en la definición de la estrategia de búsqueda de investigaciones y la búsqueda en las bases de datos.

Referencias

1. Daelmans B, Manji SA, Raina N. Nurturing Care for Early Childhood Development: Global Perspective and Guidance. *Indian Pediatr* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 27];58(Suppl 1):S11-S15. Available from: <https://www.indianpediatrics.net/supplOct2021/S11.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia para orientar ações intersectoriais na primeira infância [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2023 Jan 23]. Available from: https://undime.org.br/uploads/documentos/phprjdlba_5e3064022386d.pdf
3. World Health Organization. United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2023 Jan 25]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>

4. Jeong J, Franchett EE, Ramos CV, Rehmani K, Yousafzai AK. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2021;18(5):e1003602. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602>
5. Zhang L, Ssewanyana D, Martin MC, Lye S, Moran G, Abubakar A, et al. Supporting Child Development Through Parenting Interventions in Low- to Middle-Income Countries: An Updated Systematic Review. *Front Public Health*. 2021;9:671988. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.671988>
6. Li Y, Li S, Tang L, Bai Y. The effect of ECD program on the caregiver's parenting knowledge, attitudes, and practices: based on a cluster-randomized controlled trial in economically vulnerable areas of China. *BMC Public Health*. 2022;22(1958). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14268-5>
7. Luz RMD, Marinho DCB, Lima APE, Coriolano-Marinus MWL. Educational interventions in child development and health literacy assumptions: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(1):e20220116. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0116pt>
8. Sparrow J. Reflective practice in organizational learning, cultural self-understanding, and community self-strengthening. *Infant Ment Health J*. 2016;37(6). <https://doi.org/10.1002/imhj.21602>
9. Brazelton TB, Sparrow J. The Touchpoints Model of Development [Internet]. Boston: Brazelton Touchpoints Center; 2015 [cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://www.brazeltontouchpoints.org/wp-content/uploads/2011/09/Touchpoints-Model-of-Development-April-2015.pdf>
10. Draper CE, Klingberg S, Wrottesley SV, Milner K, Fisher J, Lakes KD, et al. Interventions to promote development in the next 1000 days: A mapping review. *Child Care Health Dev*. 2022. <https://doi.org/10.1111/cch.13084>
11. Aromataris E, Munn Z. JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: JBI; 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac, D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
13. Ahun MN, Aboud F, Wamboldt C, Yousafzai AK. Implementation of UNICEF and WHO's care for child development package: Lessons from a global review and key informant interviews. *Front Public Health*. 2023;11:1140843. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1140843>
14. Brasil. Lei 13.557, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e dá

- outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2016 Mar 09 [cited 2023 Jan 12];46 (seção 1). Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm
15. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ Open*. 2014;348:g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>
16. Fareleira F, Xavier MR, Velte J, Teixeira A, Martins C. Parenting, child development and primary care-‘Crescer em Grande!’ intervention (CeG!) based on the Touchpoints approach: a cluster-randomised controlled trial protocol. *BMJ Open*. 2021;11:11(5):e042043. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042043>
17. Martins PAC. Cuidar para a promoção do desenvolvimento infantil [Thesis]. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2017 [cited 2023 Feb 21]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/18990>
18. DiCero KE. Small Circles: A Parenting Adolescent Prevention and Intervention Program for Young Families in the Teen Parent Shelter Program in Massachusetts [Dissertation]. Newton, MA: William James College; 2018 [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://www.proquest.com/docview/2171058719?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
19. Percy MS, McIntyre L. Using Touchpoints to promote parental self-competence in low-income, minority, pregnant, and parenting teen mothers. *J Pediatr Nurs*. 2001;(3):180-6. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2001.24181>
20. Farber ML. Parent mentoring and child anticipatory guidance with Latino and African American families. *Health Soc Work*. 2009;34(3):179-89. <https://doi.org/10.1093/hsw/34.3.179>
21. Guthrie KF, Gaziano C, Gaziano EP. Toward Better Beginnings: Enhancing Healthy Child Development and Parent-Child Relationships in a High-Risk Population. *Home Health Care Manag Pract*. 2009;21(2):99-108. <https://doi.org/10.1177/1084822308322650>
22. Brandt K, Murphy MEJ. Touchpoints in a nurse home visiting program. In: Lester BM, Sparrow JD. *Nurturing Children and Families: Building on the Legacy of T. Berry Brazelton*. Nova Jersey, NJ: John Wiley & Sons; 2010.
23. Vilaça SPP. Desenvolvimento infantil e capacitação materna como resultado da aplicação do Programa de Empowerment Parental para o Desenvolvimento Infantil (PEPDI) [Dissertation]. Braga: Universidade do Minho; 2013 [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://hdl.handle.net/1822/24370>
24. Pinto RMP. O impacto do modelo Touchpoints nas representações do educador [Thesis]. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa; 2013 [cited 2023 Feb 21]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.21/3270>
25. Castelão ASD. A construção de uma parentalidade confiante: influência do Modelo Touchpoints na relação educador-família [Thesis]. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa; 2013 [cited 2023 Feb 21]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.21/3261>
26. Soares HM. The contribution of nursing intervention in the study of touchpoints model’s efficacy [Dissertation]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; 2016.
27. Shimpuku Y, Iida M, Hirose N, Tada K, Tsuji T, Kubota A, et al. Prenatal education program decreases postpartum depression and increases maternal confidence: a longitudinal quasi-experimental study in urban Japan. *Women Birth*. 2022;35(1):e456–e46. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.11.004>
28. Gondim EC, Scorzafave LGDS, Santos DD, Henrique NCP, Pereira FM, Mello DF. Matching between maternal knowledge about infant development and care for children under one year old. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2022;30:e3675. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5967.3675>
29. Goldfeld S, Bryson H, Mensah F, Price A, Gold L, Orsini F, et al. Nurse home visiting to improve child and maternal outcomes: 5-year follow-up of an Australian randomised controlled trial. *PLoS One*. 2022;17(11):e0277773. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277773>
30. Luoto JE, Lopez GI, Aboud FE, Singla DR, Fernald LCH, Pitchik HO, et al. Group-based parenting interventions to promote child development in rural Kenya: a multi-arm, cluster-randomised community effectiveness trial. *Lancet Glob Health*. 2021;9(3):1-22. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30469-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30469-1)
31. Fundação Brazelton Gomes-Pedro [Homepage]. c2023 [cited 2023 Jan 25]. Available from: <https://www.fundacaobgp.com/pt>
32. Reticena KO, Gomes MFP, Fracolli LA. Promotion of positive parenting: The perception of primary care nurses. *Texto Contexto Enferm*. 2022;31:e20220203. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0203en>
33. Hilário JS, Henrique NC, Santos JS, Andrade RD, Fracolli LA, Mello DF. Child development and home visits in early childhood: concept map. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE003652. <https://doi.org/10.37689/actaape/2022AR03653>
34. Shah R, Camarena A, Park C, Martin A, Clark M, Atkins M, et al. Healthcare-Based Interventions to Improve Parenting Outcomes in LMICs: A Systematic Review and

Meta-Analysis. *Matern Child Health J.* 2022;26:1217-30.
<https://doi.org/10.1007/s10995-022-03445-y>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Jéssica Batistela Vicente, Talita Cristina Pegorin, Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. **Obtención de datos:** Jéssica Batistela Vicente, Talita Cristina Pegorin, Ana Laura de Oliveira Santos. **Análisis e interpretación de los datos:** Jéssica Batistela Vicente, Talita Cristina Pegorin, Ana Laura de Oliveira Santos, Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. **Obtención de financiación:** Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. **Redacción del manuscrito:** Jéssica Batistela Vicente, Talita Cristina Pegorin, Ana Laura de Oliveira Santos, Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Jéssica Batistela Vicente, Talita Cristina Pegorin, Ana Laura de Oliveira Santos, Maria De La Ó Ramallo Veríssimo.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 21.02.2023
Aceptado: 01.08.2023

Editora Asociada:
Maria Lúcia Zanetti

Autor de correspondencia:
Jéssica Batistela Vicente
E-mail: jessicabatistela@hotmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-7134-9213>

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.